



**Implicación de las creencias sobre los fármacos en la adherencia a la
medicación contraceptiva.**

Trabajo de Fin de Grado de Psicología

Departamento de Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología

Área de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos

Facultad de Ciencias de la Salud

Sección de Psicología y Logopedia

Universidad de La Laguna

Curso: 2017/18

Alumnas:

Leyre de Aldama Fumero

Ylenia Peña Pérez

Tutores:

Ascensión Fumero Hernández

Wenceslao Peñate Castro

Resumen

La falta de adherencia a la medicación contraceptiva disminuye considerablemente la efectividad de la misma. El objetivo del presente estudio fue comprobar si las creencias que los pacientes tienen hacia los fármacos contraceptivos influyen en el nivel de adherencia al mismo. En esta investigación participaron 240 mujeres con el requisito obligatorio de estar tomando contraceptivos orales en la actualidad. A todas ellas se les administró una batería de pruebas para recoger información sobre creencias en salud, creencias sobre la medicación y adherencia terapéutica. 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 relaciones estadísticamente significativas en el factor preocupación, señalando que, a mayor malestar ante las consecuencias de la medicación, menor nivel de adherencia al fármaco. Tal como se esperaba, se han encontrado relaciones significativas entre las actitudes positivas y la necesidad percibida del tratamiento, así como, entre las actitudes negativas y la preocupación sobre las consecuencias de su consumo. En conclusión, los programas de intervención para favorecer la adherencia a la medicación deben tomar en consideración los modelos de creencias sobre la salud.

Palabras clave: adherencia al tratamiento, creencias hacia los fármacos, contracepción.

Abstract

The lack of adherence to contraceptive medication considerably reduces the effectiveness of it. The aim of the present study was to check whether the beliefs that patients have towards contraceptive drugs influence the level of adherence to them. This study involved 240 women with the mandatory requirement to be taking oral

contraceptives nowadays. All of them were given a battery of tests to collect information about health beliefs, beliefs about medication and therapeutic adherence. To analyze the data collected, 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 statistically significant relationships in the concern factor, indicating that, the greater the discomfort with the consequences of the medication, the lower level of adherence to the drug. As expected, significant relationships have been found between positive attitudes and the perceived need for treatment, as well as between negative attitudes and concern about the consequences of their use. In conclusion, intervention programs to promote adherence to medication must take health belief models into consideration.

Key words: adherence to medication, beliefs about medicines, contraception.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud definió el término adherencia como “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario” (Sabaté, 2003). Es decir, se hace referencia a la medida en la que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones pautadas por el profesional de la salud (Aguirrezabalaga, Aguado & Aizpurua, 2011).

Basándonos en estas dos definiciones, destacamos que el paciente debe tener y tiene un rol activo y participativo en la toma de decisiones con respecto a la medicación pautada. Así como, el profesional de la medicina tiene la responsabilidad de crear un ambiente óptimo que favorezca el diálogo que propicie la adherencia a la medicación (Fumero, Marrero, De las Cuevas & Peñate, 2016). Se ha encontrado que, en la práctica clínica, la falta de adherencia al fármaco es una barrera importante para el éxito del tratamiento (De las Cuevas & Peñate, 2014). La no adherencia a los medicamentos adecuadamente prescritos compromete la efectividad de los tratamientos disponibles, interfiere con la recuperación de los pacientes y representa un considerable gasto para los sistemas nacionales de salud (Dilla, Ciudad & Álvarez, 2013)

El uso correcto y repetitivo de los anticonceptivos orales es importante para el éxito de la medicación (Halpern, López, Grimes, Stockton & Gallo, 2013). El incumplimiento de las pautas propuestas por el profesional de la salud conlleva grandes gastos económicos y clínicos, además de disminuir la efectividad del fármaco (Dilla, Valladares, Lizán & Sacristán, 2009). Se entiende por contracepción la denominación genérica de los procedimientos técnicos que impiden la fecundidad (Diccionario Médico Universidad de

Navarra, 2015). Los anticonceptivos hormonales, en general, están caracterizados por una pobre adherencia y una tasa relativamente alta de discontinuidad (Halpern, López, Grimes, Stockton & Gallo, 2013). Uno de los principales problemas de no utilizar ningún método contraceptivo durante el período fértil de una mujer, entre los 15 y 49 años (OMS, 2012), son los embarazos no deseados, que en su gran mayoría desembocan en una interrupción voluntaria de los mismos. En 2015, en España se registraron 94.188 casos de interrupción voluntaria del embarazo (I.V.E.), una cifra más baja que años anteriores pero que sigue siendo elevada y preocupante (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España, 2017).

Existen numerosos factores que influyen en una mayor o menor adherencia al tratamiento por lo que se puede considerar el nivel de adherencia hacia un fármaco 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 (De las Cuevas, De León, Peñate & Betancort, 2017). Concretamente, estudiando la importancia de las creencias que los pacientes tienen sobre los fármacos y cómo esta variable influye en el nivel de adherencia a la medicación, se ha observado que una mayor adherencia al tratamiento se asoció mayoritariamente a las creencias y actitudes del paciente más que a variables sociodemográficas objetivas como la edad, el género o el nivel de educación (De las Cuevas, Peñate & Sanz, 2014). En el caso de las mujeres se han encontrado mayores niveles de creencias en el control de la salud que en los hombres (Pudrovska, 2015).

Se comprobó que las creencias del paciente acerca de su enfermedad y su tratamiento influyen significativamente en la adherencia a los tratamientos (De las Cuevas & Sanz,

2016). La investigación sobre las intervenciones para optimizar la adherencia mostraron que las creencias de los pacientes hacia la medicación se consideraron un aspecto importante en su motivación para tomar la medicación prescrita (Haro, Cantudo, Almeida & Morillo, 2015). Ese mismo estudio realizado en pacientes con distintas patologías crónicas sugirió que las creencias fundamentales de los pacientes hacia los medicamentos prescritos se pueden agrupar en dos categorías, por un lado, la percepción personal de la necesidad de tomar el tratamiento y, por otro, la preocupación por los aspectos negativos de tomarla (Haro, Cantudo, Almeida & Morillo, 2015). Desde el área de investigación centrada en las creencias del marco necesidad-preocupación, se ha encontrado que la necesidad correlaciona positivamente con la adherencia terapéutica, mientras que la preocupación lo hace de forma negativa (Pérez, Soler & Morales, 2016). Se observó que algunas creencias influyen de manera significativa sobre la adherencia al tratamiento, aunque la naturaleza de esta relación es distinta. Por ejemplo, las creencias negativas como pensar que el fármaco puede causar adicción, generar un daño y tener efectos secundarios, se han asociado con la falta de adherencia a la medicación, mientras que las creencias positivas como la actitud positiva hacia el tratamiento y una menor preocupación sobre la dependencia al fármaco han aparecido vinculadas con un nivel alto de adherencia al mismo (Acosta, Rodríguez & Cabrera, 2013).

Dada la importancia de las creencias asociadas a los tratamientos farmacológicos, se han desarrollado varios instrumentos para evaluarlas. Por un lado, el cuestionario Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ) que consta de dos escalas, una se encarga de evaluar la creencia a la medicación de una manera general, y otra valora las opiniones del paciente sobre su tratamiento específico (Beléndez, Hernández, Horne & Weinman, 2007). El presente estudio se centrará en la escala específica que así mismo, se divide en

dos subescalas, una se encarga de medir la necesidad percibida y la otra la preocupación sobre las consecuencias de la medicación. Ambas parecen afectar la adherencia a la medicación y correlacionar con las actitudes de farmacofilia, que se define como una actitud favorable hacia el consumo de fármacos, y farmacofobia que sería entendida como el miedo persistente y anormal al consumo de los mismos (De las Cuevas, Peñate & Sanz, 2014). Sin embargo, se han mostrado resultados discordantes que resaltan la ausencia de asociación significativa entre necesidad percibida de la medicación y la adherencia terapéutica (Acosta, Rodríguez & Cabrera, 2013).

Partiendo de que, hasta el momento, los estudios encontrados y descritos previamente sobre adherencia al tratamiento en medicación contraceptiva son escasos y que los encontrados en lo que a adherencia se refiere sugieren resultados contradictorios. Y a su vez, teniendo en cuenta el elevado número de embarazos no deseados en España, el objetivo principal de nuestra investigación es comprobar si existe relación entre las creencias que tienen los pacientes hacia los fármacos contraceptivos orales y la adherencia al mismo. Se espera que las variables sociodemográficas, edad y nivel educativo correlacionen con el nivel de adherencia del paciente. Así mismo, se espera obtener diferencias significativas entre los grupos de alta y baja adherencia respecto a las creencias sobre el fármaco, tanto en el factor necesidad como el de preocupación.

Método

Participantes

La muestra de este estudio estuvo compuesta por 240 mujeres, el criterio de inclusión que se utilizó fue la toma de medicación contraceptiva en el momento del pase de pruebas. Todas las mujeres del estudio fueron informadas a la hora de cumplimentar los cuestionarios de los objetivos de la investigación para la cual se les pidió su colaboración

voluntaria. La recogida de datos tuvo lugar entre los meses de febrero y marzo de 2018 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, el género y el nivel educativo, así como también el tipo de fármaco empleado y el tiempo de consumo.

La edad media de las participantes fue de 22.46 años con una desviación típica de 4.12 y un rango de edad comprendido entre los 17 y 49 años. El 100 % de la muestra se corresponde con mujeres ya que, son las que toman medicación contraceptiva oral.

La variable nivel educativo se registró según el nivel de estudios completados y se dividió en 4 grupos, sin estudios o saber únicamente leer y escribir (0%), haber completado estudios primarios (0.8%), haber finalizado estudios secundarios (62.1%) y haber concluido estudios universitarios (37.1%). La media en este factor fue 2.36 con una desviación típica de 0.5, lo que significa que la mayoría de los sujetos habían finalizado los estudios secundarios.

Instrumentos

A cada participante se les administró una batería de pruebas. En primer lugar, se les solicitó información sobre datos sociodemográficos y clínicos. En ella se incluyeron diferentes cuestiones relativas a datos sociodemográficos como, el género, la edad y el nivel educativo (sin estudios, primarios, secundarios o universitarios) y aspectos clínicos relacionados con la enfermedad y medicación prescrita, diagnóstico, tiempo que lleva tomando el tratamiento y nombre del fármaco.

Seguidamente se les administró la versión española de la escala BMQ (Beliefs about Medicines Questionnaire, Cuestionarios de Creencias sobre los Medicamentos; Horne, Weinman & Hankins, 1999) para evaluar las creencias de los pacientes sobre la

medicación. Concretamente, el BMQ-Específico que está compuesto por 10 ítems. Las cuestiones se responden utilizando una escala tipo Likert de cinco puntos, desde total discordancia con la afirmación (1) hasta acuerdo total con la misma (5). El BMQ-Específico permite su utilización en cualquier grupo diagnóstico cambiando el término “medicamento” según el tipo de tratamiento. Incluye 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 & Sanz, 2011). 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.

También se utilizó el Cuestionario de Creencias Personales en Salud (De las Cuevas & Peñate, 2017), que incorpora la escala de Opiniones sobre el Medicamento encargada de evaluar las actitudes de las personas hacia los fármacos (Drug Attitudes Inventory - DAI) (García, Alvarado, Agraz & Barreto, 2014). Esta escala está formada por los ítems que han mostrado una mayor relevancia estadística en estudios previos. El modelo de respuesta a dichos ítems es una escala tipo likert de cinco puntos que van desde 1, siendo este la total discordancia con la afirmación, hasta 5, que implica el total acuerdo con la misma. La escala está conformada 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 alfa de Cronbach =0 .67 (Robles, Salazar, Páez & Ramírez, 2004).

Por último, se ha utilizado la Sidorkiewicz Adherence Tool (Sidorkiewicz, Tran, Cousyn, Perrodeau & Ravaud, 2016). Es un instrumento que evalúa el cumplimiento de cada medicamento individual en pacientes con terapias a largo plazo, es decir, el nivel de adherencia. El cuestionario incluye cinco preguntas relacionadas con (1) la discontinuación temprana del medicamento, (2) la omisión sistemática de una dosis diaria (p. ej. Al mediodía), (3) omisión en días festivos, (4) omisiones de dosis por olvido o por no querer tomarla y (5) errores de programación, es decir, no tomarse la medicación en el horario habitual, sino con retraso. Cada pregunta tiene dos o tres respuestas posibles. En su diseño se pretendió utilizar afirmaciones no amenazantes para reducir el sesgo de deseabilidad social, con ejemplos prácticos y pictografías para ayudar a los pacientes a reconocer sus conductas de toma de medicamentos. La primera y segunda pregunta tienen una posibilidad de respuesta dicotómica (sí o no), mientras que las tres últimas tienen tres alternativas como posibles respuestas.

El instrumento define seis niveles de adherencia a medicamentos para un medicamento dado. El nivel 1 corresponde a una alta adherencia a los medicamentos (no está afectada por los festivos o las vacaciones, no faltan dosis y no hay errores en el cronograma); el nivel 2 corresponde a una buena adherencia al fármaco (no está afectada por los festivos o las vacaciones, no existen faltas en la toma de la dosis pero hay retrasos en el horario de toma ≥ 4 h); el nivel 3 corresponde a la adherencia moderada a los medicamentos (no está afectada por los días festivos o vacaciones, faltan una o dos dosis al mes y hay retrasos en la toma ≥ 12 h); el nivel 4 corresponde a una adherencia farmacológica deficiente (interrupción de uno o dos días al mes de la toma del fármaco y faltan ≥ 1 dosis por semana); el nivel 5 corresponde a una adherencia muy mala a los medicamentos

(omitiendo sistemáticamente una dosis diaria y / o interrumpiendo la toma ≥ 6 días al mes); y el nivel 6 corresponde a la interrupción del medicamento.

Se ha informado de propiedades psicométricas adecuadas y una buena validez convergente con la Escala de Adherencia de Medicamentos de 4 ítems de Morisky (Morisky, Green & Levine, 1986), con el instrumento de adherencia autoinformado de Lu (Lu et al., 2008), y un acuerdo significativo con la adherencia evaluada por sus médicos (Sidorkiewicz, Tran, Cousyn, Perrodeau & Ravaud, 2016). También mostró buena estabilidad temporal test-retest (De las Cuevas & Peñate, 2015).

Procedimiento

El requisito indispensable para formar parte de la muestra en este estudio fue estar tomando en el momento del pase de pruebas algún tratamiento contraceptivo. Se pidió la colaboración voluntaria de dichas personas, comunicándoles la finalidad de la investigación y que los datos recogidos eran anónimos, únicamente solicitándoles el teléfono de contacto para corroborar que se les habían pasado los cuestionarios y haciendo de esta manera posible ponerse en contacto con ellos. La cumplimentación de los cuestionarios se hizo de manera individual y manual en formato papel, aportando de manera oral las instrucciones de las diferentes partes.

Análisis de datos

En esta investigación se empleó la versión 21 del programa estadístico SPSS para realizar el análisis de datos. Por un lado, se llevó a cabo un análisis de correlaciones de Pearson para comprobar la relación entre la adherencia al tratamiento, las distintas variables que miden los cuestionarios (locus de control, reactancia psicológica, actitudes

con respecto al medicamento, creencias y opiniones sobre los fármacos) y las variables sociodemográficas recogidas (género, edad y nivel de estudios).

Así mismo, se realizó una prueba de diferencia de medias entre los grupos de alta y baja adherencia al tratamiento, en los factores de necesidad percibida y preocupación sobre las consecuencias de la medicación utilizando la t de Student.

Resultados

Tras la realización del análisis de datos, se ha encontrado que la mayoría de las participantes del estudio tienen un nivel de adherencia alto (68.8%) seguido por el nivel de adherencia moderado (26.3%). Menos predominantes son los niveles de adherencia buena (7%) y pobre (2.1%).

En la tabla 1 se pueden observar los estadísticos descriptivos de las principales variables recogidas en la investigación, es decir, nivel de adherencia, necesidad percibida y preocupación por las consecuencias hacia el medicamento. Así como los factores de farmacofilia y farmacofobia.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las variables adherencia, creencias y actitudes hacia los fármacos (N=238).

<i>Variable</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación Típica</i>
Nivel de adherencia	4.38	0.95
Necesidad percibida de la medicación	10.47	4.46
Preocupación sobre las consecuencias de la medicación	11.77	3.69
Farmacofilia	20.07	5.07

Farmacofobia	9.45	3.85
--------------	------	------

Por otro lado, en la tabla 2 se muestra el análisis de las correlaciones entre las características sociodemográficas, las creencias hacia los fármacos en los factores de necesidad y preocupación, y la adherencia al tratamiento. Se encuentran resultados significativamente negativos entre los factores preocupación sobre las consecuencias de la medicación y el nivel adherencia. Es decir, que, a mayor preocupación, menor nivel de adherencia.

Tabla 2. Correlaciones entre las variables sociodemográficas, creencias hacia los fármacos y adherencia al tratamiento.

	<i>Correlación de Pearson</i>
	<i>(N=240)</i>
	<i>Nivel de adherencia</i>
Edad	0.12
Nivel Educativo	0.09
Necesidad percibida de la medicación	0.01
Preocupación sobre las consecuencias de la medicación	-0.14*

Nota: p < .05*, p < .01**, p < .001***, † < 0.10.

En la tabla 3 se muestran las correlaciones entre creencias y actitudes hacia los fármacos. Se observan resultados significativos en la relación entre necesidad y farmacofilia, como también, entre preocupación y farmacofobia. Lo que implica que una mayor necesidad percibida hacia el consumo de fármacos se asocia con una puntuación

más elevada en farmacofilia, así como, una alta preocupación sobre las consecuencias de la medicación con un mayor nivel de farmacofobia.

Tabla 3. Correlaciones entre creencias y actitudes hacia los fármacos.

	<i>Farmacofilia</i>	<i>Farmacofobia</i>
	(N=240)	(N=238)
Necesidad percibida de la medicación	0.27**	-0.04
Preocupación sobre las consecuencias de la medicación	-0.08	0.22**

Nota: p < .05*, p < .01**, p < .001***, † < 0.10.

En la tabla 4 se muestran los resultados obtenidos en el análisis diferencial entre los grupos de alta y baja adherencia en las variables sociodemográficas y los factores de creencias hacia los fármacos. Se encontraron diferencias significativas en la variable edad y marginalmente significativas en necesidad percibida sobre la medicación. Por el contrario, preocupación sobre las consecuencias de la medicación relaciona negativamente de manera marginal. Es decir, el grupo de alta adherencia muestra un nivel significativamente mayor de necesidad percibida y de edad comparado con el de baja adherencia. Así como un menor nivel de preocupación sobre las consecuencias de la medicación.

Tabla 4. Diferencia de medias entre los grupos de alta y baja adherencia en las variables sociodemográficas y las creencias hacia los fármacos.

	Adherencia	Adherencia	t de Student
	Baja	Alta	(Sig.)
	(N=68)	(N= 172)	

	Media	D.T.	Media	D.T.	
Edad	21.74	2.5	22.72	4.56	-2.14*
Nivel educativo	2.31	0.47	2.38	0.51	-1.09
Necesidad percibida de la medicación	10.28	4.62	10.58	4.4	-0.46 †
Preocupación sobre las consecuencias de la medicación	12.41	3.6	11.52	3.73	1.68 †

Nota: $p < .05^*$, $p < .01^{**}$, $p < .001^{***}$, † < 0.10 .

Discusión

El objetivo de este estudio fue conocer la implicación de las creencias hacia los fármacos en la adherencia al tratamiento. Entre las variables psicológicas consideradas en el sistema de creencias se ha observado que la preocupación sobre las consecuencias de la medicación se relaciona negativamente con la adherencia al tratamiento, es decir, que las personas a las que les da más angustia el efecto de la medicación tienden a no seguir las pautas que les indican los profesionales de la salud. Este resultado confirma el obtenido en un estudio previo que informa que las creencias negativas como el pensar que el fármaco puede causar adicción, generar un daño y tener efectos secundarios, es decir, la preocupación sobre las consecuencias de la medicación, se han asociado con la falta de adherencia a la medicación (Acosta, Rodríguez & Cabrera, 2013).

Por otro lado, hay una relación significativa entre los factores de necesidad y farmacofilia, así como, entre el factor preocupación y farmacofobia. Es decir, que cuanto más necesario se percibe un fármaco, mayor tendencia hacia su consumo. Y a su vez, cuanta más intranquilidad exista sobre las consecuencias o posibles efectos secundarios,

más miedo intenso e irracional hacia el uso de la medicación. Se ha encontrado que la adherencia se asoció con una actitud positiva de los pacientes hacia su tratamiento y bajas puntuaciones en la subescala de preocupación (De las Cuevas, Peñate & Sanz, 2014).

Los resultados de los análisis diferenciales entre los grupos de alta y baja adherencia mostraron que, las participantes del primer grupo obtuvieron una mayor puntuación en necesidad percibida pero una menor en el factor preocupación hacia las consecuencias. Lo que significa que, las que consideran como necesario su tratamiento presentan menos inquietud a la hora de su consumo, no les preocupan los posibles efectos que pueda tener. Así mismo, ocurrirá lo contrario en el grupo de baja adherencia como se ha comprobado con anterioridad, donde las personas que poseen una baja adherencia presentan creencias negativas relacionadas con la preocupación en cuanto a la medicación (Haro, Cantudo, Almeida & Morillo, 2015).

De la misma manera, se obtuvieron diferencias significativas en lo relativo a la variable edad. Se observó un mayor nivel de adherencia en las personas con mayor edad, las que conciben su tratamiento como necesario y a las que no les preocupan las consecuencias de la medicación. En contraposición, resultados anteriores han reflejado que un mayor nivel de adherencia estaría relacionado con una menor edad. Aunque, la relación entre necesidad y adherencia si confirma lo resultante. (Goodfellow, Hawwa, Reid, Horne, Shields & McElnay, 2015).

Refiriéndonos a las limitaciones de este estudio podemos señalar que, si aumentamos el tamaño muestral, la tendencia que apareció en los resultados pasaría de marginal a significativa. Así mismo, la no homogeneidad de la muestra en cuanto a algunas variables sociodemográficas como el nivel educativo y la edad, ya que, en su mayoría son estudiantes universitarios o de niveles secundarios y la edad media está en torno a los 22

años, habiendo poca representación de todas las edades (período fértil). Debido a esto, los resultados obtenidos no son generalizables ni extrapolables a toda la población consumidora de este fármaco.

La batería de cuestionarios utilizados presenta cierta ambigüedad en relación a algunos ítems, como por ejemplo la pregunta 3 de la escala de experiencias con este medicamento, “¿Interrumpe a veces este medicamento por un tiempo?”. Varias participantes del estudio no comprendían si se trataba del descanso pautado por el profesional, típico de la toma de la píldora anticonceptiva, o de interrupciones voluntarias del medicamento. No siendo este tipo de cuestiones adecuadas para esta clase de fármacos. A la hora de pasar las pruebas, no se controlaron variables como una iluminación adecuada, que no hubiera ruido externo, así como, la posible fatiga de las participantes o si estas entendían todas las cuestiones a las que debían responder.

Existen numerosas enfermedades para las que se pautan los métodos anticonceptivos orales como son los ovarios poliquísticos, acné o endometriosis, entre otras. Pero el hecho de que se tome un medicamento de forma prolongada en el tiempo no asegura la cronicidad ni el padecimiento de una enfermedad. Un ejemplo de este caso, son las personas que toman con regularidad las pastillas anticonceptivas para prevenir el embarazo.

Por otro lado, pese a existir en un comienzo varios niveles de adherencia: alta, buena, moderada, baja, muy baja y abandono definitivo del tratamiento, este estudio los limita únicamente a dos niveles; alta y baja adherencia. Agrupando en el nivel de alta adherencia a personas que tienen niveles moderados y buenos de la misma. Por lo que es posible que se pierda información más específica.

En definitiva, para futuras investigaciones podrían controlarse las variables externas que puedan influir en los resultados, tanto en el pase de pruebas como el diseño de los instrumentos de evaluación. Adaptando estos últimos al tipo de fármaco de interés y evitando de esta manera la ambigüedad en los ítems. Sería de interés que los participantes sean supervisados durante el momento de contestar el cuestionario para evitar errores o sesgos de respuesta, ya que pueden tener dudas con respecto a los ítems o tendencia a contestar aleatoriamente sin tomárselo muy en serio. Además, se debería coger una muestra más heterogénea en cuanto a edad y nivel educativo para que los resultados obtenidos puedan generalizarse. Por último, se deberían hacer más divisiones en cuanto al nivel de adherencia al fármaco para la obtención de resultados más exactos.

En conclusión, gracias a la realización de este estudio hemos podido profundizar en la importancia que tienen las creencias de los pacientes sobre los fármacos y el nivel de adherencia a los mismos. Los resultados obtenidos arrojan datos significativos en el factor preocupación dentro de las creencias sobre los fármacos.

La escasez de profesionales sanitarios, acompañado del alto número de pacientes que precisan su atención conlleva que el tiempo dedicado para cada usuario sea muy limitado, pudiendo ser esta una de las razones por las que no se haga hincapié en las creencias de los pacientes sobre su medicación, su enfermedad, la eficacia del tratamiento o las preocupaciones sobre sus efectos secundarios. No obstante, estas creencias y actitudes de los pacientes se deberían evaluar de forma que se pudiera mejorar la adherencia, la atención y el tratamiento, consiguiendo un mayor logro de resultados positivos (De las Cuevas & Peñate, 2014).

En definitiva, si se aplicara el modelo de creencias en la salud en todos los ámbitos de la medicina, se podrían observar beneficios tanto a nivel individual como institucional en

el sector de la sanidad. La introducción de este factor mejoraría la adherencia al tratamiento pautado, lo que implicaría una mayor efectividad del fármaco. Con ello se reducirían los costes en intervención de embarazos no deseados y de la sanidad de manera general.

Referencias

- Acosta, F., Rodríguez, L., & Cabrera, B. (2013). Creencias sobre la depresión y sus tratamientos: variables asociadas e influencia de las creencias en la adherencia. *Psiquiatría y Salud Mental*, 86. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.08.001>
- 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. Recuperado de <http://www.redalyc.org:9081/articulo.oa?id=33770313>
- Contracepción (2015). *Diccionario Médico Universidad de Navarra*. Recuperado de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/contracepcion>
- 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. (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., & Peñate, W. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Morisky de Adherencia a los Medicamentos (MMAS-8-ítems) en pacientes psiquiátricos

- ambulatorios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15 (2), 121-129. Recuperado de <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>
- De las Cuevas, C., Rivero, A., Perestelo, L., Gonzalez, M., Perez, J., & Sanz, E. J. (2011). Adaptation and validation study of the Beliefs about Medicines Questionnaire in psychiatric outpatients in a community mental health setting. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 26(2), 140-146. <https://doi.org/10.1002/hup.1185>
- De las Cuevas, C., & Sanz, E. J. (2016). Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 7(1), 25-30. <https://doi.org/10.1016/j.rips.2015.10.001>
- 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>
- Fumero, A., Marrero, R. J., De las Cuevas, C., & 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. Recuperado de <https://web.b.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=11399287&AN=13176655&h=nJQtzSi%2fyaaWnsODHNAZPJMpuRoiPUgZvPiYvfb1rGduoho7fnmAqa4oka7e5%2f8Kea%2fBheeiv%2fIArEVwg6A%3d%3d&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrlNotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d11399287%26AN%3d13176655>
- Goodfellow, N. A., Hawwa, A. F., Reid, A. J., Horne, R., Shields, M. D., & McElnay, J. C. (2015). Adherence to treatment in children and adolescents with cystic fibrosis: a cross-sectional, multi-method study investigating the influence of beliefs about treatment and parental depressive symptoms. *BMC pulmonary medicine*, 15(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s12890-015-0038-7>
- Halpern, V., López, L. M., Grimes, D. A., Stockton, L. L., & Gallo, M. F. (2013). Strategies to improve adherence and acceptability of hormonal methods of contraception. *The Cochrane Library*.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004317.pub4>
- Haro, C., Cantudo, M. R., Almeida, C. V. & Morrillo, R. (2015). Influencia de las creencias hacia los medicamentos en la adherencia al tratamiento concomitante

- en pacientes VIH+. *Farmacia Hospitalaria*. (39)1. <http://dx.doi.org/10.7399/fh.2015.39.1.8127>
- 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>
- Lu, M., Safren, S. A., Skolnik, P. R., Rogers, W. H., Coady, W., Hardy, H., & Wilson, I. B. (2008). Optimal recall period and response task for self-reported HIV medication adherence. *AIDS and Behavior*, 12(1), 86-94. <https://doi.org/10.1007/s10461-007-9261-4>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España. Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Consumo. (2017). Interrupción voluntaria del embarazo: Datos definitivos correspondientes al año 2015. Recuperado de https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2015.pdf
- Morisky, D. E., Green, L. W., & Levine, D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical care*, 67-74.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432_spa.pdf?sequence=1
- Pérez, E., Soler, Y. M., & Morales, L. (2016). Adherencia terapéutica y creencias sobre su salud en pacientes hipertensos. *MediSan*, 20(1), 3-9. Recuperado de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000100002

Pudrovská, T. (2015). Gender and Health Control Beliefs Among Middle-Aged and Older Adults. *Journal of Aging and Health*, 27, 84-303.
<http://dx.doi.org/10.1177/0898264314549659>

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

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

Sidorkiewicz, S., Tran, V. T., Cousyn, C., Perrodeau, E., & Ravaud, P. (2016). Discordance between drug adherence as reported by patients and drug importance as assessed by physicians. *The Annals of Family Medicine*, 14(5), 415-421.
<https://doi.org/10.1370/afm.1965>

Anexos

Anexo I: Batería de cuestionarios administrados.

Sexo: Varón Mujer Edad: años Diagnóstico.....

Nivel de Estudios Completado: Sin estudios Primarios Secundarios Universitarios

Tiempo que ha recibido tratamiento Nº de ingresos..... ¿Alguno forzoso? NO SÍ

CUESTIONARIO DE CREENCIAS PERSONALES EN SALUD (De las Cuevas & Peñate, 2017®)

Este es un cuestionario diseñado para determinar la forma en que las diferentes personas ven ciertos temas importantes relacionados con la salud. Cada ítem es la afirmación de una creencia con la cual usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Junto a cada afirmación hay una escala que varía entre totalmente en desacuerdo (1) y totalmente de acuerdo (6). Nos gustaría que para afirmación del cuestionario usted marcara su grado de acuerdo o desacuerdo. Esta es una medición de sus creencias personales; obviamente, no existen respuestas correctas o incorrectas. Por favor responda cada ítem cuidadosamente pero no utilice demasiado tiempo en cada uno. Contesté cada uno de forma independiente y no se deje influenciar por sus elecciones previas. La medicación a la que se hace referencia es la que usted toma para su problema de salud mental.

Responda de acuerdo a la siguiente escala:

1. Totalmente en desacuerdo
2. Desacuerdo moderado
3. Desacuerdo leve
4. Acuerdo leve
5. Acuerdo moderado
6. Totalmente de acuerdo

	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo moderado	Desacuerdo leve	Acuerdo leve	Acuerdo moderado	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5	6
1. Yo soy directamente responsable de que mi enfermedad mejore o empeore						
2. Cualquier mejoría en mi enfermedad depende, en gran medida, de la suerte						
3. Visitar regularmente a mi médico es la mejor manera de evitar la enfermedad						
4. Cuando alguien me fuerza a hacer algo, pienso en hacer lo contrario						
5. Para mí lo bueno de la medicación supera lo malo						
6. Me siento raro/a, como un zombi con la medicación						
7. Tomo medicación por decisión mía						
8. El principal aspecto que afecta a mi enfermedad es lo que yo mismo haga						
9. La mayoría de las cosas que afectan a mi enfermedad suceden de forma imprevista						
10. Seguir las instrucciones de mi médico al pie de la letra evitará que mi enfermedad empeore						
11. Me resisto a los intentos de los otros por influir en mí						
12. La medicación hace que me sienta más relajado/a						
13. La medicación hace que me sienta cansado/a y lento/a						
14. Tomo medicación solo cuando estoy enfermo/a						
15. Me siento más normal con la medicación						
16. Si mi enfermedad empeora, es porque yo no he cuidado bien de mí mismo						
17. Haga lo que haga, si me voy a enfermar, me enfermaré						
18. Siempre que mi enfermedad empeora, debería consultar a mi médico						
19. Me desagrada ver a otros someterse a las normas y reglas de la sociedad						
20. Es antinatural para mi mente y mi cuerpo estar controlado/a por medicaciones						
21. Mis pensamientos son más claros con medicación						
22. Por estar con medicación puedo prevenir caer enfermo						
23. Me enfurezco cuando se restringe mi libertad de decisión						

Teléfono

NOMBRE DEL FÁRMACO: TIEMPO QUE LLEVA TOMÁNDOLOaños.....meses

SUS OPINIONES SOBRE ESTE MEDICAMENTO

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Actualmente mi salud depende de este fármaco	1	2	3	4	5
Me preocupa tener que tomar este fármaco	1	2	3	4	5
Mi vida sería imposible sin este medicamento	1	2	3	4	5
A veces me preocupo por los efectos a largo plazo de este medicamento	1	2	3	4	5
Sin esta medicación estaría muy enfermo	1	2	3	4	5
Este medicamento es un misterio para mí	1	2	3	4	5
En el futuro mi salud dependerá de este fármaco	1	2	3	4	5
Este medicamento trastorna mi vida	1	2	3	4	5
A veces me preocupo por si llego a ser demasiado dependiente de este fármaco	1	2	3	4	5
Este medicamento impide que mi enfermedad empeore	1	2	3	4	5

SU EXPERIENCIA CON ESTE MEDICAMENTO

¿Ha suspendido por su cuenta y de forma definitiva este medicamento? Sí No

Si tiene que tomar este medicamento varias veces al día, ¿se salta usted constantemente alguna dosis? Sí No

¿Interrumpe a veces este medicamento por un tiempo? (por olvido, fines de semana, estar lejos de casa, etc.)

Lu	Ma	Mi	Jue	Vi	Sáb	Dom	Lu	Ma	Mi	Jue	Vi	Sáb	Dom	Lu	Ma	Mi	Jue	Vi	Sáb	Dom
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	29	30	31	29	30	31												

No, nunca o por un día Sí, a veces durante 2-3 días Sí, a veces por 6-7 días o más

¿Se salta o deja de tomar alguna dosis del medicamento? (por olvido, no querer tomarlo, etc.)

Lu	Ma	Mi	Jue	Vi	Sáb	Dom	Lu	Ma	Mi	Jue	Vi	Sáb	Dom	Lu	Ma	Mi	Jue	Vi	Sáb	Dom
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	29	30	31	29	30	31												

No, nunca Sí, una o dos veces al mes Sí, una vez a la semana o más

¿Toma usted alguna vez este medicamento más tarde del horario indicado por su médico?

Sí, a veces tomo este medicamento con un retraso de 12 horas o más

Sí, a veces tomo este medicamento con un retraso de 4 horas o más

No, siempre tomo este medicamento al mismo tiempo, en el mismo horario