

# **Relación entre la reactancia psicológica y la adherencia al tratamiento contraceptivo hormonal oral**

**Trabajo de Fin de Grado de Psicología**

**Universidad de La Laguna**

**Facultad de Psicología y Logopedia**

**Curso 2018/2019**

**Alumnos:**

Abreu García, Leticia

Alfonso Mohamed, Nayara

**Tutores:**

Fumero Hernández, Ascensión

Peñate Castro, Wenceslao

## **RESUMEN**

La adherencia al tratamiento representa un factor clave en términos de eficacia. En el caso de la contracepción hormonal oral, esta variable podría estar influida por otros factores, entre los cuales cabe resaltar la reactancia. El objetivo del presente estudio fue determinar la interacción existente entre estas dos variables en el tratamiento contraceptivo. Para ello se realizó un estudio con una muestra de 475 mujeres de la Isla de Tenerife. Se utilizó un procedimiento de correlaciones bivariadas de Pearson para observar la relación entre ambas variables y, además, un contraste de medias independientes para evaluar las diferencias entre los grupos de alta y baja adherencia. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre estos dos grupos ni una relación significativa entre reactancia y adherencia al tratamiento. Estos resultados revelan la necesidad de hacer un estudio más exhaustivo del tema, adaptado los instrumentos de medida al tratamiento anticonceptivo hormonal oral, así como la selección de una población de estudio más homogénea en cuanto a las causas de la prescripción.

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

## **ABSTRACT**

In the adherence of a treatment one of the most essential factor is it's efficiency. The adherence of the hormonal oral contraceptives could be influenced by other factors as well, such as the reactance. The evaluation of the interaction of these two factors was the main objective of this study. The sample of this study includes 475 women from Tenerife, Canary Islands. We used the Pearson bivariate correlation procedure to observe the relationship between the variables and a comparison of independent means to evaluate the differences between the groups of high and low adherence. Our results did not show a significant results in the difference of the two groups, neither in the reactance and adherence of the treatment. Therefore, our hypothesis of that the higher reactance will relate with the less adherence to contraceptive treatments could not be proven in this sample. The implication of the above-mentioned results show a need for a wider study of the topic with a further adapted questionnaire and assessment methodologies of the oral hormonal contraceptive treatment, as well as a selection of a more homogeneous sample regarding the matter of the prescriptions.

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

## INTRODUCCIÓN

La OMS define como adherencia al tratamiento el grado en el que la conducta del paciente, en relación a la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponden con las recomendaciones acordadas por el personal médico (Organización Mundial de la Salud, 2003). En España, la falta de adherencia constituye un importante problema para la salud pública, pues, sólo el 50% de los pacientes se adhieren de manera correcta a un tratamiento (Gabinete de Sociología y Comunicación, 2016).

Los problemas relacionados con la falta de cumplimiento de las prescripciones médicas se observan en todas las situaciones en las que el propio paciente tiene que administrarse el tratamiento, independientemente de la enfermedad. De este modo, el incumplimiento del tratamiento se convierte en una de las principales causas por las que no se obtengan todos los beneficios de los medicamentos (Organización Mundial de la Salud, 2003).

Según la Sociedad Española de Contracepción, se entiende por cumplimiento o adherencia al método anticonceptivo hormonal oral a ‘‘la toma diaria de la píldora en el mismo horario y al conjunto de medidas que realiza la usuaria para la prevención de embarazos en caso de olvido o con la toma de tratamientos que interfieran con los anticonceptivos hormonales orales’’ (Sociedad Española de Contracepción, 2012). La correcta adherencia a este tratamiento supone un factor clave en la eficacia del mismo. Se ha demostrado que el éxito de este método es altamente dependiente de una buena adherencia a la prescripción del tratamiento anticonceptivo oral, pues estudios internacionales apuntan que hasta un 47% de las mujeres no se adhieren al tratamiento completamente y un 22% se salta dos o más dosis por ciclo (Rosenberg, Waugh y Burhill, 1998).

El método anticonceptivo hormonal oral es el segundo más utilizado en España para la práctica contraceptiva, pues el 17.3% de las mujeres lo usan (Sociedad Española de Contracepción, 2018). Además, es una de las opciones más seguras para evitar el embarazo no deseado. La eficacia del método se calcula a través del índice de Pearl, que revela el porcentaje de embarazo que se da en un año en un total de 100 mujeres que usan anticonceptivos orales en ensayos clínicos y población predeterminada. Según el índice de Pearl, la proporción de embarazos de personas que toman anticonceptivos orales es muy baja, pues se halla en un intervalo de 0.12 y 0.34 (Cervera, Lance, Rodríguez y Vázquez, 2015). No obstante, a pesar de que el nivel de eficacia del fármaco es muy elevado, el índice real de efectividad (o eficacia de

uso) es bastante menor. Se considera que el índice de fallos está entre un 3% y un 8%, llegando incluso al límite del 20% en adolescentes o pacientes de bajo nivel sociocultural (Edwards y Lambert, 2007).

Para indagar en el problema que supone la falta de adherencia al tratamiento contraceptivo, es importante analizar las variables que influyen en el proceso. La OMS clasifica las variables que inciden en la falta de adherencia en 5 categorías: Relacionadas con el paciente; Relacionadas con la terapia; Relacionadas con el personal y el sistema sanitario; Estado de la Enfermedad; Factores Sociodemográficos (Organización Mundial de la Salud, 2003). Con respecto a las variables sociodemográficas que se han relacionado con la mala adherencia a los anticonceptivos orales, se ha demostrado que influye un bajo nivel educativo, un umbral de ingresos bajo y tener una pareja ocasional (Moreau, Bouyer, Gilbert y Bajos, 2006).

Entre los factores que tienen que ver con la terapia, se encuentra la complejidad del tratamiento, pues a mayor sea ésta, mayor será la probabilidad de incumplimiento (Kardas, Lewek y Matyjaszczyk, 2013). De mismo modo, los efectos adversos del fármaco también se asocian a una menor adherencia al tratamiento. En el caso de los anticonceptivos hormonales orales, hasta un 65% de las mujeres que los consumen dejan de tomarlos por miedo a los efectos secundarios (Trussell y Jordan, 2006). Entre las causas más frecuentes del abandono del tratamiento contraceptivo están los efectos secundarios: sangrado intermenstrual, náuseas, aumento de peso, cambios de humor, aumento de la sensibilidad en las mamas y cefaleas (Edwards y Lambert., 2007).

Por otra parte, con respecto a la interacción paciente- profesional, un factor que tiene gran influencia en la adherencia es el creciente deseo y la intensa necesidad de los pacientes de ser tomados en cuenta en las decisiones que afectan a su salud (Lynch et al., 1992). Una relación de colaboración, buena comunicación y satisfacción, entre el paciente y el equipo médico, puede contribuir a mejorar la adherencia al tratamiento en los pacientes con enfermedades crónicas (Ciechanowski, Katon, Russo y Walter, 2001; Van Korf, Gruman, Curry y Vangner, 1997; Rodríguez, 2001).

En relación a los factores personales del paciente, cabe mencionar la reactancia, que puede afectar de forma negativa a la adherencia al tratamiento. La reactancia psicológica es una reacción afectiva adversa en respuesta a las imposiciones que afectan a la autonomía de los individuos (Brehm y Brehm, 2013). La teoría de la reactancia psicológica describe un conjunto de consecuencias motivacionales que pueden esperarse siempre que las libertades se

vean amenazadas o pérdidas. Este planteamiento sostiene que una amenaza o pérdida de una libertad motiva al individuo a restaurar esa libertad (Brehm, 1966, 1968; Wicklund, 1974).

Las recomendaciones para seguir las prescripciones médicas tienen el potencial para provocar reactividad y, como consecuencia, llevar a los pacientes a ignorar el tratamiento recomendado (De Almeida y Chen, 2008). Diversos estudios recogen la hipótesis de que la reactividad afecta de forma significativa a la adherencia. En pacientes con trastornos depresivos, se ha demostrado que la reactividad psicológica está asociada negativamente a la adherencia al tratamiento (De las Cuevas, Peñate y Sanz, 2014). Otro estudio, realizado con una muestra de pacientes ambulatorios psiquiátricos evidencia que los participantes con mayor nivel de reactividad tenían menos probabilidad de adherirse al tratamiento (De las Cuevas y Peñate, 2015). Por consiguiente, el estudio de la reactividad psicológica puede ayudarnos a comprender la participación de los pacientes en conductas de salud que promueven el manejo de los síntomas, adherencia al tratamiento y prevención de recaídas (De las Cuevas, Peñate, Betancort y De Rivera, 2014).

En el presente estudio se pretende analizar las variables de reactividad psicológica y adherencia al tratamiento anticonceptivo oral. La toma del fármaco no implica necesariamente presencia de patología en la paciente, sino que su uso puede consistir en reducir la probabilidad de concebir. Tal y como ya se comentó previamente, para el éxito de este tipo de tratamiento es necesaria una alta adherencia al mismo (Rosenberg, Waugh y Burnhill, 1998). Como objetivo principal de esta investigación, se pretende averiguar si existe una relación entre la adherencia al tratamiento anticonceptivo oral y la reactividad psicológica. La hipótesis que se plantea es que cuanto más alta sea la reactividad, menor será la adherencia.

## **MÉTODO**

### **1. Participantes**

En esta investigación participaron un total de 475 mujeres, residentes en Canarias, España. El único criterio para su colaboración en el estudio fue estar tomando un tratamiento anticonceptivo hormonal oral. Todas las participantes fueron informadas del objetivo principal de la investigación y dieron su consentimiento.

El rango de edad se encuentra entre 17 y 54 años. Con una media de 23.97 y una desviación típica 6.59. En cuanto a los porcentajes más representativos caben destacar los siguientes: 21 años (24.7%); 20 años (10.1%); 9.9% en el que se sitúan los 22 años.

Con respecto al nivel de estudios de la muestra, el 48.7% posee estudios de nivel universitario; el 47.9% se corresponde con un nivel de educación secundaria, un 3.2% con estudios de educación primaria; un 0.2% de los participantes afirmaban no tener estudios.

En relación al tiempo de toma de los anticonceptivos de las participantes, nos encontramos con una media de 3 años y 9 meses. Los porcentajes más representativos fueron: 2 años (9.3%); 1 año (8.2%); y 4 años (7.2%).

## **2. Instrumentos**

Para llevar a cabo el presente estudio se han utilizado los siguientes instrumentos de medida:

**Cuestionario de Creencias sobre los medicamentos-BMQ (Horne, Weinman y Hankins, 1999).** Para evaluar las creencias de los pacientes sobre la medicación. Está compuesta por un total de 18 ítems que se evalúan mediante una escala de 5 puntos desde 1 (totalmente desacuerdo) hasta 5 (totalmente de acuerdo). Se compone de dos escalas; el BMQ-General, compuesta por 10 ítems que evalúan las creencias sobre la medicación y el BMQ-Específico que valora al creencias del tratamiento prescrito en concreto. En este estudio se utiliza la escala BMQ-Específico en su versión validada al español con pacientes psiquiátricos ambulatorios (De las Cuevas et al., 2011).

**Escala de locus de control de salud multidimensional- MHLCS (Wallston, Stein y Smith, 1994).** Esta escala se conforma de 18 ítems de escala tipo Likert que van desde 0 (completamente de acuerdo) al 5 (completamente en desacuerdo). Se pretende evaluar la opinión personal de cada participante con respecto a su propia salud. En esta investigación, se usó la escala en su versión validada en español, obteniendo una consistencia interna aceptable: .75 para locus interno, .65 para locus azar, .54 para locus médico y .48 para locus otras personas (De las Cuevas, Peñate, Betancort, y Cabrera, 2015).

**Inventario de actitudes hacia la medicación- DAI 10 (Hogan, Awad y Eastwood, 1983).** Constituida por 10 ítems de escala tipo Likert, que abarca un intervalo de 1 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo). En este instrumento se cuestionan aquellas actitudes y la respuesta subjetiva del paciente relacionadas con el fármaco al que están

prescritos. Su consistencia interna es .67 en su versión validada al español (Robles, Salazar, Páez y Ramírez, 2004).

**Escala de Adherencia (Sidorkiewicz, Tran, Cousyn, Perrodeau y Ravaud, 2016).** Cuenta con 5 ítems, dos de ellos de respuesta dicotómica “sí” / “no”, y tres de respuesta múltiple (tres alternativas) en los que en dos de ellos se adjuntan una imagen por cada posible respuesta acerca de la interrupción del tratamiento. En esta investigación se utiliza la versión en español validada del instrumento (De las Cuevas, Peñate, García y De León, 2018).

**Escala de Reactancia Psicológica de Hong- HPRS (Hong y Faedda, 1996).** Se integran en éste 14 ítems con respuesta tipo Likert que va desde 0 (completamente en desacuerdo) a 4 (completamente de acuerdo). Solicita que se respondan las afirmaciones con el fin último de medir las actitudes y la relación de los participantes con el personal sanitario. La escala en su versión en español ha demostrado una adecuada consistencia interna de .76 para la reactancia afectiva y .62 para la reactancia cognitiva (De las Cuevas, Peñate, Betancort y de Rivera, 2014).

### **3. Procedimiento**

El estudio se inició con la distribución vía on-line (correo electrónico, Facebook, Whatsapp y otras medios web similares) del “Test de Adherencia a los Tratamientos”, elaborado en la plataforma Google Formularios. Como único requisito para su cumplimentación, se precisaba que la participante tomase anticonceptivos orales en la actualidad.

Para poder tener acceso al instrumento, se proporcionó un enlace con un texto adjunto que recogía lo siguiente: por un lado, la premisa básica para participar en el estudio; en segundo lugar, la garantía de la protección de datos y el anonimato de las respuestas. El pase del cuestionario se llevó a cabo entre los meses de enero y abril del año 2019.

Se recogió un total de 477 muestras de las cuales, se tuvieron que desestimar 2 por incumplimiento del requisito previo establecido. No obstante, cabe destacar que en ningún momento se solicita a las participantes ningún documento médico de tipo acreditativo que justifique la toma del fármaco.

Los datos obtenidos por el instrumento fueron, por un lado, de tipo sociodemográfico (edad y nivel de estudio); cuestiones relacionadas con la relación médico-paciente; opiniones con respecto al medicamento que se consumía; y finalmente, aspectos relevantes acerca de la experiencia con la toma de dicho fármaco. De manera opcional, se daba la oportunidad a la

participante de reflejar su opinión personal con respecto a la prueba en sí. Esto se llevó a cabo con el objetivo de ayudar a mejorar el instrumento para futuras investigaciones.

#### 4. Análisis de datos

En relación al tratamiento de datos para su análisis estadístico, se hizo uso del programa SPSS (Statistical Product and Service Solutions) para el sistema operativo Windows en su versión 21. Se emplearon los procedimientos de correlaciones bivariadas de Pearson de variables cuantitativas (adherencia al tratamiento y reactancia psicológica) y contrastes de medias independientes mediante el estadístico t de Student, con el objetivo de analizar la relación entre las variables reactancia psicológica y adherencia al tratamiento.

### RESULTADOS

En la presente investigación se encontró que un 30.4% de las participantes se hallan dentro del grupo de alta adherencia, mientras que el 69.6% restante no tiene un adecuado nivel de adherencia. Por tanto, existe una disposición a la falta de adherencia en el tratamiento.

**Tabla 1**

*Estadísticos descriptivos variables relevantes*

	$\bar{X}$	DT
<b>Reactancia afectiva</b>	6.59	5.48
<b>Reactancia cognitiva</b>	2.75	3.28
<b>Falta de adherencia total</b>	1.40	1.40

Con respecto a la Tabla 1, se puede observar una media alta de Falta de Adherencia, suponiendo una tendencia del grupo a tener un cumplimiento pobre del tratamiento. Esto guarda relación con el porcentaje total de adherencia reflejado con anterioridad. Asimismo, cabe mencionar que se obtuvo una media más elevada en reactancia afectiva que en reactancia cognitiva.

#### Correlaciones

No se observan resultados estadísticamente significativos en el análisis de correlaciones de Pearson. Esto es, no hay correlación entre la adherencia y las variables sociodemográficas:

Edad ( $r = -.019$ ; n.s) y Meses de tratamiento ( $r = 0.35$ ; n.s). Del mismo modo, no existe relación lineal entre la adherencia y la reactancia psicológica, afectiva ( $r = -.006$ ; n.s) y cognitiva ( $r = .019$ ; n.s).

**Tabla 2**

*Diferencia de medias entre alta y baja adherencia.*

Variables	Alta Adherencia		Baja Adherencia		t de Student (Sig.)
	$\bar{X}$	DT	$\bar{X}$	DT	
<b>Incumplimiento definitivo</b>					
	<b>N=398</b>		<b>N=76</b>		
Reactancia afectiva	6.55	5.48	6.83	5.54	-.420 n.s
Reactancia cognitiva	2.69	3.32	3.07	3.07	-.963 n.s
<b>Incumplimiento de dosis</b>					
	<b>N=450</b>		<b>N=24</b>		
Reactancia afectiva	6.55	5.49	7.38	5.44	-.724 n.s
Reactancia cognitiva	2.72	3.24	3.29	3.98	-.688 n.s
<b>Interrupción por días</b>					
	<b>N=413</b>		<b>N=18</b>		
Reactancia afectiva	6.50	5.55	6.06	4.65	.341 n.s
Reactancia cognitiva	2.66	3.22	3.11	3.60	-.525 n.s
<b>Interrupción semanal</b>					
	<b>N=319</b>		<b>N=10</b>		
Reactancia afectiva	6.60	5.57	6.30	5.52	.165 n.s
Reactancia cognitiva	2.85	3.25	3.40	4.70	-.370 n.s
<b>Posponer dosis 12 horas o más</b>					
	<b>N=211</b>		<b>N=57</b>		
Reactancia afectiva	6.85	5.66	6.19	5.36	.785 n.s
Reactancia cognitiva	2.88	3.20	2.96	3.61	-.158 n.s

Nota: n.s (no significativo).

No se obtuvieron resultados significativos entre los grupos de alta y baja adherencia en relación a la reactancia cognitiva y afectiva. La reactancia psicológica no estaba asociada a la decisión de incumplimiento definitivo del tratamiento o por dosis, de la interrupción semanal o de posponer la dosis 12 horas o más. No obstante, se encontró que el nivel de reactancia en el grupo de baja adherencia era en su generalidad, mayor que en el grupo de alta adherencia, a excepción de algunos casos (Reactancia afectiva mayor en el grupo de alta adherencia en la interrupción semanal y el posponer dosis).

**Tabla 3**

***Diferencia de medias entre media y alta adherencia***

Variables	Alta Adherencia		Falta de Adherencia		t de Student (Sig.)
	$\bar{X}$	DT	$\bar{X}$	DT	
	<b>N=413</b>		<b>Interrupción por días N=43</b>		
<b>Reactancia afectiva</b>	6.50	5.55	7.60	5.18	-1.241 n.s
<b>Reactancia cognitiva</b>	2.66	3.22	3.49	3.66	-1.430 n.s
	<b>N=319</b>		<b>Interrupción al mes N=145</b>		
<b>Reactancia afectiva</b>	6.60	5.57	6.60	5.32	-.008 n.s
<b>Reactancia cognitiva</b>	2.85	3.25	2.50	3.24	1.076 n.s
	<b>N=211</b>		<b>Posponer dosis 4 horas o más N=206</b>		
<b>Reactancia afectiva</b>	6.85	5.66	6.44	5.35	.763 n.s
<b>Reactancia cognitiva</b>	2.88	3.20	2.56	3.28	1.019 n.s

Tampoco se han encontrado diferencias significativas entre los grupos de falta de adherencia y alta adherencia en reactancia. La reactancia afectiva y la cognitiva no estaba relacionada con la decisión de interrumpir por días o al mes el tratamiento, ni en posponer la dosis durante 4 horas o más.

## DISCUSIÓN

El objetivo de nuestra investigación fue analizar la relación entre la adherencia al tratamiento contraceptivo oral y la reactancia psicológica. Dados los resultados obtenidos en el presente estudio, no se puede afirmar la hipótesis inicial, pues no se obtuvo relación significativa entre la variable adherencia al tratamiento y la reactancia psicológica. Los datos obtenidos concluyen que no existen diferencias significativas entre las medias de los grupos de alta, baja y falta de adherencia al tratamiento con respecto a la reactancia. Los resultados no coinciden con algunas investigaciones que concluyen que si que existe una relación entre la adherencia al tratamiento y la reactancia, en patologías tales como depresión, y enfermedades psiquiátricas (De las Cuevas, Peñate y Sanz, 2014; De las Cuevas y Peñate, 2015). No obstante, en los resultados de esta investigación, se puede apreciar que en la mayoría de los casos, el grupo adherente es menos reactante que el grupo no adherente. Esto último guarda relación con la línea de investigación que se sigue en el estudio, a pesar de no haber encontrado diferencias significativas entre las medias de los grupos con diferentes niveles de adherencia.

Por otra parte, según los resultados obtenidos, se concluye que existe un bajo nivel de adherencia en la muestra del presente estudio, pues más de la mitad (69.9%) de las participantes, no cumplen de manera adecuada las instrucciones para la toma del fármaco. Estos datos guardan relación con los datos obtenidos a nivel nacional. En España, aproximadamente el 65-70% de las mujeres tienen niveles pobres de adherencia al tratamiento contraceptivo oral hormonal (De Zarate, Díaz y Martínez, 2013).

Se han de tener en cuenta una serie de limitaciones en este estudio que podrían explicar que no se obtuvieron datos significativos con respecto a la interacción entre la adherencia al tratamiento contraceptivo oral y la reactancia psicológica. Las dificultades encontradas fueron tales como la elección de una muestra heterogénea, la inadaptación de las características de los instrumentos a la evaluación del tratamiento anticonceptivo en concreto, y la falta de control de las variables ambientales.

En relación a la heterogeneidad de la muestra, es preciso señalar que no todas las mujeres que siguen el tratamiento contraceptivo oral lo hacen por motivos de presencia de patología, o por prescripción médica. Se debe hacer hincapié en que, muchas de las mujeres, deciden libremente tomar el fármaco. En España, el 45.8% de las mujeres que siguen el tratamiento anticonceptivo oral hormonal, han decidido voluntariamente escoger este método para no concebir (Sociedad Española de Contracepción, 2014). Además, actualmente se puede

adquirir el fármaco con facilidad en cualquier farmacia, pues no requiere de una receta médica para su compra. En estos casos, no consideramos que pueda afectar de algún modo a la libertad de la persona, pues de forma opcional, ha decidido tomar el fármaco. No obstante, la reactancia si podría afectar a aquellas mujeres que siguen el tratamiento con motivo de prescripción médica. Se ha evidenciado que las recomendaciones para seguir las prescripciones médicas pueden provocar una respuesta reactante en los pacientes, ignorando estos el tratamiento (De Almeida y Chen, 2008). En relación a futuras investigaciones, tal y como se justifica en este apartado, sería quizás más adecuado realizar un estudio con una muestra homogénea, limitando la participación a una población de mujeres que consuman el anticonceptivo oral por motivos de prescripción médica.

Otra de las limitaciones que se presentan en la investigación, tiene que ver con los instrumentos de medida en relación a su adaptación a las características del tratamiento. Por un lado, consideramos que algunos de los ítems no están del todo adaptados a la evaluación concreta de la adherencia al tratamiento contraceptivo oral. Esto se puede observar en la ‘‘Escala de Adherencia’’ y en el ‘‘Inventario de Actitudes hacia la medicación’’, en los ítems siguientes: ‘‘Si tiene que tomar este medicamento varias veces al día, ¿Se salta usted constantemente alguna dosis?’’, pues se ha de tomar un comprimido al día durante 21 días, procurando que sea siempre a la misma hora y no varias veces al día; ‘‘¿Interrumpe a veces este medicamento por un tiempo? (por olvidos, fines de semana, estar lejos de casa, etc.)’’, puesto que esta pregunta puede llevar a confusión, dado que el tratamiento ha de interrumpirse durante 1 semana antes de consumir el siguiente envase, (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 1997); ‘‘Este medicamento impide que mi enfermedad empeore’’, ya que no tiene en cuenta aquellas personas de la muestra que siguen el tratamiento por otras cuestiones no relacionadas con la patología.

En relación al método de autoinformes utilizado en la investigación, cabe destacar que tiene una serie de ventajas tales como; que son económicos, que se pueden aplicar en diversos entornos, y además, son breves (Voils, Hoyle, Thorpe, Maciejewski y Yancy, 2011). Pero a pesar de ello, un inventario autoadministrado también se encuentra sometido a otras posibles distorsiones sistémicas secundarias, llamadas respuestas sesgadas como lo son las siguientes: efecto halo, sesgo de deseabilidad social, sesgo de cambio de respuesta, tendencia central-extrema (Catresana, De las Cuevas, González y Revuelta, 1992). Hay que tener en cuenta que, al elegir este método para evaluar la adherencia, nos enfrentamos a una serie de sesgos de respuesta de las participantes que podrían haber influido en los resultados.

Asimismo, otra de las cuestiones que podrían haber obstaculizado la investigación es la falta de control sobre las variables extrañas. Las participantes cumplimentaban el cuestionario de forma online, con lo cual, no se tiene constancia del lugar concreto donde lo realizaban ni sus condiciones. Los investigadores por consiguiente no podían establecer cierto control en las variables ambientales tales como: las condiciones físicas, ruido, luz, temperatura y humedad. En definitiva, la falta de control del ambiente físico donde se realizó la prueba pudo haber interferido en la concentración de las participantes, y, por ende, en sus respuestas.

En síntesis, nos gustaría destacar que sería interesante seguir recabando información con respecto a esta línea de trabajo, dado que, no existen suficientes estudios en la actualidad que aborden el tema. Sería importante en relación a investigaciones futuras, que el estudio tuviera en cuenta las siguientes cuestiones: limitar la investigación a una población de mujeres que consumen el fármaco por prescripción médica; una mejora de la adaptación de los ítems de los instrumentos para abordar concretamente el tratamiento contraceptivo; y un mayor control de las variables situacionales.

## REFERENCIAS

- Adarve-Hidalgo, E., Falguera, G., & Seguranyes, G. (2016). Adherencia y cumplimiento del método anticonceptivo hormonal oral. *Matronas Prof*, 17 (1), 28-34. Recuperado de: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/revbibliografia-adherencia-y-cumplimiento.pdf>
- Barrueta, O. I., & Verdugo, R. M. (2017). ADHERENCIA. Recuperado de: [https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Adherencia2017/libro\\_ADHERENCIA.pdf](https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Adherencia2017/libro_ADHERENCIA.pdf)
- Brehm, J.W. (1966): *A theory of psychological reactance*. Nueva York: Academic Press.
- Brehm, S.S & Brehm, J.W. (2013). *Reactancia psicológica: una teoría de la libertad y el control*. Nueva York: Academic Press, INC.

C. & Catresana, De las Cuevas, J.L. González & Revuelta. (1992). *Autoinformes y respuestas sesgadas*. En *Anales de Psiquiatría*: Madrid. 8 (9), 362-366. Recuperado de: <https://luisderivera.com/wp-content/uploads/2012/02/1992-AUTOINFORMES-Y-RESPUESTAS-SESGADAS.pdf>

Conthe, P., Gálvez, M., Gil, V., Hernández, J.M., Jurado, J.J., Manzano, L., Murillo, M.D., Otero, M.J., Puig- Junoy, J., & Zaragoza, F. (2019). Plan de adherencia al Tratamiento. *Uso responsable del medicamento*. Recuperado de: [https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos\\_sefac/documentos/farmaindustria-plan-de-adherencia.pdf](https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos_sefac/documentos/farmaindustria-plan-de-adherencia.pdf)

De Almeida Neto, A. C., & Chen, T. F. (2008). *When pharmacotherapeutic recommendations may lead to the reverse effect on physician decision-making*. *Pharmacy World & Science*, 30 (1), 3-8. Recuperado de: <https://doi.org/10.1007/s11096-007-9143-x>

De las Cuevas, C., Peñate, W., & Sanz, E. J. (2014). Factores de riesgo para la no adherencia al tratamiento antidepresivo en pacientes con trastornos del estado de ánimo. *Revista Europea de Farmacología Clínica*, 70, 89-98. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1007/s00228-013-1582-9>

De las Cuevas, C., Peñate, W., Betancort, M., & Cabrera, C. (2015). What do psychiatric patients believe regarding where control over their illness lies?: Validation of the Multidimensional Health Locus of Control Scale in psychiatric outpatient care. *The Journal of nervous and mental disease*, 203 (2), 81-86. doi: 10.1097/NMD.0000000000000244

De las Cuevas, C., Peñate, W., Betancort, M., & 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. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.06.027>

De las Cuevas, C., Peñate, W., García, J.M y De León, J. (2018). Predictive validity of the Sidorkiewicz instrument in Spanish: Assessing individual drug adherence in psychiatric patients. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18 (2), 133-142. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.11.003>

De las Cuevas, C., Rivero, A., Perestelo, L., Gonzalez, M., Perez, J., y Peñate, W. (2011). *Psychiatric patients' attitudes towards concordance and shared decision making*. *Patient Educ Couns* 85 (3), 245-250. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.02.015>

De las Cuevas, C., & Peñate, W. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala de Adherencia a la Medicación Morisky de ocho elementos (MMAS-8) en un entorno psiquiátrico ambulatorio. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 15 (2), 121-129. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1697260014000623>

De las Cuevas, C., Rivero, A., Perestelo, L., González, M., Pérez, J., Sanz, E.J. (2011). *Adaptation and validation study of the Beliefs about Medicines Questionnaire in psychiatric outpatients in a community mental health setting*. *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 26 (2), 140–146. Recuperado de: <https://doi.org/10.1002/hup.1185>

De Zarate, T., Díaz, T., & Martínez, T. (2013). Evaluation of factors associated with noncompliance in users of combined hormonal contraceptive methods: a cross-sectional study: results from the MIA study. *BMC women's health*, 13(1), 38. Recuperado de: <https://doi.org/10.1186/1472-6874-13-38>

- Edwards, J. R., & Lambert, L. S. (2007). Methods for integrating moderation and mediation: A general analytical framework using moderated path analysis. *Psychological Methods*, 12 (1), 1-22. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1037/1082-989X.12.1.1>
- Fumero, A., Marrero, R. J., de las Cuevas, C., & Peñate, W. (2016). Preferencias por las decisiones compartidas en pacientes con depresión. *Acta Colombiana de Psicología*, 19 (1),249-259. Recuperado de: <https://repository.ucatolica.edu.co/handle/10983/16156>
- Gabinete Sociología y Comunicación. Encuesta sobre adherencia terapéutica en España. (2016). Recuperado de: <http://www.farmaindustria.es/web/wp-content/uploads/sites/2/2016/12/InformeEstudio-de-adherencia-anx.pdf>.
- González, C., Almeida, M., Martín, P., Cao, M. J., & Castro, M. J. (2013). La píldora anticonceptiva a debate. *Enfermería universitaria*, 10(3), 98-104. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v10n3/v10n3a5.pdf>
- Greenwald, A. G. (1968). Cognitive learning, cognitive response to persuasion, and attitude change. *Psychological foundations of attitudes*, 147-170. Recuperado de: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.19.7121&rep=rep1&type=pdf>
- Hogan, T., Awad, A., y Eastwood, R. (1983). A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: Reliability and discriminative validity. *Psychological Medicine*, 13(1), 177- 183. Recuperado de: <https://doi.org/10.1017/S0033291700050182>
- Hong, S. M., & Faedda, S. (1996). Refinement of the Hong psychological reactance scale. *Educational and Psychological Measurement*, 56(1), 173-182. Recuperado de: <https://doi.org/10.1177%2F0013164496056001014>

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, 1-24. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1007/s11096-007-9143-x>

Kardas, P., Lewek, P., Matyjaszczyk, M. (2013). Determinants of patient adherence: A review of systematic reviews. *Frontiers in pharmacology*, 4, 91. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3722478/>

Lance, P. V., Vázquez, D. R., Rodríguez, C.P., & Cervera, J. G. (2015). Planificación familiar: Información general y seguimiento de anticonceptivos orales. Recuperado de: <http://publicaciones.san.gva.es/docs/dac/guiasap029planfam.pdf>

Lynch, D.J., Birk, T.J., Weaver, M.T., Gohara, A. F., Leighton, R.F., Repka, F.J., et al. (1992). Adherence to exercise interventions in the treatment of hypercholesterolemia. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 365-378. Recuperado de: <https://doi.org/10.2165/00007256-200838070-00003>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). *Interrupción voluntaria del embarazo*. Datos definitivos correspondientes a 2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm>

Molloy, G. J., Graham, H., & 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.

Moreau, C., Bouyer, J., Gilbert, F., & Bajos, N. C. (2006). Social, demographic and situational characteristics associated with inconsistent use of oral contraceptives: evidence from France. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 38(4), 190–196. Recuperado de: <https://doi.org/10.1363/3819006>

Morera, J., & Navarro, H. (1997). Los anticonceptivos orales: criterios de selección, utilización y manejo. *Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social*, 21, 1-10. Recuperado de: [https://www.mscbs.gob.es/va/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/infMedic/porVolumen/anticonc.htm](https://www.mscbs.gob.es/va/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/porVolumen/anticonc.htm)

Organización Mundial de la Salud. (2003). *El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura*. (1 de Julio de 2003) Recuperado de: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>

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>

Rosenberg, M. J., Waugh, M. S., & Burnhill, M. S. (1998). Compliance, counseling and satisfaction with oral contraceptives: a prospective evaluation. *Family planning perspectives*, 89-104. DOI: 10.2307/2991665

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

Serrano, J.R., & Lobo, P. (2018). *Hábitos de la población femenina en relación al uso de métodos anticonceptivos*. Madrid: Encuesta nacional sobre anticoncepción 2018. Recuperado de: <http://sec.es/presentada-la-encuesta-nacional-2018-sobre-la-anticoncepcion-en-espana/>

Sociedad española de Contracepción. (2014). Estudio poblacional sobre el uso y la opinión de los métodos anticonceptivos en España. Recuperado de: [http://hosting.sec.es/descargas/EN\\_Web\\_SEC\\_2014.pdf](http://hosting.sec.es/descargas/EN_Web_SEC_2014.pdf)

Sociedad Española de Contracepción. (2012). Libro blanco de la anticoncepción hormonal combinada. Manuales SEC: Madrid.

Sociedad Española de Contracepción. (2018). Presentada la Encuesta Nacional 2018 sobre la Anticoncepción en España. Recuperado de: <http://sec.es/presentada-la-encuesta-nacional-2018-sobre-la-anticoncepcion-en-espana/>

Trussell, J., & Jordan, B. (2006). Reproductive health risks in perspective. *Contraception*, 73(5),437-439. Recuperado de: [https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(06\)00035-7/abstract](https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(06)00035-7/abstract)

Voils, C. I., Hoyle, R. H., Thorpe, C. T., Maciejewski, M. L., & Yancy Jr, W. S. (2011). Mejora de la medicación de la falta de adherencia a los medicamentos. *Journal of clinical Epidemiology*, 64 (3), 250-254. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.07.014>

Wallston, K. A. (1992). Hocus-pocus, el enfoque no está estrictamente en locus: la teoría del aprendizaje social de Rotter modificada para la salud. *Terapia cognitiva e investigación*, 16 ,183-199. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1007/BF01173488>

Wallston, K. A., Stein, M. J., & Smith, C. A. (1994). Form C of the MHLC scales: a condition-specific measure of locus of control. *Journal of personality assessment*, 63(3), 534-553.

Recuperado de: [https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15327752jpa6303\\_10](https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15327752jpa6303_10)

Wicklund, R. A., & Brehm, J. W. (1968). Attitude change as a function of felt competence and threat to attitudinal freedom. *Journal of Experimental Social Psychology*, 4(1), 64-75.

Recuperado de: [https://doi.org/10.1016/0022-1031\(68\)90050-4](https://doi.org/10.1016/0022-1031(68)90050-4)

Wicklund, R. A. (1974). *Freedom and reactance*. England: Lawrence Erlbaum.