

Influencia de la reactividad psicológica en la adherencia al tratamiento contraceptivo oral femenino

Trabajo de Fin de Grado

Universidad de La Laguna

Facultad de Ciencias de la Salud

Curso: 2017/2018

Alumnos

Alejandro Ruiz Castellano

Lara del Pilar Sánchez González

Tutores:

Ascensión Fumero Hernández

Wenceslao Peñate Castro

RESUMEN

En la adherencia al tratamiento influyen gran número de variables personales, entre las que encontramos la reactancia psicológica. Existen determinados tratamientos cuya eficacia se encuentra estrechamente relacionada con una alta adherencia al tratamiento, entre ellos encontramos el tratamiento contraceptivo oral, pues su eficacia depende casi por completo de la adherencia. El objetivo de este estudio fue determinar si la reactancia psicológica, influyó en la adherencia al tratamiento contraceptivo, para ello se realizó un estudio en el que participaron 240 mujeres de la isla de Tenerife. Se realizó un análisis de correlación de Pearson para observar la relación entre ambas variables, y una prueba de diferencia de medias para examinar las diferencias entre los grupos de alta y baja adherencia. No se encontró una relación significativa entre reactancia psicológica y adherencia al tratamiento, como tampoco se encontró una diferencia significativa entre los grupos de alta y baja adherencia. Por lo tanto, los resultados ponen de manifiesto la necesidad de estudiar la adherencia al tratamiento contraceptivo en profundidad, puesto que se trata de un tipo de tratamiento de elección en el que las variables que pueden influir en la adherencia al tratamiento parecen actuar de forma distinta que en tratamientos impuestos por el personal sanitario.

Palabras clave: reactancia psicológica, adherencia al tratamiento y tratamiento contraceptivo.

ABSTRACT

There is a great number of intrapersonal variables that have an influence on treatment adherence, among which we can stand out the psychological reactance. There are particular treatments whose efficacy is strongly related with a high treatment adherence. This is the case of the oral contraceptive treatment, whose efficacy highly depends on the adherence. The objective in this research is to determine if psychological reactance has an influence on treatment adherence in contraception. Thus, a research has been conducted with the participation of 240 women in Tenerife. A Pearson's correlation

analysis was carried out with the aim of examining the relationship between both variables, as well as a difference of averages test in order to observe the differences in adherences between two groups of high and low adherence to the treatment. In this research, a significant relationship was not found between psychological reactance and treatment adherence, as neither a significant difference between the two groups of high and low adherence. Therefore, the results show the need to study contraceptive treatment adherence in a more detailed way, as it is a voluntary treatment whose variables can act in a different way as they do in other clinical treatments, which are obligatory as they are commanded by sanitary staff.

Key words: Psychological reactance, treatment adherence and contraceptive treatment.

INTRODUCCIÓN

La psicología se ha utilizado en el ámbito sanitario para estudiar diferentes variables personales que parecen que pueden aumentar o disminuir la adherencia al tratamiento de los pacientes.

La adherencia al tratamiento se refiere al grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario (OMS, 2003). Como pone de relieve esta definición, se requiere el consentimiento del paciente, y la colaboración activa entre éste y el profesional sanitario en la toma de decisiones. El estudio de la adherencia al tratamiento y de las variables que influyen en una mayor o menor adherencia han ido adquiriendo gran importancia, puesto que la baja adherencia terapéutica genera consecuencias médicas tales como: retrasos en la curación, recaídas, aparición de complicaciones y valoración errónea de la efectividad real del tratamiento, entre otros (Martín, 2006). Se han investigado numerosas características personales del paciente que pueden mediar aumentando o disminuyendo la adherencia, estos son: la depresión, la capacidad de comprender la información médica, el

consumo de sustancias, el apoyo social y el estatus socioeconómico, y la relación del paciente con el equipo médico.

Esta última variable, la relación del paciente con el equipo médico entendida también como la relación médico-paciente, tiene especial relevancia debido a que su correcto manejo influye de manera significativa en los resultados obtenidos en el tratamiento. La comunicación del médico correlaciona positiva y significativamente con la adherencia al tratamiento del paciente, de tal forma que la capacitación de los médicos en habilidades de comunicación resulta en mejoras sustanciales y significativas en el cumplimiento del tratamiento por parte del paciente (Haskard y Dimatteo, 2009). En pacientes psiquiátricos se ha encontrado que para conseguir una buena adherencia al tratamiento es clave que los profesionales de la salud mental sean sensibles a las preferencias individuales de cada paciente y a sus deseos de participación en la toma de decisiones sobre el abordaje de su enfermedad (De Las Cuevas, Peñate y Rivera, 2014). Por lo tanto, el grado en el que paciente participa en la toma de decisiones con el terapeuta, así como la congruencia entre sus preferencias y las prescripciones médicas, son factores con mucho peso para obtener una buena adherencia y un resultado exitoso.

Otra de las características personales del paciente que influyen en la adherencia al tratamiento es la reactancia psicológica. La reactancia psicológica se ha considerado como un estado motivacional que lleva a la persona a restituir 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). Es decir, la reactancia psicológica es una reacción afectiva aversiva en respuesta a regulaciones o imposiciones que el individuo siente que afectan a su libertad o autonomía.

La reactancia psicológica ha sido analizada en los estudios sobre adherencia al tratamiento. En aquellas investigaciones que indagan sobre la adherencia se espera que los pacientes con baja reactancia generalmente

sigan instrucciones y consejos, mientras que las personas con alta reactancia resistan cualquier orientación o asistencia (De las Cuevas, Peñate, Betancort y Sanz, 2014).

Seguir un tratamiento tiene el potencial de provocar reactancia, puesto que limita y amenaza la libertad. Se asume que cuando la libertad del individuo se ve amenazada, el individuo estará motivado para restaurar la pérdida percibida de libertad, y por lo tanto, se adherirá menos al tratamiento. Debido a esto se ha considerado que la reactancia psicológica es un importante predictor del cumplimiento del tratamiento, especialmente en aquellos casos en los que los pacientes perciben que el tratamiento es una amenaza para su libertad de elección (Moore, Sellwood y Stirling, 2010). Además, el estudio de esta variable otorga una oportunidad para comprender los comportamientos en conductas de salud llevadas a cabo por los pacientes (De las Cuevas, Peñate, Betancort y Rivera, 2014).

Respecto a la relación de la reactancia psicológica, y otras variables influyentes en la adherencia al tratamiento como el locus de control de la salud y el sentido de autoeficacia en pacientes psiquiátricos ambulatorios con depresión, se ha demostrado que los pacientes más reactivos psicológicamente son más propensos a no cumplir las indicaciones dadas por el terapeuta que los pacientes que muestran un bajo nivel de reactancia psicológica (De las Cuevas, Peñate y Sanz, 2014).

La investigación realizada en este estudio analizó las dos variables descrita anteriormente, la adherencia terapéutica y la reactancia psicológica, circunscritas a un tratamiento específico, el tratamiento anticonceptivo. El tratamiento anticonceptivo consiste en el uso de métodos hormonales para reducir el riesgo de embarazo en una mujer sexualmente activa. No significa el padecimiento de una enfermedad, si no que implica el seguimiento de un tratamiento continuado que requiere una elevada adherencia para para lograr la prevención del embarazo.

La eficacia de los métodos anticonceptivos, depende sustancialmente de la adherencia al tratamiento contraceptivo (Carbajal, Cárdenas, Pastrana y López, 2008). Algunos investigadores compararon la eficacia del tratamiento

oral anticonceptivo con otros tratamientos anticonceptivos como el parche cutáneo, con el objetivo de comprobar que método era seguido de forma más adherente. Se obtuvieron tasas de eficacia similares para ambos métodos pero el grupo de parches obtuvo un mejor cumplimiento autoinformado (Audet, Moreau y Koltun, 2001). A pesar de que los parches obtengan un mejor cumplimiento autoinformado, es importante destacar que se ha encontrado que el tratamiento oral anticonceptivo utilizando correctamente es de los más efectivos para reducir el riesgo de embarazo (Carbajal, Cárdenas, Pastrana y López, 2008). La mayoría de las investigaciones sobre el cumplimiento del tratamiento de anticonceptivos orales se han enfocado en población adolescente. En este grupo de edad podemos encontrar predictores del cumplimiento deficiente como son las múltiples parejas sexuales, la baja evaluación de la salud personal, el grado de preocupación sobre el embarazo o el aborto previo. El buen cumplimiento del tratamiento contraceptivo se ha relacionado con la satisfacción del paciente con el médico, la ausencia de ciertos efectos secundarios, el establecimiento de una rutina diaria regular para tomar anticonceptivos orales y la lectura de la información distribuida con los envases de los fármacos anticonceptivos (Rosenberg, Burnhill, Waugh, Gimes y Hillard, 1995).

Como hemos visto, el tratamiento oral anticonceptivo muestra tasas elevadas de eficacia (Redacción Onmeda, 2016). Sin embargo, el incumplimiento del tratamiento tiene un gran impacto. 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 voluntariamente el 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). Teniendo en cuenta la alta eficacia del tratamiento oral anticonceptivo seguido correctamente para evitar el embarazo, se ha hipotetizado con que un porcentaje de estos embarazos en mujeres que seguían un tratamiento anticonceptivo se debía a un seguimiento inadecuado de las recomendaciones médicas, es decir, a una discontinuación de las pautas otorgadas y, por tanto, a una baja adherencia.

Considerando la importancia de una alta adherencia al tratamiento contraceptivo, se ha experimentado con el uso de recordatorios mediante mensajes de texto durante 3 meses a usuarios que se encontraban en el inicio del tratamiento con el fin de lograr que la adherencia y continuidad en la toma de píldoras orales fuera altamente efectiva en comparación con nuevos usuarios que la tomaran sin recordatorio. Este estudio, innovador en lo conductual y tecnológico, no presentó diferencias significativas en la adherencia al tratamiento contraceptivo (Hou, Hurwitz, Kavanagh, Fortin y Goldberg, 2010).

Entre las variables personales de las usuarias, encontramos que las expectativas e interacciones de estas y los profesionales de salud son predictores significativos del cumplimiento de un régimen anticonceptivo. En circunstancias en las que los profesionales dan una orientación autorizada sobre los métodos y las clientas lo perciben como tal, y se emplea una guía autorizada para ayudar a las clientas seleccionar un método anticonceptivo, los niveles medios de uso de anticonceptivos en la clínica se incrementan sustancialmente (Nathanson y Becker, 1985). Dichos resultados coinciden, como hemos visto, con los obtenidos, para otro tipo de población, por De Las Cuevas, Peñate y Rivera (2014) destacando en ambos estudios la importancia del papel activo del paciente durante el tratamiento.

El objetivo de este estudio fue constatar si entre las variables personales de las usuarias del tratamiento contraceptivo que influyen en la adherencia se encontraba la reactancia psicológica. Hipotetizando que la reactancia psicológica disminuiría la adherencia a dicho tratamiento.

MÉTODO

Participantes

La muestra utilizada es de 240 mujeres, formada por población de la isla de Tenerife (Islas Canarias, España), a todos las participantes se les ha informado de la investigación y han dado el consentimiento para que podamos utilizar los datos recogidos. Todas ellas se encontraban siguiendo el tratamiento de anticonceptivos orales.

En rango de edad de las participantes se encuentra comprendido entre los 17 y los 49 años. El porcentaje más alto de participantes lo encontramos en los 21 años (30.4%), seguido de los 22 años (17.9%), siendo la media de 22.45 años de edad.

Cuando agrupamos a las participantes por el nivel educacional encontramos que 62.1% de las participantes tienen los estudios secundarios finalizados, mientras que el 37.1% ha finalizado hasta los estudios universitarios, y el 0.8% solo ha finalizado hasta los estudios primarios.

Instrumentos

Se utilizó el Cuestionario de Creencias Personales en salud (De las Cuevas y Peñate, 2017), el cual consta de 23 ítems que evalúan las creencias en salud de las participantes mediante una escala de respuesta tipo Likert que va desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo).

Otro de los instrumentos empleados fue la escala de adherencia (Sidorkiewicz adherencetool; De las Cuevas, Motuca, Baptista, y de Leon, 2018). Esta escala contiene 5 ítems con un formato multirespuesta de 2 - 3 alternativas posibles, con ilustraciones de ejemplos de casos prácticos con el fin de ayudar a los pacientes a reconocer sus diferentes comportamientos respecto a la toma de los diversos medicamentos en su tratamiento.

Los 23 ítems del cuestionario utilizado se conforman a partir de la Escala de Locus de Control de Salud Multidimensional (MHLC-C; De las Cuevas, Peñate, Betancort y Cabrera, 2015; Wallston, Stein y Smith, 1994), el Inventario de Actitudes hacia la Medicación de 10 ítems (DAI-10) (Hogan, Awad y Eastwood, 1983) y la Escala de Reactancia Psicológica de Hong (Hong y Faedda, 1996). Para este trabajo se han seleccionado de estos 23 ítems, aquellos que evalúan la reactancia psicológica, y fueron sacados de la Escala de Reactancia Psicológica de Hong –HPRS- (Hong y Faedda, 1996). Esta escala está compuesta por 14 ítems, con un formato de respuesta tipo Likert que comprende 5 puntos y que va desde 1 (total desacuerdo) hasta 5 (total acuerdo). Mide por un lado reactancia cognitiva, y por otro reactancia afectiva. En términos psicométricos, se puede considerar una buena consistencia

interna de .76 para la reactancia afectiva y .62 para la reactancia cognitiva. La Escala de Locus de Control de Salud Multidimensional (MHLC-C), es una escala compuesta por 18 ítems con un formato auto-informado, evaluando el Locus de Control Interno y el Locus de Control Externo. Por último, el Inventario de Actitudes hacia la medicación (DAI-10) es una escala de autoinforme compuesta por 10 ítems respecto a los cuáles el paciente debe aseverar si está de acuerdo o no acerca de la eficacia de los medicamentos, con un formato de respuesta verdadero/falso, con una consistencia interna de .62.

De estas tres escalas descritas se han seleccionado aquellos ítems que han presentado mayores saturaciones en estudios previos (De las Cuevas y Peñate, 2015).

Procedimiento

Se pidió a 240 mujeres que se encontraban bajo tratamiento oral contraconceptivo, que participarán en el estudio. La recogida de datos se llevó a cabo durante los meses de febrero a abril de 2018. Se informó a cada participante de que los datos iban a ser recogidos y utilizados para la investigación y éstas dieron su consentimiento. Durante el proceso de respuesta de los cuestionarios, estos les fueron entregados personalmente, de manera presencial, con la instrucción de que fueran rellenados a bolígrafo, sin límite de tiempo. Los sujetos no fueron seleccionados siguiendo ningún tipo de criterio preestablecido, el único requisito que se tuvo en cuenta es que fueran mujeres que respondiesen ‘SÍ’ a la pregunta: “¿Se encuentra usted tomando fármacos de tratamiento anticonceptivo actualmente?”, para posteriormente solicitar colaboración en la investigación. En ningún caso se requirió de informes médicos o farmacológicos que acreditasen que la persona a evaluar estaba siguiendo un tratamiento anticonceptivo.

Se recogieron datos de tipo sociodemográfico (edad, nivel de estudios), médicos (nombre del fármaco, y tiempo que lleva siguiendo el tratamiento), y psicológicos. La cumplimentación de los cuestionarios les requirió aproximadamente diez minutos a cada participante, a pesar de que no fueron cronometrados para ello.

Análisis de Datos

A la hora de realizar este estudio fue realizado un análisis de correlaciones de Pearson para observar la relación entre las variables reactancia psicológica y adherencia al tratamiento.

En base a los estadísticos que se obtuvieron de los dos grupos analizados, se llevó a cabo un análisis de la diferencia de medias entre los grupos de alta y baja adherencia respecto a variables sociodemográficas tales como nivel educativo y edad, y reactancia psicológica. Los análisis estadísticos obtenidos para este trabajo fueron todos realizados con el uso del programa estadístico SPSS.

RESULTADOS

En el estudio se encontró que el 68.8% de las participantes corresponden a un grupo cuyo nivel de nivel de adherencia a la toma del medicamento es considerablemente alto. Por otra parte, sólo el 2.9% de las participantes representaba un nivel de adherencia bueno. El 26.3% de las participantes mostraron un nivel de adherencia moderado y, por último, un 2.1% de las participantes correspondían a un nivel de adherencia pobre. Se apreció un claro patrón de adherencia alta, mientras que el resto de las participantes se distribuyó de modo más heterogéneo. Esta tendencia se constató al analizar los estadísticos descriptivos de la muestra.

En el análisis de los resultados se describirán en primer lugar, los estadísticos descriptivos de las variables sobre las que se ha centrado nuestro estudio. Como se puede observar en la tabla 1, la media del nivel de adherencia es elevada, es decir, se comprueba que el total de la muestra, sin tener en cuenta requisitos como la edad o el nivel de estudios de cada una de las participantes, presenta un patrón fiel y correcto de seguimiento de la pauta de toma del fármaco preestablecida por su médico.

Tabla 1. *Estadísticos descriptivos de las variables relevantes*

	Media	Desv. Típica
Reactancia Psicológica	14.38	4.18
Nivel de Adherencia	4.38	0.95

Por otro lado, no se han obtenido resultados significativos en el análisis de correlaciones entre reactancia psicológica y las variables sociodemográficas tales como Edad y Nivel Educativo, encontrándose por tanto que la Reactancia Psicológica no varía significativamente en función de la edad o el nivel educativo de las participantes. En cuanto a la relación entre la adherencia al tratamiento y la reactancia psicológica, tampoco se obtuvieron resultados significativos, es decir, no se encontró una asociación entre la reactancia psicológica en la adherencia al tratamiento.

Tabla 2. *Correlación de variables sociodemográficas y reactancia con adherencia*

	Edad	Nivel Educativo	Adherencia
Reactancia psicológica	-.107	-.011	-.105

Respecto a las puntuaciones obtenidas por las participantes sobre el nivel de adherencia al tratamiento, estas se agruparon posteriormente en dos grupos, siendo estos, un grupo denominado como baja adherencia y otro como alta adherencia.

En la Tabla 3 se puede apreciar como las puntuaciones medias de ambos grupos son similares, del mismo modo que tampoco se encuentran grandes diferencias en la desviación típica de los grupos.

Tabla 3. Prueba t de diferencia de medias entre los grupos de alta y baja adherencia en las variables sociodemográficas y la reactancia psicológica.

	Grupo de baja adherencia		Grupo de alta Adherencia		t de Student. (Sig.)
	N= 68		N= 172		1.39 n.s ¹
Reactancia Psicológica	X	DT	X	DT	.164n.s
	15.00	4.01	14.16	4.25	

¹no significativo

La prueba no mostró diferencias significativas entre las distintas medias pertenecientes a los grupos mencionados anteriormente, de modo que se consideró que las tendencias de dispersión en la reactancia psicológica eran similares.

DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación era analizar la relación entre las variables de reactancia psicológica y la de adherencia al tratamiento de píldoras anticonceptivas. No se obtuvo una relación significativa entre la reactancia psicológica y la adherencia al tratamiento en nuestro estudio, de modo que pudimos contrastar que se obtuvieron resultados que resultan incoherentes con los que han obtenido otros autores en el campo de la adherencia al tratamiento y la reactancia psicológica, puesto que las puntuaciones de la mayoría de las participantes que componen la muestra se encuentran en el grupo denominado como grupo de alta adherencia al tratamiento.

En la mayoría de las investigaciones en las que se ha trabajado con la influencia de la reactancia psicológica en la adherencia al tratamiento se ha presupuesto que la reactancia psicológica presentará una correlación negativa con el seguimiento del tratamiento, es decir, cuanto más reactante sea un paciente menos se adherirá al tratamiento prescrito. Esta relación negativa entre la reactancia psicológica y la adherencia al tratamiento se ha encontrado como resultado en múltiples investigaciones en este área con pacientes psiquiátricos ambulatorios con depresión (De las Cuevas, Peñate y Sainz, 2014). Este resultado contradictorio podría explicarse destacando su fundamentación en el hecho de que los anticonceptivos orales son altamente efectivos, y pueden ser considerados por las consumidoras como carentes de contraindicación (William, Fisher, y Black, 2007), lo que podría hacer que las participantes vieran como algo positivo la toma del medicamento puesto que percibirán su consumo como una mejora de su calidad de vida.

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 contraceptiva. 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.

Las puntuaciones obtenidas en el estudio podrían deberse a las limitaciones propias del mismo que podrían haber influido y sesgado los resultados, entre estas limitaciones encontramos: las variables ambientales (el lugar en el que se pasó el cuestionario, la hora, el ruido existente, etc) la libre elección del consumo del fármaco y las características psicométricas del Cuestionario de evaluación de Creencias en Salud.

Entre las características psicométricas del Cuestionario de Creencias Personales en Salud que fue utilizado para recoger los datos en los que se fundamentan las conclusiones del estudio, se ha encontrado que esta escala estaba compuesta por un número de ítems reducido, que aunque correlacionan significativamente con el constructo de reactancia psicológica, no ha recogido y

analizado en profundidad la amplitud del concepto, lo que puede haber interferido con los resultados.

Siguiendo la línea de la metodología utilizada para la recogida de datos, se debe destacar que el cuestionario de Creencias Personales en Salud, es de tipo autoinformado. Los autoinformes son un tipo de prueba de evaluación psicológica que destacan por ser productores de fuentes de distorsión de respuesta que pueden alterar los resultados y conclusiones que se extraigan de ellos. Estas distorsiones son de diverso tipo, entre las más relevantes se encuentran: la deseabilidad social, la aquiescencia, las características del grupo de población al que pertenece el participante, (Choi y Pak, 2005), por lo que las participantes al encontrarse próximas al evaluador mientras cumplimentaban los ítems, podrían haberse visto influidas por la deseabilidad social produciendo esta variable que sus respuestas a tales ítems reflejasen una adherencia al tratamiento mayor a la adherencia real, o mostrando menos reactancia psicológica en sus respuestas por temor a una evaluación subjetiva negativa por parte del evaluador o del grupo que las rodeaba, puesto que no se encontraban aisladas ni en un ambiente de completa confidencialidad durante la cumplimentación del cuestionario.

Entre otros aspectos destacables respecto a los limitaciones del estudio ya comentadas, y en vistas a controlar de modo más eficaz en un futuro, es importante tener en cuenta las variables ambientales, también conocidas como contextuales, ya que es de sobra conocida la influencia de variables como el ruido, iluminación y espacio en la ejecución de cualquier tipo de tarea (Moser, 2003). En esta investigación no se tuvo en cuenta la influencia de estas variables durante la respuesta del Cuestionario de Creencias Personales en Salud puesto que este fue cumplimentado por las participantes en un ambiente no controlado, pudiendo los resultados haber reflejado la contaminación producida por dichas variables y, por tanto, sesgando los resultados.

La adherencia a los anticonceptivos es un tema que aún no ha tenido un profundo estudio en cuanto a las variables psicológicas que interfieren en que se dé una menor o una mayor adherencia a este tipo de fármaco. Por lo tanto, habiendo tomado como referencia los resultados obtenidos en este estudio,

nos encontramos en posición de proponer diferentes líneas en las que las investigaciones podrían profundizar en el futuro, para así mejorar nuestro conocimiento científico en esta área. Siguiendo la línea de trabajo del estudio de la adherencia y la reactancia psicológica en pacientes con depresión, vemos que en el estudio de la reactancia psicológica se han encontrado diferencias intergénero, siendo los hombres los que tienen una mayor reactancia psicológica (Fumero, Marrero, De las Cuevas y Peñate, 2015). En nuestra investigación, debido a las características inherentes al fármaco, anticonceptivo oral femenino, se ha analizado exclusivamente con mujeres, lo que a la vista de los resultados de la investigación anteriormente mencionada puede hacer que la reactancia sea menor no por el tipo de tratamiento, sino porque esta variable es más baja en mujeres independientemente del tipo de tratamiento con el que se esté valorando su adherencia a las prescripciones del equipo médico. Para controlar este posible sesgo, se podrían hacer estudios en los que se valorase la influencia de la reactancia psicológica en la adherencia al tratamiento contraconceptivos en hombres pero, teniendo en cuenta que es una población en la que este tratamiento no ha estado ampliamente instaurado.

Fuera de área de la psicología de la salud también se han valorado los niveles de la adherencia al tratamiento y las variables tanto psicológicas como contextuales que pueden influir en que sé de una alta o baja adherencia por parte de los pacientes. Como ejemplo de ello se encuentra el estudio de la planificación familiar, el cual comprende un conjunto de estrategias destinadas al control de la natalidad y a promover el desarrollo de una dinámica familiar sana. La planificación familiar tiene en cuenta variables como los períodos de edad con mayor o menor riesgo para procrear, el estado de salud de la madre, el estado de salud de los hijos, los períodos de espaciamiento entre partos, los efectos secundarios en la toma de anticonceptivos, y también se tienen en consideración los datos respecto al abandono de la anticoncepción y los diversos factores que influyen en este proceso. Se ha constatado la existencia una relación positiva entre la planificación familiar y la adherencia al tratamiento (Artieda y Guamba, 2016), siendo importante profundizar en este ámbito para analizar en profundidad si variables contextuales como la planificación familiar, puede mejorar la adherencia a los tratamientos anticonceptivos, siendo de

especial importancia en familias desestructuradas en las que existe una mayor tasa de embarazo adolescente.

Un estudio que analice las variables de adherencia al tratamiento y contracepción, no se debe olvidar que este tratamiento tiene características exclusivas que lo diferencian de otro tipo de tratamientos y que puede influir en el nivel de reactancia de aquellas personas que se someten a él. En los estudios ya realizados, se han encontrado como variables predictoras de la adherencia al tratamiento el control conductual percibido y la planificación del afrontamiento (Molloy, Graham y McGuinness, 2012), además existen datos que llevan a concluir que la reactancia cobra un papel relevante, sobre todo, cuando los pacientes perciben que el tratamiento es una amenaza para la libertad de elección (Moore, Sellwood, y Stirling, 2000).

Podemos concluir que en un futuro sería muy enriquecedor estudiar la influencia de la reactancia psicológica en la adherencia al tratamiento contraceptivo con una escala compuesta por un mayor número de ítems que permita analizar en profundidad este constructo y su influencia en el seguimiento del tratamiento, para así poder constatar si la reactancia psicológica está o no asociada con el 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. Además de controlar las variables ambientales durante la cumplimentación de los ítems, y tener en cuenta el sesgo intergénero.

REFERENCIAS

- Audet M, C., Moreau M., Koltun W. D., Waldbaum, A. S., Shangold, G., Fisher, A. C., y Creasy, W. G. (2001). Evaluation of Contraceptive Efficacy and Cycle Control of a Transdermal Contraceptive Patch vs an Oral Contraceptive: A Randomized Controlled. *JAMA*, 285 (18), 2347–2354. doi:10.1001/jama.285.18.2347
- Brehm, J. W. (1966). *A theory of psychological reactance*. Oxford, England: Academic Press.
- Carbajal-Ugarte, J. A., Cárdenas Blanco, A., Pastrana Huanaco, E., y López Berrios, D. (2008). Eficacia y efectos adversos de anticonceptivos hormonales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46(1), 83-87.
- Choi, B. C., & Pak, A. W. (2005). Peer Reviewed: A Catalog of Biases in Questionnaires. *Preventing chronic disease*, 2(1).
- De las Cuevas, C., Motuca, M., Baptista, T., & de Leon, J. (2018). Skepticism and pharmacophobia toward medication may negatively impact adherence to psychiatric medications: a comparison among outpatients a samples recruited in Spain, Argentina, and Venezuela. *Patient Preference and Adherence*, 12, 301–310. <http://doi.org/10.2147/PPA.S158443>
- De las Cuevas, C., Peñate, W., y de Rivera, L. (2014). To what extent is treatment adherence of psychiatric patients influenced by their participation in shared decision making?. *Patient Preference Adherence*, 8, 1547–1553. doi:10.2147/PPA.S73029.
- De las Cuevas, C., Peñate, W., y Sanz, E.J.(2014). The relationship of psychological reactance, health locus of control and sense of self-efficacy with adherence to treatment in psychiatric out patients with depression. *BMC Psychiatry*, 14 (1), 1. doi:10.1186/s12888-014-0324-6.
- De las Cuevas, C., Peñate, W., Betancort, M., y de Rivera, L. (2014). Psychological reactance in psychiatric patients: Examining the

dimensionality and correlates of the Hong Psychological Reactance Scale in a large clinical sample. *Personality and Individual Differences*, 70, 85-91.

De las Cuevas, C. y Peñate, W. (2015). Validation of the General Self-Efficacy Scale in outpatient care. *Psicothema*, 27 (4), 410-415. doi: 10.7334/psicothema2015.56

Fumero Hernández, A., Marrero Quevedo, R.J., De las Cuevas Castresana, C. & Peñate Castro, W. (2015) Preferencias por las decisiones compartidas en pacientes con depresión. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(1), 249-259. doi: 10.14718/ACP.2016.19.1.11

Hou, M. Y., Hurwitz, S., Kavanagh, E., Fortin, J., y Goldberg, A. B. (2010). Using daily text-message reminders to improve adherence with oral contraceptives: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*, 116 (5), 633-640. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181eb6b0f.

Hogan, T.P., Awad, A.G. y Eastwood R. (1983). A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: Reliability and discriminative validity. *Psychological Medicine*, 13. 177-183

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>

Jácome Artieda, I., y Villacres Guamba, L. (2016). La asesoría de planificación familiar como factor de adherencia a métodos anticonceptivos entre mujeres adolescentes y adultas que acuden a consulta externa en el Centro de Salud Archidona (Napo - Tena) en el periodo de mayo a junio del 2016. *Proyecto de Investigación presentado como requisito previo a la obtención del Título de Magister en Salud Sexual y Salud Reproductiva*. Instituto Superior de Investigación y Postgrado. Quito: UCE. 67 p.

- La píldora anticonceptiva (7 de Noviembre de 2016). *Redacción Onmeda*. Recuperado de <https://www.onmeda.es/anticoncepcion/pildora.html>
- Martín Alfonso, L. (2006). Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(3) Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300013&lng=es&tlng=es.
- Molloy, G. J., Graham, H., y McGuinness, H. (2012) Adherence to the oral contraceptive pill: a cross-sectional survey of modifiable behavioural determinants. *BMC Public Health*, 12, 838. doi: 10.1186/1471-2458-12-838
- Moore, A. , Sellwood, W., y Stirling, J. (2000), Compliance and psychological reactance in schizophrenia. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 287-295. doi:10.1348/014466500163293
- Moser, G. (2003). La Psicología Ambiental en el Siglo 21: El Desafío del Desarrollo Sustentable. *Revista de Psicología*, 12(2), Pág. 11-17. doi: 10.5354/0719-0581.2012.17386
- Nathanson, C. A., y Becker, H. M. (1985). The influence of client-Provider relationships on teenage women's subsequent use of contraception. *Am J Public health*, 75, 33-38.
- Ochoa, B., Repáraz, C. y Polaino-Lorente, A. (2011). Validación de la escala CILC, de locus de control, en una muestra Española de padres de niños hospitalizados. *Psicothema*, 9, 089-103. Recuperado de <http://www.psicothema.com/>
- Rosenberg, J. M., Burnhill, S. M, Waugh, S. M., Gimes, A. D., Hillard, A. P. (1995). Compliance and oral contraceptives: a review. *Elsevir*, 52 (3), 137-141. doi: [https://doi.org/10.1016/0010-7824\(95\)00161-3](https://doi.org/10.1016/0010-7824(95)00161-3)
- Schwarz, N. (1999). Self-reports: How the questions shape the answers. *American Psychologist*, 52 (2), 93-105.

Zolnierek, K. B., Di Matteo, M. R. (2009). Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis. *Medical Care*, 47(8), 826–834. doi: 10.1097/MLR.0b013e31819a5acc.