

Implicación de las creencias acerca de los anticonceptivos orales hormonales en la adherencia al tratamiento

Trabajo de Fin de Grado de Psicología

Departamento de Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología

Área de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos

Facultad de Psicología y Logopedia

Universidad de La Laguna

Curso: 2018/2019

Realizado por:

Haridian Esther Aguiar Rodríguez

Eva Rodríguez-Pastrana Trujillo

Tutores:

Ascensión Fumero Hernández

Wenceslao Peñate Castro

Resumen

La medicación contraceptiva requiere de una implicación diaria por parte de la paciente para que la efectividad de la misma sea óptima. Por esta razón es tan relevante que la adherencia al tratamiento sea la adecuada. En este estudio, el objetivo ha sido comprobar la influencia de las creencias acerca de estos fármacos sobre el nivel de adherencia de las participantes. Colaboraron en este estudio un total de 474 mujeres con edades comprendidas entre los 17 y los 54 años, utilizando como criterio de inclusión estar tomando anticonceptivos orales en la actualidad. A todas las participantes se les administró una batería de pruebas con el fin de recabar información sobre creencias en salud, creencias sobre la medicación y sobre adherencia terapéutica. Se realizó un análisis de correlaciones de Pearson de los datos obtenidos y se aplicó una prueba de diferencia de medias entre los grupos de alta y baja adherencia con las variables necesidad percibida de tomar la medicación y preocupación por los posibles efectos secundarios de la misma. Los resultados obtenidos muestran una correlación positiva entre la necesidad y la preocupación, es decir, a mayor necesidad percibida mayor preocupación. Además, se observa una mayor necesidad percibida en el grupo de baja adherencia en el incumplimiento de la dosis. Se encontró, también, una mayor preocupación en el grupo de baja adherencia tanto en el incumplimiento definitivo como en el aplazamiento de la toma 12 horas o más. En conclusión, la influencia de las creencias personales de los anticonceptivos orales sobre la adherencia al tratamiento es de vital importancia, por lo que sería recomendable seguir investigando en este campo por las importantes implicaciones que supone.

Palabras clave: adherencia al tratamiento, creencias, contracepción, anticonceptivos, necesidad y preocupación.

Abstract

The contraceptive medication requires a daily implication of the patient so that the effectiveness of the same one is optimal. For this reason it is so important that adherence to the treatment is adequate. In this study, the objective has been to test the influence of beliefs about these drugs have on the level of adherence of patients. A total of 474 women between the ages of 17 and 54 participated in this study, using the inclusion criterion of currently taking oral contraceptives. A battery of tests was administered to all participants in order to collect information on health beliefs, medication beliefs and therapeutic adherence. A Pearson correlation analysis of the data obtained was performed and a mean difference test was applied between the high and low adherence groups with the variables need and concern. The results obtained show a greater concern in the low adherence group both in the definitive non-compliance and in the postponement of taking 12 hours or more. In conclusion, the influence of the personal beliefs of oral contraceptives on adherence to treatment is of vital importance, and it would therefore be advisable to continue research in this field due to the important implications it entails.

Key words: adherence to treatment, beliefs, contraception, contraceptives, need and concern.

Introducción

Durante cualquier tipo de tratamiento terapéutico es fundamental que la adherencia al mismo sea la adecuada. Para abordar este tema, se necesita, en primer lugar, definir el concepto. La adherencia al tratamiento es un término que la Organización Mundial de la Salud define como el grado en que el comportamiento de una persona -al tomar un medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas de un asistente sanitario (Sabaté, 2003). Esto queda muy bien sintetizado de la manera en que lo definen Aguirrezabalaga, Aguado y Aizpurua (2011), como la medida en que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones acordadas por el profesional de la salud.

Resalta en estas dos definiciones la relevancia que tienen tanto el profesional sanitario como el paciente, para participar de forma activa en el proceso (Fumero, Marrero, De las Cuevas y Peñate, 2016).

En España, actualmente, el 72.1% de mujeres en edad fértil utilizan de manera regular algún método anticonceptivo (Sociedad Española de Contracepción). Según la SEC, en el 2018 el 17.3% de mujeres en edad fértil utilizó la píldora como método anticonceptivo regular, convirtiéndose así en el segundo más utilizado. Sin embargo, requiere una implicación diaria por parte de la paciente, lo que saca a relevancia la necesidad de incrementar la adherencia al tratamiento anticonceptivo.

Tanto para evitar embarazos no deseados, como para desarrollar una terapia farmacológica con los anticonceptivos orales (SOP, tratamiento contra el acné...), es fundamental que la paciente cumpla diariamente con la toma del fármaco. Así, la falta de adherencia a la medicación es una barrera importante para el éxito de un tratamiento en la práctica clínica cotidiana (De las Cuevas y Peñate, 2014).

Según los datos publicados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad español (MSSI) sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), el 13.6% de las mujeres que solicitaron la intervención en 2013 (un total de 14.785) utilizaban métodos hormonales como anticonceptivos.

La OMS, por otra parte, publica que la eficacia teórica de los anticonceptivos orales es de un 99%; sin embargo, en condiciones reales, el porcentaje disminuye a un 92%. Esto se debe al cumplimiento irregular del régimen anticonceptivo de las mujeres, lo que saca a relucir que la falta de adherencia al tratamiento condiciona la efectividad.

Hasta ahora, la investigación ha demostrado que los pacientes construyen ciertos “modelos mentales” en los que se verían incluídas las creencias sobre cualquier tipo de fármaco, y, además, sobre el suyo en concreto. En estos “modelos mentales”, generalmente, las características asociadas a los tratamientos son bastante negativas e incluyen diferentes aspectos sobre ellas. Uno de estos aspectos, es la idea personal que se tiene de la necesidad de tomar su medicación, de igual forma que los aspectos negativos que podrían implicar tomarla. Esto genera un nivel determinado de preocupación en el paciente. La investigación muestra que las creencias de los pacientes sobre los fármacos es un aspecto importante en su motivación para tomar la medicación prescrita (Williams, Peterson, Wells, Campbell, Wang y Chowdhry, 2010).

Hasta ahora, se ha intentado encontrar un sistema de evaluación de la adherencia terapéutica que fuera efectivo, desgraciadamente, ninguno es plenamente satisfactorio (Cramer, Mattson y Prevey, 1989). En esta investigación se ha utilizado la escala *Beliefs in Medicines Questionary* (Svarstad et al.), para conocer la falta de adherencia esporádica y repetitiva, y cómo afectan las creencias sobre la eficacia de la medicación sobre ésta (Lavsa, Holzworth y Ansani, 2010). Se trata de un test no muy largo y muestra una gran sensibilidad.

El *Beliefs about Medicine Questionnaire*, en este caso, mide dos variables: la primera es “necesidad percibida de la medicación”, que hace referencia a la necesidad de tomar los anticonceptivos orales; y la segunda variable es “preocupación sobre las consecuencias de la medicación”, que indicaría la inquietud que genera las creencias que se tienen sobre el peligro de dependencia y la toxicidad a largo plazo y los efectos secundarios de dicho tratamiento hormonal (Horne, Weinman y Hankins, 1999).

Es una realidad que actualmente no existe un recorrido extenso en lo que a adherencia al tratamiento contraceptivo se refiere. Teniendo en cuenta este punto anterior, y que la importancia de la adherencia al tratamiento anticonceptivo oral femenino repercute a múltiples aspectos sociales y personales, se ha planteado como objetivo de la investigación conocer si existe relación entre las creencias personales sobre este tratamiento en concreto y la adherencia al mismo. La hipótesis principal sería que existen diferencias significativas entre el grupo de alta adherencia y baja adherencia en las variables “necesidad” y “preocupación”, nombradas anteriormente.

Método

Participantes

El estudio ha sido realizado con un total de 474 mujeres y se ha utilizado como criterio de inclusión estar tomando de manera regular anticonceptivos orales. Para ello, las participantes debían completar un cuestionario de manera telemática, en este se les informó del objetivo del estudio y de que sus datos iban a ser tratados de manera anónima.

En relación a los datos sociodemográficos, recogimos la edad, los meses en tratamiento y el nivel de estudios. La edad de las participantes estaba comprendida entre los 17 y los 54 años, situándose la media en los 23.97 años. Por otro lado, la media de meses con el tratamiento fue 45 meses, siendo lo mínimo 1 y lo máximo 260 meses de duración.

En cuanto al nivel educativo, el 47.9% tenían un nivel de estudios secundarios y el 48.7% universitarios frente a un 3.4% de mujeres con estudios primarios o inferiores.

Los cuestionarios se completaron entre enero y marzo de 2019 por estudiantes de 4º curso realizando el Trabajo de Fin de Grado.

Instrumentos

Se le proporcionó un conjunto de tests a cada participante de la investigación. En esta batería de cuestionarios se incluía, en primer lugar, un conjunto de datos sociodemográficos: edad y nivel educativo. Además, se les solicitó una serie de aspectos médicos como la razón por la que comenzaron el tratamiento contraceptivo, el nombre del fármaco y el periodo de tiempo que llevan tomando dicha medicación.

A continuación, pasaban a rellenar la versión española de la escala *Beliefs about Medicines Questionnaire* (BMQ) (Cuestionarios de Creencias sobre los Medicamentos; Horne, Weinman & Hankins, 1999). Concretamente el BMQ-específico, compuesto por 10 ítems, las preguntas se responden con una escala tipo Likert de cinco puntos, donde 1 es totalmente en desacuerdo hasta el 5, siendo éste totalmente de acuerdo. Este cuestionario incluye dos subescalas: necesidad percibida del medicamento y preocupación sobre las consecuencias del tratamiento. Además, permite su uso en cualquier grupo diagnóstico. El BMQ tiene una alta consistencia interna con un rango de alfa de Cronbach de 0.66 a 0.77 y una fiabilidad test-retest que oscila entre 0.45 y 0.78 (De las Cuevas, Rivero, Perestelo, González, Pérez y Sanz, 2011).

DAI (Drug Attitudes Inventory) García, Alvarado, Agraz y Barreto, 2014, incorpora una escala de opiniones sobre el medicamento encargada de evaluar las actitudes de las personas hacia los fármacos. Este cuestionario consta de una escala tipo Likert de 6 puntos, siendo 1 totalmente en desacuerdo hasta 6 totalmente de acuerdo. Incluye dos escalas: farmacofilia y farmacofobia, que se definen como actitud favorable o miedo persistente hacia el consumo de

fármacos. La consistencia interna de esta escala tiene un valor de alfa de Cronbach = 0 .67 (Robles, Salazar, Páez y Ramírez, 2004).

Multidimensional Health Locus of Control scale Form C (MHLC-C) Wallston, Stein y Smith, 2010; es un autoinforme formado por 18 ítems que evalúa el locus de control de salud. Tiene cuatro subescalas que miden locus de control interno, externo, de azar y doctores. Este cuestionario consta de una escala tipo Likert de seis puntos, que oscila desde el desacuerdo hasta el total acuerdo. Se empleó la versión validada en español de la escala, la cual ha mostrado un α 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).

HPRS (Hong Psychological Reactance Scale.) Hong y Faedda, 1996. Se trata de un autoinforme formado por 14 ítems que miden la reactancia cognitiva y afectiva. Está conformado por una escala tipo Likert de cinco puntos, donde 0 es completamente en desacuerdo y 5 completamente de acuerdo. La escala ha demostrado tener una adecuada consistencia interna de .76 para reactancia afectiva y .62 para reactancia cognitiva (De las Cuevas, Peñate, Betancort, y de Rivera, 2014).

Sidorkiewicz Adherence Tool (Sidorkiewicz, Tran, Cousyn, Perrodeau y Ravaud, 2016). Este instrumento determina el nivel de adherencia de cada fármaco individual. El cuestionario abarca cinco preguntas, (1) incumplimiento definitivo por voluntad propia, (2) incumplimiento de la dosis, (3) interrupción por días, (4) incumplimiento semanal y por último (5) posponer la dosis 12 horas o más. Cada una de estas preguntas tiene dos o tres respuestas posibles. La primera y segunda pregunta conforma una respuesta de tipo dicotómica (sí o no), de esta manera, las otras tres preguntas tienen tres posibles alternativas de respuesta. Se usó la versión española validada (De las Cuevas, Peñate, García de Cecilia y De Leon, 2017; De las Cuevas, Motuca, Baptista y de Leon, 2018).

El instrumento abarca seis niveles de adherencia a fármacos para un medicamento dado. El nivel 1 compete a una alta adherencia a los medicamentos (no afectan los festivos, se sigue la dosis y no hay errores en el horario de la toma del fármaco); el nivel 2 corresponde a una buena adherencia al medicamento (no está afectado por festivos, no existen faltas en la toma de la dosis, pero si hay retrasos en el horario de la toma del fármaco); el nivel 3 corresponde a la adherencia moderada a los medicamentos (no afecta en días festivos, falta una o dos dosis al mes y hay retrasos en la toma del medicamento); el nivel 4 corresponde a una adherencia deficiente del fármaco (suspensión de uno o dos días al mes de la toma del medicamento y falta más de una dosis por semana); el nivel 5 corresponde a una adherencia muy mala a los fármacos (omitiendo reiteradamente una dosis diaria o interrumpiendo la toma más de 6 días al mes); y el nivel 6 corresponde a la interrupción total del medicamento.

Procedimiento

La condición fundamental para poder pasar el instrumento de evaluación fue estar tomando contraceptivos orales en la actualidad. La colaboración para este estudio ha sido voluntaria, donde se les informó sobre el objetivo del estudio y los datos serían recogidos de forma anónima, se solicitó el número de teléfono por posibles variables extrañas que pudieran afectar a la investigación. La realización de los cuestionarios se hizo de manera individual y por vía internet, se pasó por diferentes redes sociales (Whatsapp, Instagram...).

Análisis de datos

Se realizó con el programa estadístico SPSS versión 21. Por una parte, se llevó a cabo un análisis de los datos de las diferencias de medias concretamente con las variables necesidad y preocupación sobre las consecuencias de la medicación con la t de Student. También, se hizo un análisis de las correlaciones de Pearson para verificar la relación entre la adherencia al

tratamiento y las variables que miden los diferentes cuestionarios mencionados anteriormente (locus de control, reactancia psicológica, actitudes con respecto al fármaco, creencias y opiniones del medicamento).

Resultados

Después de realizar el análisis de los datos, se ha encontrado que no hay un porcentaje muy elevado de adherencia entre las participantes, en total, el 30.4% de las participantes tienen una adherencia elevada, frente al 69.6% que presentan una adherencia pobre.

Se puede observar en la tabla 1 los estadísticos descriptivos de las principales variables recogidas en este estudio: nivel de adherencia, necesidad percibida de la medicación y preocupación por las consecuencias del tratamiento contraceptivo. En este caso, la preocupación por las consecuencias que pueda llegar a tener el tratamiento es mayor que la necesidad percibida de la medicación.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las variables necesidad percibida y preocupación en la adherencia de anticonceptivos orales.

<i>Variable</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
Nivel de adherencia	1.40	1.40
Necesidad	9.25	4.31
Preocupación	11.62	4.04

Se observa una significación positiva en el análisis de las correlaciones entre las creencias hacia los fármacos en los factores “necesidad” y “preocupación”, con una $r = .29^{**}$. Es decir, a mayor necesidad percibida de tomar el tratamiento anticonceptivo, mayor preocupación acerca de las posibles consecuencias.

En la tabla 2, se muestran los resultados obtenidos del análisis diferencial entre los grupos de alta y baja adherencia en las variables necesidad y preocupación. Se encontró que en el incumplimiento definitivo de la medicación, que indica la suspensión definitiva del tratamiento por parte de la paciente, el grupo de baja adherencia presentaba una preocupación significativamente mayor que el grupo de alta adherencia.

Por otra parte, en relación al incumplimiento de la dosis, el grupo con una adherencia pobre tendría una necesidad percibida del medicamento mayor que la del grupo con alta adherencia. Por último, se observa que, en el aplazamiento de la toma de la medicación 12 horas o más, hay una preocupación significativamente mayor en el grupo de baja adherencia.

Tabla 2. Diferencias de medias entre los grupos de alta y baja adherencia en las variables necesidad percibida y preocupación hacia los fármacos.

Incumplimiento definitivo			
	Alta Adherencia	Baja Adherencia	t (sig)
	(n = 398)	(n = 76)	
Necesidad	X = 9.33 Sx = 4.31	X = 8.82 Sx = 4.3	n.s
Preocupación	X = 11.39 Sx = 3.91	X = 12.77 Sx = 4.5	t = -2.7**
Incumplimiento de dosis			
	Alta Adherencia	Baja Adherencia	t (sig)
	(n = 450)	(n = 24)	
Necesidad	X = 9.15 Sx = 4.25	X = 11.08 Sx = 5.03	t = -2.14*
Preocupación	X = 11.58	X = 12.33	n.s

	Sx = 4.01	Sx = 4.63	
Interrupción por días			
	Alta Adherencia (n = 413)	Baja Adherencia (n = 18)	t (sig)
Necesidad	X= 9.05 Sx= 4.21	X = 9.38 Sx = 4.74	n.s
Preocupación	X= 11.49 Sx= 3.93	X= 11.27 Sx= 4.84	n.s
Incumplimiento semanal			
	Alta Adherencia (n = 319)	Baja Adherencia (n = 10)	t (sig)
Necesidad	X = 8.96 Sx = 4.96	X = 11.5 Sx = 4.67	n.s
Preocupación	X = 11.29 Sx = 3.9	X = 11.8 Sx = 5.39	n.s
Posponer la dosis 12 horas o más			
	Alta Adherencia (n = 211)	Baja Adherencia (n = 57)	t (sig)
Necesidad	X = 9.23 Sx = 4.46	X = 8.8 Sx = 3.59	n.s
Preocupación	X = 11.27 Sx = 4.09	X = 13.14 Sx = 4.39	t = -2.99**

Nota: p < .05* , p < .01**.

Discusión

El objetivo de esta investigación fue conocer si existe relación entre las creencias sobre los anticonceptivos orales y la adherencia al mismo. Entre las variables psicológicas consideradas en el sistema de creencias, se ha observado que las variables preocupación y necesidad se relacionan de manera importante con la adherencia al fármaco.

En la investigación se ha demostrado que existe correlación positiva entre los factores de necesidad y la adherencia al tratamiento; es decir, habrá mayor cumplimiento del tratamiento farmacológico cuanto más necesario se piense que es.

En contra a lo esperado, se han obtenido resultados que indican que, a mayor necesidad percibida de tomar el medicamento para evitar embarazos no deseados o mejorar los síntomas de alguna afección médica, menor cumplimiento de la toma de anticonceptivos orales.

Esto puede estar explicado por ciertas limitaciones que presentaba la batería de cuestionarios. Por una parte, se ha considerado participante con “baja adherencia” a aquellas que se retrasaban 4 horas o más en la toma de la medicación. Un aplazamiento de la toma de pocas horas no disminuye la efectividad del tratamiento de forma significativa, por lo tanto, es probable que, a efectos prácticos, no sean personas poco adherentes como se ha determinado en el estudio.

Por otra parte, algunas de las participantes en el estudio apuntaban que determinados ítems tenían alto grado de ambigüedad, además de no saber relacionar cada pregunta con su situación en concreto. Así, había frases en las escalas que hablaban de “mejoras en la salud”, esto creó titubeos a la hora de completarlas, ya que muchas de las participantes cumplen el tratamiento farmacológico para “evitar embarazos no deseados”, y esto no lo consideran un “empeoramiento” o una “mejora” de su salud. Es posible que este tipo de cuestiones no sean las más adecuadas para conocer la adherencia a los anticonceptivos orales.

Por otra parte, existe una correlación negativa entre la preocupación acerca de las consecuencias de la toma del fármaco y la adherencia al mismo, en otras palabras, a mayor

inquietud acerca de los efectos secundarios de los fármacos, menor adherencia habrá (De las Cuevas, Peñate y Sanz, 2014). En este caso, lo obtenido en el presente estudio se corresponde a los resultados esperados. Es decir, existe una relación positiva entre la preocupación acerca de los posibles efectos secundarios del tratamiento farmacológico, y una baja adherencia.

Además, las participantes de baja adherencia al tratamiento tienden a posponer con más facilidad la toma 12 horas o más, esto correlaciona positivamente con una mayor preocupación acerca de las consecuencias. Una posible explicación a esta relación puede ser el hecho de que las participantes con baja adherencia temen los efectos a corto y largo plazo del medicamento, y esto conlleva un alargamiento de la toma del medicamento con el fin de retrasar al máximo esos efectos adversos temidos.

Como último apunte a las limitaciones del estudio, destacar también que las participantes debieron cumplimentar el cuestionario varias veces. En un primer momento se empezó a distribuir la batería de tests en formato papel; más tarde se decidió proporcionar el conjunto de escalas de manera telemática. Esto pudo suponer cansancio en las participantes y, por ende, una menor concentración y atención a la hora de cumplimentar los instrumentos. Además, una vez distribuido de manera telemática, se tuvo que corregir de nuevo puesto que faltaba un ítem en el primer cuestionario.

Para futuras investigaciones se propone, con el fin de mejorar las dificultades que se presentaron en este estudio, desarrollar una adaptación del cuestionario BMQ a la toma, en concreto, de los anticonceptivos orales.

La no adherencia al tratamiento es un impedimento de vital importancia para el éxito del tratamiento (De las Cuevas & Peñate, 2014) y, como se ha observado en el estudio, la importancia de las creencias personales acerca del medicamento en la adherencia al tratamiento influye de manera directa en la adherencia. Por lo tanto, para mejorar la adherencia, una posible solución sería modificar o intentar cambiar las creencias personales sobre la medicación de

cada paciente. En este caso, jugarían un papel fundamental la calidad y la cantidad de profesionales sanitarios que se relacionen con la persona y la información que se le da a la paciente. La información es un aspecto fundamental para combatir creencias erróneas acerca del tratamiento farmacológico y, como consecuencia, para mejorar el cumplimiento del tratamiento (Modig, Kristensson, Kristensson, Hallberg y Midlöv, 2008).

En definitiva, la influencia de las creencias personales de los anticonceptivos orales sobre la adherencia al tratamiento es de vital importancia, aunque sería recomendable seguir investigando en este campo por las importantes implicaciones que supone.

Referencias

- Aguirrezabalaga, J. R., Aguado, M., & Aizpurua, I. (2011). Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. *Infac, 19*, 1-6
- Beléndez, M., Hernández, A., Horne, R., & Weinman, J. (2007). Evaluación de las creencias sobre el tratamiento: validez y fiabilidad de la versión española del Beliefs about Medicines Questionnaire. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7*(3), 767-779. <http://www.redalyc.org:9081/articulo.oa?id=33770313>
- Cramer, J.A, Mattson, R.H, Prevey M., Scheyer, R.D., Ouellette V.L. How often is medication taken as prescribed?. *J Am Med Assoc, 26* (1989), pp. 3273-3728
- De las Cuevas, C. y Peñate, W. (2014). To what extent psychiatric patients feel involved in decision making about their mental health care? Relationships with socio-demographic, clinical, and psychological variables. *Acta Neuropsychiatrica, 26*, 372-381. <http://dx.doi.org/10.1017/neu.2014.21>
- De las Cuevas, C., y Peñate, W. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Morisky de Adherencia a los Medicamentos (MMAS-8-ítems) en pacientes psiquiátricos 20 ambulatorios. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 15* (2), 121-129. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33738719005>
- 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>
- Fumero, A., Marrero, R.J., De las Cuevas, C., y Peñate, W. (2016). Preferencias por las decisiones compartidas en pacientes con depresión/Depressive patients' preferences in shared decision-making. *Acta Colombiana de Psicología, 19*(1). <http://www.dx.doi.org/10.14718/ACP.2016.19.1.11>

- García, R. R., Alvarado, V. S., Agraz, F. P., & Barreto, F. R. (2004). Assessment of drug attitudes in patients with schizophrenia: psychometric properties of the DAI Spanish version. *Actas españolas de psiquiatría*, 32(3), 138-142.
<https://web.b.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=11399287&AN=13176655&h=nJQtzSi%2fyaaOWnsODHNAZPJMpuRoiPUgZvPiYvfb1rGduoho7fnmAqa4oka7e5%2f8Kea%2fBheeiv%2fnIArEVwg6A%3d%3d&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrlNotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d11399287%26AN%3d13176655>
- Hong, S-M., y Page, S. (1989). A psychological reactance scale: development, factor structure and reliability. *Psychological Reports*, 64, 1323-1326.
- Horne, R., Weinman, J., & Hankins, M. (1999). The beliefs about medicines questionnaire: the development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology and health*, 14(1), 1-24.
<https://doi.org/10.1080/08870449908407311>
- Joyce A. Cramer; Richard H. Mattson, MD; Mary L. Prevey, PhD; et al (1989). *How Often Is Medication Taken as Prescribed?*. doi:10.1001/1989-0-342-02200-87032
- Kenneth, A., Wallston, M. J., Stein, C. A. y Smith (1994). Form C of the MHLC Scales: A Condition-Specific Measure of Locus of Control. *Journal of personality assessment*, 63(3), 534-553
- Lavsa S, Holzworth A, Ansani T. (2011). Selection of a validated scale for measuring medication adherence. *Journal of the American Pharmacists Association*, 51(1). 90-94.
<https://doi.org/10.1331/JAPhA.2011.09154>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Interrupción voluntaria del embarazo.

Datos definitivos correspondientes a 2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.

Modig S, Kristensson J, Kristensson A, Hallberg I, y Midlöv P. (2008). *Frail elderly patients in primary care—their medication knowledge and beliefs about prescribed medicines.*

Doi:10.1007/s00228-008-0581-8

Robles, R., Salazar, V., Páez, F., & Ramírez, F. (2004). Evaluación de actitudes al medicamento en pacientes con esquizofrenia: propiedades psicométricas de la versión en español del DAI. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32(3), 138-142.

<https://medes.com/publication/14306>

Sabaté, E. (Ed.). (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action.* World Health Organization

Sociedad Española de Contracepción (2018). Encuesta Nacional sobre la contracepción. España. Dirección de donde se extrajo el documento <http://sec.es/presentada-la-encuesta-nacional-2018-sobre-la-anticoncepcion-en-espana/>

Svarstad BL, Chewing BA, Sleath BL, Claesson C. The Brief Medication Questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. *Patient Educ Couns.* 1999;37;113–24.

Williams LK, Peterson EL, Wells K, Campbell J, Wang M, Chowdhry VK, et al. A cluster-randomized trial to provide clinicians inhaled corticosteroid adherence information for their patients with asthma. *J Allergy Clin Immunol.* 2010;126:225-31.