

# **El papel del locus de control en la adherencia a la medicación contraceptiva**

Autoras: Inés Martín Alonso y Celia Morales Espinosa

Tutores: Ascensión Fumero Hernández y Wenceslao Peñate Castro

Trabajo Fin de Grado de Psicología

Facultad de Psicología y Logopedia

Universidad de La Laguna

Curso académico 2018-19

## **Resumen**

Los anticonceptivos orales son uno de los métodos contraceptivos más utilizados por las mujeres, se han asociado a una baja adherencia frente otros métodos anticonceptivos. La falta de adherencia a la medicación contraceptiva disminuye en gran medida la efectividad de la misma, por ello sigue siendo uno de los retos a afrontar por parte de los profesionales de la salud. El objetivo del presente estudio fue comprobar el grado en el que el locus de control se relaciona con la adherencia al tratamiento anticonceptivo hormonal oral. En esta investigación participaron 474 mujeres que tomaban diariamente contraceptivos orales. Para analizar los datos recogidos se llevó a cabo un análisis de correlaciones de Pearson y se aplicó una prueba de diferencia de medias entre los grupos de alta y baja adherencia en las variables implicadas. Los resultados obtenidos muestran una relación estadísticamente significativa negativa entre el factor locus de control interno y nivel de adherencia. Además, se encontró que el locus de control externo centrado en los profesionales de salud se relaciona negativamente con la adherencia al tratamiento.

*Palabras clave:* adherencia al tratamiento, locus de control, contracepción.

## **Abstract**

Oral contraceptives are one of the most used contraceptive methods by women, they have been associated with low adherence to other contraceptive methods. The lack of adherence to contraceptive medication greatly reduces the effectiveness of it, so it is one of the big challenges to face by health professionals. The objective of the present study was to verify the degree to which the locus of control is related to adherence to oral hormonal contraceptive treatment. This research involved 474 women who continued taking oral contraceptives at the time. To analyze the collected data, a Pearson correlation analysis was carried out and a mean difference test was

applied between the high and low adherence groups in the variables involved. The results obtained show a statistically significant negative relationship between the locus factor of internal control and level of adherence. In addition, it was found that the locus of external control towards doctors is negatively related to adherence to treatment.

*Keywords:* adherence to treatment, locus of control, contraception.

### **Introducción**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013), define el término adherencia terapéutica como el «grado en el que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas por un proveedor de asistencia sanitaria». La adherencia terapéutica abarca diversas conductas como la colaboración por parte del paciente en el tratamiento, no detener la administración del medicamento hasta su finalización, consumir la dosis recetada en el momento acordado, así como desarrollar hábitos saludables, evitar conductas de riesgo y cumplir con las citas establecidas con los profesionales de la salud (De las Cuevas, 2011). Se ha encontrado que, en la práctica clínica, la falta de adherencia al fármaco es un gran impedimento para el éxito del tratamiento (De las Cuevas y Peñate, 2014). El incumplimiento de las pautas propuestas por el profesional de la salud abarca considerables gastos económicos y clínicos, además de disminuir la efectividad del fármaco (Dilla, Valladares, Lizán y Sacristán, 2009). Asimismo, el término “cumplimiento terapéutico” ha sido definido por la Sociedad Internacional de Farmacoeconomía e Investigación de Resultados Sanitarios (ISPOR) como el «grado en que un paciente actúa de acuerdo con la dosis, la pauta posológica y el plazo prescritos».

A través del estudio de la adherencia a los tratamientos de las enfermedades crónicas, se ha considerado que, en países desarrollados, la no adherencia se acerca al 50% (Martín y Grau, 2005; Silva, Galeano y Correa, 2005). Asimismo, Martín y Grau (2005), afirman que alrededor

de un 40% de los pacientes incumple las recomendaciones terapéuticas dadas, descendiendo a un 20% cuando se trata de enfermedades agudas (enfermedad con inicio y un fin claramente definidos y de corta duración) y se incrementa a un 45% en enfermedades crónicas (de larga duración y progresión lenta). Atkins y Fallowfield (2006) en un estudio cuyo objetivo era investigar la prevalencia y los factores asociados a la falta de adherencia a la medicación en una muestra de pacientes con cáncer de mama, encontraron que las mujeres más jóvenes y a aquellas que no les gustaba tomar la medicación mostraban un menor nivel de adherencia. Por lo tanto, la edad podría tener relación con la adherencia al tratamiento.

Según la Sociedad Española de Contracepción (SEC, 2012), se entiende por cumplimiento o adherencia al método anticonceptivo hormonal oral «la toma diaria de la píldora en el mismo horario y al conjunto de medidas que realiza la usuaria para la prevención de embarazos en caso de olvido o con la toma de tratamientos que interfieran con los anticonceptivos hormonales (ACO)». Según los datos del Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad sobre la interrupción voluntaria del embarazo en 2016, 12.618 de las mujeres que decidieron interrumpir su embarazo estaban siguiendo un tratamiento de anticonceptivos hormonales orales, siendo ese dato de 1.183 mujeres en la Comunidad de Canarias (Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, 2016). Debido a la alta eficacia de los tratamientos contraceptivos en la evitación del embarazo, se hipotetizó que un elevado porcentaje de estos embarazos fueron debidos a una baja adherencia. García y Arranz (2014), afirman que los efectos secundarios a la administración anticonceptiva fueron: aumento de peso, náuseas, cefaleas, alopecia y manchado irregular. Sin embargo, normalmente dichos efectos disminuyen con el continuo uso del mismo método ACO, solo el 30,8% de las mujeres que toman contracepción oral han padecido al menos una reacción adversa, siendo la reacción adversa más frecuente el aumento de peso (14%), seguido de las

cefaleas (13.3%) y el manchado irregular (11.9%), sobre todo en las mujeres que llevaban menos tiempo con los anticonceptivos. Los ACO además de evitar embarazos no deseados, son utilizados para el hirsutismo, la regulación del ciclo menstrual, ovarios poliquísticos o acné femenino, entre otros. Un 18.2% de las mujeres lo usa para la regulación hormonal, un 61.5% lo utiliza para la anticoncepción y con ambos usos un 20.3%. Huber et. al (2013), a través de un ensayo clínico relacionado con el cumplimiento contraceptivo, llegaron a la conclusión de que el diario de seguimiento es una gran estrategia para determinar la correcta toma del anticonceptivo de las usuarias, siendo útil a su vez para la evaluación del cumplimiento en los estudios de intervención. Hemos de destacar el estudio de Hall (2012), el cual, mediante su revisión del Modelo de Creencias Sobre la Salud, pudo predecir y explicar el comportamiento anticonceptivo, llegando a la conclusión del gran progreso de su conocimiento, demostrando una utilización global en relación a la salud reproductiva.

En España, en relación a el impacto económico de la baja adherencia, Guerra et. al (2015), realizaron una valoración de los costes que suponían para el Sistema Nacional de Salud los embarazos no planeados, secundarios a la mala adherencia a los ACO. Hallaron que la cifra era superior a los 80 millones de euros, atribuyendo los costes de asistencia al parto, la hospitalización, las interrupciones espontáneas y voluntarias del embarazo y del tratamiento de los posibles embarazos ectópicos.

Existen diversos factores que se asocian a una mayor o menor adherencia al tratamiento, por lo tanto, el nivel de adherencia hacia un fármaco es considerado como un fenómeno multifactorial. El locus de control, la reactancia psicológica, la opinión sobre el fármaco y las creencias sobre los mismos y algunas variables sociodemográficas, como la edad y el nivel educativo, son algunos de los que han mostrado estar implicados en el fenómeno de la

adherencia terapéutica. En concreto, el locus de control interno se relaciona negativamente con la adherencia terapéutica (De las Cuevas, De León, Peñate y Betancort, 2017).

A partir de la escala del locus de control de la salud multidimensional (LCSM), es posible analizar las creencias que presentan las personas en cuanto al control que creen tener para determinar su estado de salud. Dichas creencias se dividen, por un lado, en las personas que creen que el bienestar recibido depende de ellos mismos (locus de control en salud interno) y, por otro, los individuos con locus de control de salud externo, los cuales consideran que su salud no depende de ellos mismos. Estos últimos se dividen, por un lado, locus de control centrado en el azar (el bienestar sea el producto de la suerte o del destino); locus de control centrado en otras personas (el control de la salud del paciente es situado en la familia o amigos); locus de control centrado en el profesional sanitario (el profesional de salud determina el estado del paciente) (Bárez, 2002; Christensen, Wiebe, Benotsch & Lawton, 1996; Wallston, 2001). Se ha encontrado que el locus de control de la salud interno y el locus de control de la salud externo centrado en los profesionales de salud son los que facilitan mejor la adaptación a la enfermedad, puesto que supone una mayor percepción de control. Por lo tanto, se relacionan con un mejor bienestar psicológico, en contraposición con el locus de control centrado en el azar o casualidad, ya que supone menor control y se relaciona con la desesperanza (Bettencourt et al., 2008; Cross et al., 2006; Wallston, 1992).

El locus de control de la salud se encuentra relacionado de forma significativa con indicadores de ajuste emocional, como la calidad de vida en relación a la salud. Se ha señalado que el locus de control interno tiene un impacto positivo sobre la salud (Arraras, Wright, Jusue, Tejedor & Calvo, 2002). La investigación pone de manifiesto que aquellos que creen que pueden hacer algo respecto a su enfermedad tienen una adaptación más positiva que aquellos que no (Shapiro et al.,

1996), son más propensos a ejercer hábitos saludables (Taylor, 2003; Wallston, 1992), pueden incrementar su adherencia al tratamiento (Morowatisharifabad et al., 2010), utilizan más estrategias de afrontamiento activas y declaran menores niveles de depresión que los de una orientación externa (Comeche, Díaz & Vallejo, 1999). Se ha observado en pacientes con artritis reumatoide y osteoartritis, que un alto nivel de locus de control interno de la salud estaba vinculado a una mejor calidad de vida, tanto en la salud física como mental (Cross et al., 2006). Asimismo, en mujeres con cáncer de mama, aquellas que presentaban alto locus interno tenían un mejor ajuste psicológico (Bettencourt et al., 2008).

De mismo modo, la utilización del método anticonceptivo hormonal oral guarda relación con el locus de control. Según una investigación realizada por Alves y Lopez (2010), cuyo objetivo fue evaluar la relación del locus de control con el consumo de pastillas anticonceptivas y el preservativo entre adolescentes universitarios, hallaron que cuanto mayor era el nivel de locus de control centrado en los profesionales de salud, menor era el uso apropiado para el método anticonceptivo utilizado. Asimismo, la adherencia al tratamiento también ha sido estudiada en otros contextos, como por ejemplo el psiquiátrico, cuyos resultados pueden ser extrapolables, posibilitando así elaborar hipótesis sobre la adherencia en otros fármacos. De las Cuevas, Peñate y Sanz (2014) obtuvieron que el locus de control de salud externo centrado en profesionales sanitarios, se relacionaba positivamente con la adherencia a la toma de medicamentos antidepressivos. Asimismo, la adhesión al tratamiento psiquiátrico se relaciona significativa y positivamente cuando los pacientes toman un rol colaborativo en la toma de decisiones y hay concordancia entre sus preferencias y experiencias de participación en la toma de decisiones (De las Cuevas, Peñate y Rivera, 2014).

El objetivo principal de nuestra investigación fue comprobar el grado en el que el locus de control se relaciona con la adherencia al tratamiento anticonceptivo hormonal oral, hipotetizando que el locus de control externo perjudica la adherencia a los métodos contraceptivos. Además, basándonos en estudios previos relacionados con la depresión y el locus de control, nuestro objetivo fue conocer el sentido de la correlación en el caso de la contracepción.

## **Método**

### **Participantes**

Para la realización de este estudio se contó con una muestra de 474 mujeres, que se encontraban tomando un método anticonceptivo hormonal oral. A la hora de cumplimentar los cuestionarios, fueron informadas de los objetivos de la investigación y firmaron un consentimiento autoinformado.

La recogida de datos tuvo lugar entre el 31 de enero y el 22 de marzo de 2019 y fue llevada a cabo por los alumnos de 4º de Psicología correspondientes al grupo de Trabajo de Fin de Grado.

Se recogió información sobre la edad y el nivel educativo, así como el tipo de fármaco empleado y el tiempo de consumo. Las edades de nuestra muestra se encuentran entre los 17 y 54 años, situándose la media de edad en los 23.97 años y con una desviación típica de 6.59.

El nivel educativo se analizó según el nivel de estudios completados, dividido en cuatro grupos: “sin estudios”, “estudios primarios”, “estudios secundarios” y “estudios universitarios”. Se encontró que el 0.2 % de participantes no tenían estudios, el 3.2% presentaban estudios primarios, el 47.9 % estudios secundarios y, el 48.7% estudios universitarios, teniendo, por tanto, la mayoría de las encuestadas, estudios universitarios. La media de este factor fue 2.45, por lo que la mayoría de los participantes se encontraban cursando estudios universitarios.

## **Instrumentos**

Cada una de las participantes cumplimentó una batería de pruebas, en las cuales debían indicar en primer lugar, información sobre datos sociodemográficos y clínicos. Esta información debía incluir la edad, nivel educativo, aspectos relacionados con la enfermedad y medicación prescrita, el nombre del fármaco y el tiempo que lleva tomando el tratamiento.

Posteriormente, se administró la versión española de la escala **BMQ** (*Beliefs about Medicines Questionnaire, Cuestionarios de Creencias sobre los Medicamentos; Horne, Weinman y Hankins, 1999*) para evaluar las creencias de los pacientes sobre la medicación. Se encarga de evaluar la percepción que se tiene hacia el medicamento y los efectos que conllevan en su vida diaria. Concretamente, el BMQ-Específico está compuesto por 10 ítems y presenta una escala tipo Likert, con 5 puntos de respuesta, que van de 1 (“totalmente en desacuerdo”) a 5 (“totalmente de acuerdo”). El BMQ-Específico permite cambiar el término “medicamento” según el tipo de tratamiento, posibilitando así su utilización en cualquier grupo diagnóstico. Comprende dos subescalas, “la necesidad percibida de la medicación y “la preocupación sobre las consecuencias de la medicación”. La adaptación de la versión española de la escala se validó en pacientes psiquiátricos ambulatorios demostrando ser válida y fiable para evaluar las creencias de los pacientes sobre la medicación, así como la adherencia al tratamiento (De las Cuevas, Rivero, Perestelo, González, Pérez y Sanz, 2011). El BMQ tiene una alta consistencia interna con un rango de  $\alpha$  de Cronbach de .66 a .77 y una fiabilidad test- retest que oscila entre .45 y .78.

Además, se aplicó la escala de Opiniones sobre el Medicamento encargada de evaluar las actitudes de las personas hacia los fármacos, denominada **Drug Attitudes Inventory - DAI** (*García, Alvarado, Agraz y Barreto, 2014*). A través de estudios previos, se ha compuesto esta

escala por los ítems que han mostrado una mayor relevancia estadística y es más utilizada en la práctica clínica. Está constituido por 10 ítems, (que se han correlacionado con la adherencia terapéutica) con una escala tipo likert que va de 1 (“totalmente en desacuerdo”) a 6 (“totalmente de acuerdo”). La escala está constituida por dos factores, denominados farmacofilia y farmacofobia que se definen como la actitud favorable o el miedo persistente hacia el consumo de fármacos. La consistencia interna de esta escala tiene un valor de  $\alpha$  de Cronbach de .67 (Robles, Salazar, Páez y Ramírez, 2004).

La evaluación del locus de control se realizó a través de La Escala Multidimensional **de Locus de Control de la Salud (MHLC-C)** (Wallston, Stein y Smith, 2010). Se entiende el locus de control como el grado en que el individuo cree que su comportamiento está controlado por factores externos o internos. Ha sido reconocido como una construcción importante para comprender y predecir los comportamientos de salud, siendo uno de los parámetros más comúnmente utilizados en relación al papel de las creencias en el contexto de los comportamientos de la salud, para la planificación de programas educativos para la salud y atención médica. Asimismo, esta escala trata de un autoinforme que mide el locus de control de salud y está compuesto por cuatro subescalas que evalúan el locus de control interno (que refleja el grado en el que el paciente cree que su salud depende de ellos mismos), el locus de control centrado en el azar (que consiste en que la salud depende del azar, la suerte o destino), el locus de control centrado en otras personas (que muestra la creencia de que la familia o amigos son los que controlan el estado de salud del paciente) y el locus de control centrado en el profesional sanitario (que refleja la creencia de que dichos profesionales determinan la salud del paciente).

Las escalas MHLC consisten en dos formas iguales y paralelas, A y B, que son las escalas de control de locus de salud "general". Wallston, Stein y Smith (1994) desarrollaron la Forma C del

MHLC, en la que dividieron la dimensión de otros poderosos en dos subescalas: profesionales de la salud y familia/amigos. Finalmente, Wallston et al. (1999) agregó una nueva subescala, evaluando las creencias acerca de Dios. Chaplin et al., (2001) utilizaron el análisis factorial para esta escala de cuatro factores y obtuvieron que, en la condición de los cuatro factores, (que incluye el factor de control interno) produce el mejor resultado. Estas subescalas de MHLC se pueden calificar por separado como diferentes dimensiones. Consta de 18 ítems y las cuestiones se responden utilizando una escala tipo Likert de seis puntos, desde total acuerdo con la misma (0) hasta total discordancia con la afirmación (5). Incluye ítems relacionados con la familia, los médicos, etc. Se empleó la versión validada en español de la escala, la cual ha mostrado un  $\alpha$  de Cronbach aceptable: .74 para locus interno, .65 locus-azar, .54 locus-médico y .48 locus-otras personas (De las Cuevas, Peñate, Betancort, y Cabrera, 2015).

El nivel de adherencia al tratamiento fue evaluado mediante el **Sidorkiewicz Adherence Tool** (Sidorkiewicz, Tran, Cousyn, Perrodeau y Ravaud, 2016), estima el cumplimiento de cada medicamento individual en pacientes con terapias a largo plazo. Está compuesto por 5 preguntas, relacionadas con la suspensión del medicamento (1), la omisión sistemática de una dosis diaria (2), omisión por algún tiempo (p. ej. Al mediodía) (3), omisiones de dosis por olvido o por no querer tomarla (4) y errores de programación, es decir, toma con retraso (5). Cada pregunta tiene dos o tres respuestas posibles. En su diseño se pretendió utilizar afirmaciones no amenazantes para reducir el sesgo de deseabilidad social, se utilizaron ejemplos prácticos y pictografías como ayuda a los pacientes para reconocer mejor sus conductas de toma de medicamentos. Asimismo, las dos primeras preguntas tienen posibilidad de respuesta dicotómica (sí o no) y las tres siguientes con tres alternativas posibles de respuesta. El instrumento determina seis niveles de adherencia a medicamentos para un medicamento dado. Se ha informado de propiedades

psicométricas adecuadas. También mostró buena estabilidad temporal test-retest (De las Cuevas y Peñate, 2015). En este estudio se utilizó la versión española validada (De las Cuevas, Peñate, García de Cecilia y De Leon, 2017; De las Cuevas, Motuca, Baptista y de Leon, 2018).

Para medir la reactancia psicológica se usó el **Hong Psychological Reactance Scale (HPRS)** (Hong y Page, 1989). El término reactancia psicológica es entendido como un estado motivacional que lleva a la persona a restaurar comportamientos autónomos cuando éstos resultan amenazados, activando para ello reacciones como conductas de oposición, comportamientos similares a aquel que se ha restringido, reaccionando agresivamente o mostrando una mayor adhesión a la conducta o comportamiento que se pretende restringir (Brehm, 1966). Está formado por 14 ítems que miden la reactancia emocional y la cognitiva. Se utiliza una escala tipo Likert que oscila entre 1 (total desacuerdo) y 5 (total acuerdo). En términos psicométricos, se puede considerar una buena consistencia interna de .76 para la reactancia afectiva y .62 para la reactancia cognitiva (De las Cuevas, Peñate, Betancort, y de Rivera, 2014).

### **Procedimiento**

La muestra de este estudio debía de poseer como condición esencial la toma actual de algún tratamiento contraceptivo hormonal oral. Se pidió la colaboración voluntaria a las participantes, informándoles la finalidad de la investigación y que los datos aportados serían anónimos. Se les solicitó el teléfono de contacto para confirmar posibles circunstancias futuras, como el hecho de haber realizado los cuestionarios.

La cumplimentación de los cuestionarios se realizó de manera individual, en formato papel o vía online, siendo las participantes informadas anteriormente de las instrucciones para la correcta realización de las pruebas.

### **Análisis de datos**

El análisis de los datos obtenidos se realizó a través del programa estadístico *IBM SPSS* Versión 21. Se llevó a cabo un análisis de correlaciones de Pearson para observar la relación entre la adherencia al tratamiento y las variables relacionadas en la investigación (locus de control interno, locus de control centrado en el azar, locus de control centrado en los profesionales de la salud y locus de control centrado en familia y amigos), además de la relación con las variables sociodemográficas. También, se realizó un análisis de diferencia de medias entre los grupos de alta y baja adherencia al tratamiento, en relación con los factores del locus de control utilizando la t de Student.

### **Resultados**

Los resultados obtenidos nos informan que el 30.4% corresponde a las pacientes con un nivel de total adherencia, y el 69.6% restante interrumpe o suspende el medicamento. Asimismo, el 1.2% de la muestra total de mujeres ha resultado tener un nivel pobre de adherencia, obteniendo entre 6 y 8 puntos de los 8 totales de la escala de adherencia. Véase tabla 1.

Tabla 1

*Estadísticos descriptivos de la no adherencia total*

	<b>Porcentaje</b>	<b>Frecuencia</b>
Total adherencia	30.4 %	144
Distintos niveles de incumplimiento	69.6 %	330

A través del análisis de las correlaciones, no se muestran relaciones significativas entre el nivel de adherencia y los factores del locus de control.

No se encontraron diferencias significativas entre las medias de los grupos total adherencia y total incumplimiento, aunque se apreció que las medias del locus de control de la salud interno y el locus de control externo centrado en los profesionales de la salud son superiores en el grupo de total adherencia. Véase tabla 2.

Tabla 2

*Diferencias de medias entre los grupos total adherencia y total incumplimiento (N= 296).*

Variable	Grupo total adherencia (N= 144)		Grupo total incumplimiento (N= 152)	
	Media	D.T.	Media	D.T.
Locus interno	1.95	1.14	1.84	0.98
Locus externo azar	2.78	1.68	2.90	1.54
Locus externo sanitarios	2.24	1.38	2.02	1.16
Locus externo otras personas	2.35	0.95	2.33	1.18

Tabla 3

*Estadísticos de los grupos total adherencia e incumplimiento por la suspensión del medicamento*

	Grupo total adherencia (N= 398)		Grupo incumplimiento (N=76)	
	Media	D.T.	Media	D.T.
Locus interno	1.94	1.11	1.74	1.03
Locus externo azar	2.90	1.63	2.71	1.46
Locus externo sanitarios	2.16	1.27	1.97	1.10
Locus externo otras personas	2.35	1.08	2.22	1.37

Tabla 4

*Estadísticos de los grupos total adherencia e incumplimiento por omisión de dosis*

	<b>Grupo total adherencia (N=450)</b>		<b>Grupo incumplimiento (N=24)</b>	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
Locus interno	1.90	1.09	2.02	1.19
Locus externo azar	2.88	1.60	2.60	1.54
Locus externo sanitarios	2.11	1.25	2.40	1.11
Locus externo otras personas	2.33	1.12	2.41	1.44

Comparando los grupos de adherencia al tratamiento, por un lado, entre aquellas mujeres que no interrumpen la toma diaria del anticonceptivo oral en ninguna circunstancia y, por otro lado, el grupo que sí interrumpe la toma en un corto periodo de tiempo (como son 2 o 3 días), se obtuvieron resultados significativos. Además, se observó que entre este último grupo y el formado por mujeres que interrumpen la toma en un largo periodo de tiempo (entre 6 o 7 días), se hallaron resultados marginalmente significativos. Véase la Tabla 5.

Se observó en la tabla 5 que el grupo que se salta alguna dosis en un periodo corto de tiempo presenta una media significativamente mayor que el grupo totalmente adherente a la medicación. Por lo tanto, las personas con alto locus de control interno tienden a ser menos adherentes, siendo capaces de interrumpir la toma de medicación cuando las condiciones se alejan de la rutina en una franja corta de tiempo.

Asimismo, el grupo que interrumpe la toma en un corto periodo de tiempo presenta una media mayor que el grupo que omite las dosis en un largo periodo de tiempo. Por consiguiente, las personas con alto locus de control interno tienden a ser más adherentes en relación a las personas que incumplen el tratamiento, prefiriendo omitir el anticonceptivo durante 2 - 3 días y no en un largo periodo de tiempo, como son 6 – 7 días.

Tabla 5

*Estadísticos de grupo total adherencia, incumplimiento (2-3 días) e incumplimiento (6-7 días) en interrupción del medicamento.*

	<b>Grupo total adherencia (N=413)</b>		<b>Grupo de incumplimiento (2-3 días) (N=43)</b>		<b>Grupo de incumplimiento (6-7 días) (N= 18)</b>		t*	p*
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.		
Locus interno	1.88	1.10	2.29	1.05	1.73	1.15	-2.36	0.01
Locus externo azar	2.87	1.62	2.80	1.48	3.04	1.45	1.79	0.08
Locus externo sanitarios	2.12	1.26	2.19	1.07	2.20	1.40		
Locus externo otras personas	2.32	1.12	2.33	1.28	2.58	1.21		

Nota (t\* y p\*): prueba de muestras independientes, por un lado, entre grupo que no interrumpe la toma diaria y grupo que interrumpe la toma en un corto periodo de tiempo (p= 0.01). Y, por otro lado, entre grupo de interrupción por corto periodo de tiempo y grupo de interrupción por largo periodo de tiempo, (p=0.08).

Entre las mujeres que suelen interrumpir la toma al menos una vez al mes frente al grupo de mujeres que se saltan más dosis semanalmente se ha encontrado resultados marginalmente significativos. Véase tabla 6.

Se observó en la tabla 6 que el grupo que omite más dosis del medicamento semanalmente posee una media mayor que el grupo que interrumpe la toma al menos una vez al mes. Por tanto, las personas con un nivel mayor de locus de control externo hacia los profesionales de la salud tienden a ser menos adherentes, saltándose más dosis semanalmente.

Tabla 6

*Estadísticos de los grupos total adherencia, incumplimiento (una o dos veces al mes) e incumplimiento (una vez o más a la semana) de las dosis del medicamento.*

	<b>Grupo total adherencia (N=319)</b>		<b>Grupo de incumplimiento (una o dos veces al mes) (N=145)</b>		<b>Grupo de incumplimiento (una vez o más a la semana) (N=10)</b>		t*	p*
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.		
Locus interno	1.89	1.07	1.92	1.12	2.40	1.50		
Locus externo azar	2.80	1.62	3.01	1.55	2.88	1.93		
Locus externo sanitarios	2.14	1.29	2.06	1.11	2.76	1.59	-1.86	0.06
Locus externo otras personas	2.33	1.11	2.33	1.19	2.45	1.32		

Nota (t\* y p\*): prueba de muestras independientes entre los grupos de mujeres que interrumpen la toma una vez al mes y una vez o más a la semana.

Tabla 7

*Estadísticos de los grupos total adherencia, incumplimiento (4 horas o más) e incumplimiento (12 horas o más) en relación al horario de la toma.*

	<b>Grupo de total adherencia (N=211)</b>		<b>Grupo incumplimiento (retraso 4 horas o más) (N=206)</b>		<b>Grupo incumplimiento (retraso 12 horas o más) (N=57)</b>	
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.
Locus de control interno	1.89	1.07	1.92	1.12	2.40	1.50
Locus externo azar	2.80	1.62	3.01	1.55	2.88	1.93
Locus externo sanitarios	2.14	1.29	2.06	1.11	2.76	1.59
Locus externo a otras personas	2.33	1.11	2.33	1.19	2.45	1.32

### **Discusión**

El objetivo de esta investigación fue analizar la relación entre el locus de control y la adherencia a los métodos contraceptivos y comprobar si entre los distintos grupos de adherencia existen diferencias significativas con respecto al locus de control con el propósito de conocer qué factor se asocia con un mayor o menor nivel de adherencia.

De los factores sociodemográficos analizados, la edad no muestra diferencias significativas entre los grupos de alta adherencia y baja adherencia. Es decir, las mujeres de mayor edad no muestran una mayor adherencia que las mujeres de menor edad y viceversa. En cambio, Atkins y Fallowfield (2006), mostraron que las mujeres de menor edad tenían mayores dificultades para seguir el tratamiento frente a las de mayor edad, por lo que nuestros resultados no siguen la línea de este estudio.

En relación con el locus de control se obtuvo una correlación significativa entre el locus de control interno y la adherencia al tratamiento. El locus de control interno se ha relacionado con la interrupción del medicamento durante periodos cortos de tiempo, como 2 o 3 días, por condiciones de olvido o por la existencia de circunstancias alejadas de la rutina (estar de vacaciones, fuera de casa...). Por lo tanto, nuestros resultados respaldan la investigación de De las Cuevas, De León, Peñate y Betancort (2017), que encontraron que el mantenimiento de la adherencia en el tratamiento de los pacientes psiquiátricos se relaciona de manera significativa, pero negativamente con el locus de control interno en relación con la adherencia.

Al contrario que en nuestros resultados, otras investigaciones han encontrado que el locus de control de la salud interno y externo centrado en los profesionales de salud facilitaban la adaptación a la enfermedad y se relacionaba con el bienestar psicológico (Bettencourt et al., 2008; Cross et al., 2006; Wallston, 1992). También se había encontrado que locus de control interno tenía un impacto positivo sobre la salud (Arraras, Wright, Jusue, Tejedor y Calvo, 2002). Asimismo, otros estudios mostraron que el locus de control interno jugaba un papel importante en el mantenimiento del tratamiento (Lugli, 2011; Litt y Glader, 1987; De las Cuevas, Peñate y Rivera, 2014). Por lo tanto, nuestra investigación no apoya los resultados obtenidos estas investigaciones previas.

Observamos que el locus de control externo centrado en los profesionales de la salud guarda relación negativa con la adherencia terapéutica. Es decir, las mujeres con mayor locus de control externo centrado en los profesionales de la salud se saltan dosis a la semana más frecuentemente. Estos resultados respaldan la investigación realizada por Alves y López (2010), que hallaron que el locus de control externo centrado en los profesionales de la salud se relaciona negativamente con la adherencia terapéutica a los métodos anticonceptivos. Por otro lado, este resultado

discrepa de los encontrados en la investigación realizada por De las Cuevas, Peñate, y Sanz (2014), donde se obtuvo que el locus de control externo centrado en los profesionales de la salud se relacionaba positivamente con la adherencia de los medicamentos en los pacientes depresivos, mejorando notablemente su estado de salud.

Una de las diferencias claves entre el tratamiento contraceptivo y otros de los tratamientos con los que se ha analizado la adherencia es la voluntariedad del tratamiento contraceptivo. Hay que tener en cuenta que aquellas mujeres que deciden someterse a un tratamiento anticonceptivo lo hacen por decisión propia. Por lo tanto, al elegir las pacientes someterse al tratamiento difícilmente van a considerar que su seguimiento puede ser una imposición externa que deben cumplir.

En relación con las limitaciones de este estudio podemos destacar la no homogeneidad de la muestra en cuanto a las variables sociodemográficas nivel educativo y edad, puesto que la mayoría de ellas poseen estudios universitarios o estudios secundarios y la media de la edad se sitúa en los 24 años, representando en menor medida las características de las otras edades. Por ello, los resultados obtenidos no deben ser generalizables a toda la población consumidora de métodos anticonceptivos orales. Se debe señalar que a la hora del pase de la batería de pruebas no se controlaron variables ambientales relevantes, tales como la existencia de una iluminación adecuada, un ambiente sin ruido externo, el estado de las participantes, y el total entendimiento de las preguntas que debieron cumplimentar.

Por otra parte, es preciso controlar las variables externas que puedan influir en menor o mayor medida en los resultados de la investigación, tanto en el pase de pruebas como en el diseño de la batería de pruebas. Las participantes podrían estar supervisadas durante la realización de las pruebas, con la finalidad de evitar confusiones y aclarar posibles dudas. Asimismo, la muestra

debería ser más heterogénea en relación con la edad y nivel de estudios para que sea posible la generalización de los resultados obtenidos. Resultaría de interés de cara a futuras investigaciones utilizar una muestra mayor e incluir preguntas en referencia a la cultura para poder controlar dicha variable.

Podemos concluir que de cara a futuras investigaciones sería muy enriquecedor estudiar la influencia del locus de control en la adherencia al tratamiento contraceptivo con una escala compuesta por un mayor número de ítems que permita analizar con mayor exhaustividad este constructo y su relación con el seguimiento del tratamiento, para así poder comprobar la relación del locus de control a la adherencia al tratamiento contraceptivo, y si puede disminuir o no la adherencia al tratamiento, o si este resultado se ha debido al uso de una escala que no apresa la totalidad de la varianza de la variable estudiada.

### Referencias

- Alfonso, L. M., & Abalo, J. A. G. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y salud*, 14(1), 89-99.
- Alves, A. S., & Lopes, M. H. B. D. M. (2010). Locus of control and contraceptive knowledge, attitude and practice among university students. *Revista de saude publica*, 44, 39-44.
- Arraras, J. I., Wright, S. J., Jusue, G., Tejedor, M., & Calvo, J. I. (2002). Coping style, locus of control, psychological distress and pain-related behaviours in cancer and other diseases. *Psychology, Health & Medicine*, 7(2), 181-187.

- Atkins, L., & Fallowfield, L. (2006). Intentional and non-intentional non-adherence to medication amongst breast cancer patients. *European Journal of Cancer*, *42*(14), 2271-2276.
- Bettencourt, B. A., Talley, A. E., Molix, L., Schlegel, R., & Westgate, S. J. (2008). Rural and urban breast cancer patients: health locus of control and psychological adjustment. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, *17*(9), 932-939.
- Borrero, S., Zhao, X., Mor, M. K., Schwarz, E. B., Good, C. B., & Gellad, W. F. (2013). Adherence to hormonal contraception among women veterans: differences by race/ethnicity and contraceptive supply. *American journal of obstetrics and gynecology*, *209*(2), 103-e1.
- Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer—coping or personal transition?. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, *10*(1), 1-18.
- Comeche, M., Díaz, M. & Vallejo, M. (1999). Cognitive factors in chronic pain. *Psychology in Spain*. *3*(1), pp 75-87.
- Cravioto Galindo, A., & del Carmen, M. (2015). Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos.
- Cross, M. J., March, L. M., Lapsley, H. M., Byrne, E., & Brooks, P. M. (2005). Patient self-efficacy and health locus of control: relationships with health status and arthritis-related expenditure. *Rheumatology*, *45*(1), 92-96.

- De las Cuevas, C. (2011). Towards a clarification of terminology in medicine taking behavior: compliance, adherence and concordance are related although different terms with different uses. *Current clinical pharmacology*, 6(2), 74-77.
- De las Cuevas, C., de León, J., Peñate, W., & Betancort, M. (2017). Factors influencing adherence to psychopharmacological medications in psychiatric patients: a structural equation modeling approach. *Patient preference and adherence*, 11, 681. <http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S133513>
- De las Cuevas, C., Peñate, W., & de Rivera, L. (2014). Psychiatric patients' preferences and experiences in clinical decision-making: Examining concordance and correlates of patients' preferences. *Patient education and counseling*, 96(2), 222-228.
- De las Cuevas, C., Peñate, W., & Sanz, E. J. (2014). The relationship of psychological reactance, health locus of control and sense of self-efficacy with adherence to treatment in psychiatric outpatients with depression. *BMC psychiatry*, 14(1), 324.
- De las Cuevas, C., Peñate, W., & Sanz, E. J. (2014). Risk factors for non-adherence to antidepressant treatment in patients with mood disorders. *European journal of clinical pharmacology*, 70(1), 89-98. <http://dx.doi.org/10.1007/s00228-013-1582-9>
- De las Cuevas, C., & De Rivera, L. (1994). Cumplimiento con la medicación neuroléptica y curso de la esquizofrenia. *Psiquis*, 15(3), 11-12
- De las Cuevas, C., Penate, W., de Cecilia, J. M. G., & de Leon, J. (2018). Predictive validity of the Sidorkiewicz instrument in Spanish: Assessing individual drug adherence in

- psychiatric patients. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(2), 133-142.
- Dilla, T., Ciudad, A., & Alvarez, M. (2013). Systematic review of the economic aspects of nonadherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia. Patient preference and adherence, 7, 275. <http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S41609>
- Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L. & Sacristán, J.A. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención Primaria*, (41). <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2008.09.031>
- Ebro, S., Touriño, R., Domínguez, A., Zereck, E., Medina, C., de la Fuente, J. A., ... & Winter, G. (1996). Cumplimiento con las citas concertadas. *Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática*, 17(9), 51-59.
- Fumero Hernández, A., de las Cuevas Castresana, C., Marrero Quevedo, R. J., & Peñate Castro, W. (2016). Preferencias por las decisiones compartidas en pacientes con depresión. *Acta Colombiana de Psicología*, Vol. 19, no. 1 (ene.-jun. 2016); p. 249-259.
- Guerra, S., Sánchez, F., Encinas, A., Ugarte, L., Barbadillo, N., & Lete, I. (2015). Costes de la anticoncepción hormonal combinada en España: ¿hay algún método más coste-efectivo?. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 58(5), 221-226.
- Hall, K. S. (2012). The health belief model can guide modern contraceptive behavior research and practice. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 57(1), 74-81.
- House, W. C., Pendleton, L., & Parker, L. (1986). Patients' versus physicians' attributions of reasons for diabetic patients' noncompliance with diet. *Diabetes Care*, 9, 434.

Huber, L. R. B., Broel, E. C., Mitchelides, A. N., Dmochowski, J., Dulin, M., & Scholes, D. (2013). Comparison of prospective daily diaries and retrospective recall to measure oral contraceptive adherence. *Contraception*, 88(4), 492-497.

Interrupciones Voluntarias del Embarazo (2016). *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*. Recuperado de <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm>

Kanfer, F. H. y Hagerman, S. (1981). The role of self-regulation. In L. P. Rehm (Ed.), *Behavior Therapy for depression: Present status and future directions* (pp. 143-179). New York: Pergamon Press.

Keers, J. C., Blaauwwekel, E. E., Hania, M., Bouma, J., Scholten-Jaegers, S. M., Sanderman, R., & Links, T. P. (2004). Diabetes rehabilitation: development and first results of a Multidisciplinary Intensive Education Program for patients with prolonged self-management difficulties. *Patient Education and Counseling*, 52(2), 151-157.

Lete, I., Doval, J. L., Pérez-Campos, E., Sánchez-Borrego, R., Correa, M., de la Viuda, E., ... & Mendoza, N. (2007). Factors affecting women's selection of a combined hormonal contraceptive method: the TEAM-06 Spanish cross-sectional study. *Contraception*, 76(2), 77-83.

Litt, I. F. y Glader, L. (1987). Follow-up of adolescents previously studied for contraceptive compliance. *Journal of Adolescent Health Care*, 8, 349-351

- Lugli Rivero, Z. (2011). Autoeficacia y locus de control: variables predictoras de la autorregulación del peso en personas obesas. *Pensamiento psicológico*, 9(17), 43-56.
- Martín, L., & Grau, J. (2005). La adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. En J. Grau (Ed.), *Psicología de la Salud*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Morowatisharifabad, M. A., Mahmoodabad, S. S. M., Baghianimoghadam, M. H., & Tonekaboni, N. R. (2010). Relationships between locus of control and adherence to diabetes regimen in a sample of Iranians. *International journal of diabetes in developing countries*, 30(1), 27.
- Trussell, J., Henry, N., Hassan, F., Prezioso, A., Law, A., & Filonenko, A. (2013). Burden of unintended pregnancy in the United States: potential savings with increased use of long-acting reversible contraception. *Contraception*, 87(2), 154-161.
- Pharmaceutical, O. (1993). Report on the 1992 Ortho Annual Birth Control Survey. *Raritan, NJ: Ortho Pharmaceutical*.
- Rotter J. (1978). Social learning and Clinical Psychology. En Colectivo de autores. "Selección de Lecturas de Diagnóstico Clínico" Ciudad de la Habana: ENPES.
- Sevillano, L. G., & Madrigal, E. A. (2014). Estudio de las reacciones adversas de los anticonceptivos hormonales desde la farmacia comunitaria. *Pharmaceutical Care España*, 16(3), 98-109.
- Sociedad Española de Contracepción, S. E. C. (2014). Estudio poblacional sobre el uso y la opinión de los métodos anticonceptivos en España.

Wallston, K. A. (1992). Hocus-pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health. *Cognitive therapy and research*, 16(2), 183-199.

Wallston, K. A., Strudler Wallston, B., & DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health education monographs*, 6(1), 160-170.

World Health Organization. (2013). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship*. World Health Organization.