



Diferencias en adherencia al tratamiento entre distintos anticonceptivos hormonales orales

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 académico: 2018/2019

Alumnas:

Iris del Carmen Caña Padilla

Omayda Ana González Pérez

Tutores académicos:

Ascensión Fumero Hernández

Wenceslao Peñate Castro

RESUMEN

La adherencia juega un papel importante en el campo de la contracepción, pues influye considerablemente en la efectividad del tratamiento. El objetivo de esta investigación fue comprobar si el tipo de fármaco anticonceptivo afecta al nivel de adherencia del mismo. Se contó con una muestra de 474 mujeres que debían cumplir la condición de estar tomando la píldora contraceptiva actualmente. Para ello, se les administró una serie de cuestionarios que permitieron recoger información sobre la adherencia terapéutica. Tras la recogida de estos datos, se dividió la muestra según el tipo de anticonceptivo prescrito, dando lugar a dos subgrupos: contracepción y problemas colaterales y/o regulación hormonal. Se efectuó un análisis estadístico con la versión 21 del programa SPSS en la que se obtuvo la t de Student realizando una comparación de las medias entre los grupos de tratamiento: contracepción y problemas colaterales/regulación hormonal. En cuanto a los resultados hallados, se encontró que el grupo contracepción presentó mayor media en la variable falta de adherencia, mientras que, en la variable necesidad percibida del medicamento el grupo problemas colaterales/regulación hormonal puntuó más alto. En conclusión, se ha visto que existe una relación entre el tipo de fármaco y su función con la adherencia, y que está, a su vez, influye en la efectividad del tratamiento pautado.

Palabras claves: contracepción, adherencia, anticonceptivos hormonales orales, tratamiento anticonceptivo y regulación hormonal.

ABSTRACT

The adherence plays a fundamental role in the field of contraception, since it influences considerably in the efficiency of a treatment. The objective of the following investigation is to verify if the type of pharmaceutical contraceptive affects the adherence level itself. The sample for the investigation were 474 women that had to fulfill the condition of currently taking contraceptive pills. For this, it was applied a series of questionnaires which allowed to gather information regarding the therapeutic adherence. After gathering the data, the sample was divided according to the type of contraceptive prescription, creating the following two subgroups: contraception and collateral problems and/or hormonal regulation. With the 21st version of the program SPSS an statistical analysis was executed, in which a t Student was obtained creating a comparison of the means between each treatment group: contraception and collateral problems/ hormonal regulation. Regarding the results found, it was identified that the contraception group presented the highest mean in the variable "lack of adherence", meanwhile, for the variable "necessity percieved of the medication" the group of collateral problems/hormonal regulation had a highest score. In conclusion, it has been observed that there is a relation between the type of drug and its function with adherence, and that such, simultaneously, influences the effectivity of a determined treatment.

Key words: contraception, adherence, oral hormonal contraceptives, contraceptive and hormonal regulation treatment.

INTRODUCCIÓN

Del amplio abanico de temas que trata la psicología, el estudio de la evolución de la sexualidad y los métodos anticonceptivos ha emergido como una necesidad de la sociedad actual. Desde 1978, con la legalización de la píldora en España, se ha visto un aumento en el uso de estas por parte de la población femenina, ya que ha permitido una mayor planificación y control sobre la descendencia (Delgado, 2012).

En lo que respecta a la anticoncepción, podemos encontrar diversos métodos: naturales, de barrera, intrauterinos y hormonales (Fernández et al., 2009). Si hacemos un recorrido cronológico por la historia, el coitus interruptus fue el primer método anticonceptivo utilizado por el ser humano (Díaz, 1995); actualmente todavía se lleva a cabo esta práctica, a pesar de conocerse su muy baja eficacia (Ciarmatori et al., 2016). Tras esto se continuó indagando en otras formas de anticoncepción, apareciendo los métodos de temperatura basal y del ritmo o calendario. Con respecto a los métodos de barrera, que actúan impidiendo el acceso de los espermatozoides al útero, el utilizado con más frecuencia es el preservativo (Adarve Hidalgo et al., 2016), también es el único que previene de las enfermedades de transmisión sexual, junto al condón femenino. Inclusive en este grupo, se encuentran los espermicidas, el capuchón cervical, el diafragma y la esponja vagina. Por otro lado, los intrauterinos son los más novedosos y su uso en España ronda el 10% (Belmonte, 2018). Finalmente, los anticonceptivos en los que se hará especial hincapié para este trabajo son los hormonales.

Los anticonceptivos orales contienen hormonas femeninas en cantidades muy similares a las que producen los ovarios de forma natural, lo que hace que este método sea poco intrusivo. En este aspecto, podemos distinguir dos tipos de píldoras: anticonceptivos orales combinados, compuesto por estrógenos y progestágenos; y píldoras que contienen sólo progestágenos. Los primeros son los más utilizados, pero

todos tienen como objetivo general impedir la ovulación. Además de esto, los anticonceptivos pueden contribuir a estabilizar otros desajustes, como pueden ser: dolores menstruales, aparición de acné, etc. (Ciarmatori et al., 2016).

Con respecto a la toma de anticonceptivos orales, existen dos formatos: cajas de veintiocho pastillas (con hormonas y placebo) y cajas de veintiuna pastillas (sin el placebo). Con el uso adecuado de las mismas la eficacia es superior al 99%. Sin embargo, si durante la toma se producen un olvido, la eficacia disminuye hasta el 95% (Ciarmatori et al., 2016).

Por su parte, la OMS, entiende la adherencia como el *“grado en el que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas por un proveedor de asistencia sanitaria”* (Rosa, 2012). La toma inadecuada de anticonceptivos hormonales orales, también llamados ACO, es considerado una falta de adherencia. Este es un problema de salud pública importante para la OMS debido a las consecuencias clínicas y económicas que tiene (Rosa, 2012). Además, se considera que la falta de adherencia afecta directamente al objetivo por el que se ha prescrito el medicamento, es decir, la eficacia de este. Por cumplimiento de la dosis anticonceptiva se entiende *“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 ACO”* (Adarve-Hidalgo et al., 2016). Como determinantes de la adherencia, la OMS habla de cinco dimensiones: sociales y económicos (pobreza, apoyo social, prejuicios culturales, etc.); relacionados con el sistema y el equipo de salud (relación con el personal sanitario); relacionados con la enfermedad (naturaleza y percepción de la gravedad de la sintomatología); relacionados con el tratamiento (complejidad, tratamiento prolongado, etc.); y relacionados con el

paciente (edad, desconocimiento de la enfermedad, locus de control interno, etc.) (Rosa, 2012).

En España, la tasa de abandono es de 49,5% en los primeros doce meses desde el inicio del tratamiento anticonceptivo. Este porcentaje se explica en gran parte por la aparición de efectos secundarios. Además de estos, existen otros factores que también afectan al cumplimiento de la toma del anticonceptivo. El no saber gestionar la toma ante un olvido, el elevado coste de las diferentes píldoras, el realizar descansos durante el período de toma, y la presencia de algún predictor de mal cumplimiento como pueden ser, la falta de comprensión de las instrucciones sobre la píldora, la no participación en la elección del método o el no tener una rutina de toma, entre otros, afecta directamente a la adherencia (Adarve-Hidalgo et al., 2016).

Las investigaciones que relacionan los anticonceptivos con la adherencia a los mismos han mostrado que, efectivamente, hay diferencias en adherencia en anticoncepción oral en cuanto al tipo de fármaco administrado, concretamente se observan diferencias entre los anticonceptivos genéricos-no genérico y continuo-no continuo (Adarve-Hidalgo et al., 2016). También, resulta interesante la propuesta de Langley et al. (2011) en España sobre que el tratamiento dirigido al dolor puede relacionarse con una mayor adherencia. Estas dos afirmaciones sugieren que podrían observarse niveles distintos de adherencia en función de la prescripción a la que se destina la medicación. Por lo que, permite plantear la hipótesis de que el fármaco prescrito como contraceptivo tendrá un nivel de adherencia menor que el prescrito para otra función como, por ejemplo, el dolor. El conocimiento de estos datos resulta importante para comprender el mecanismo que se encuentra detrás del fenómeno de la adherencia.

MÉTODO

Participantes

La muestra de este estudio estuvo compuesta por 474 mujeres de entre 17 y 54 años, con una media de edad de 23.97 años y una desviación típica de 6.59. Los criterios de inclusión que se utilizaron fueron ser mujer y tomar la píldora anticonceptiva o, al menos, haber pasado menos de un mes desde la última toma.

La variable de nivel educativo se dividió en 4 grupos: sin estudios (2%), tener estudios primarios (3.2%), tener estudios secundarios (47.9%), tener estudios universitarios (48.7%). La media de esta variable fue 2.45 con una desviación típica de 0.56, lo que indica que la mayoría de las participantes acabaron los estudios secundarios.

Instrumentos

Para la recogida de datos se utilizó el Inventario de Actitudes hacia la medicación (DAI-10; Hogan, Awad y Eastwood, 1983). Se compone de 10 ítems con un formato de respuesta dicotómico de verdadero/falso. Esta escala está diseñada para evaluar el grado de acuerdo o no acuerdo que tiene el paciente con respecto a la eficacia de los medicamentos, integrado por los factores farmacofilia y farmacofobia.

La Escala de Locus de Control de Salud Multidimensional (MHLC-C; De las Cuevas, Peñate, Betancort y Cabrera, 2015; Wallston, Stein y Smith, 1994), que consta de 18 ítems con respuesta tipo Likert, siendo 0 (completamente de acuerdo) y 5 (completamente en desacuerdo). Con esta se mide los factores Locus de Control Interno y Locus de Control Externo, este último se divide, a su vez, en tres: por azar, por los doctores, y por otros.

La Escala de Reactancia Psicológica de Hong –HPRS- (Hong y Faedda, 1996). Esta se compone de 14 ítems, con un formato de respuesta tipo Likert, que va desde 1 (total desacuerdo) hasta 5 (total acuerdo). Mediante esta escala se evalúa la reactancia cognitiva, así como, la reactancia afectiva.

Seguidamente, se aplicó la versión española de la escala BMQ (Beliefs about Medicines Questionnaire, Cuestionarios de Creencias sobre los Medicamentos; Horne Weinman & Hankins, 1999) que está compuesta por 10 ítems que se responden utilizando una escala tipo Likert de cinco puntos, desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 5 (totalmente de acuerdo). La escala evalúa las creencias de los pacientes acerca de la medicación. Para ello, incluye dos subescalas que miden la necesidad percibida de la medicación y la preocupación sobre las consecuencias de la misma.

Por otra parte, se empleó la escala de adherencia Sidorkiewicz medication adherence tool en su versión en español (De las Cuevas, Motuca, Baptista, y de León, 2018). Esta escala se conforma por 5 preguntas con un formato de respuesta multirespuesta (2 a 3 alternativas posibles), mediante el cual se mide la experiencia con el fármaco.

Estos instrumentos se aplicaron en formato físico y, también, se solicitó participación vía online.

Procedimiento

Se solicitó la participación voluntaria de mujeres bajo tratamiento oral anticonceptivo y todas firmaron un consentimiento auto-informado. Se les informó de que la recogida de datos sería de forma completamente anónima y bajo su consentimiento, con el fin único de ser usados en esta investigación. Los datos fueron recogidos por los alumnos de 4º grado de Psicología, pertenecientes a un grupo de

Trabajo de Fin de Grado, entre los meses de febrero y abril de 2019. Se recogió información sobre la edad, el nivel educativo y, también, el tipo de fármaco empleado y el tiempo de consumo.

Asimismo, se dividió en tres grupos en función del tipo de fármaco y el motivo de la toma de este. Los grupos resultantes válidos para la investigación fueron: dolor menstrual, problemas colaterales/regulación hormonal y contracepción. Sin embargo, este estudio se ha centrado, principalmente, en el análisis de la adherencia en estos dos últimos grupos.

La muestra fue seleccionada mediante muestreo de bola de nieve o en cadena, el cual implica contactar con amistades y estas, a su vez, con otras amistades formando así la bola de nieve.

Análisis de datos

Tras obtener los datos, se efectuó un análisis estadístico con la versión 21 del programa SPSS. Mediante el cálculo de la t de Student se realizó una comparación de medias entre los grupos de tratamiento: contracepción y problemas colaterales/regulación hormonal. Este análisis sirvió para contrastar las medias de ambos grupos en las variables: reactancia afectiva, reactancia cognitiva, necesidad percibida del medicamento, preocupación por las consecuencias de la medicación, locus interno, locus azar, locus doctores, locus otros, farmacofilia, farmacofobia y falta de adherencia total

RESULTADOS

El 30.4% de la muestra presentó un cumplimiento total de la prescripción al tratamiento. El resto fluctuó entre los diferentes niveles de adherencia. De esta muestra, la media del tiempo de permanencia en el tratamiento fue de 3 años y 9 meses.

En la tabla 1, se pueden observar los estadísticos descriptivos de las variables utilizadas. La media de reactancia resultó ser más alta en afectiva (valoración emocional, positiva o negativa del medicamento) que en cognitiva (conocimiento objetivo sobre la medicación). Así mismo, en cuanto a las variables que mide el cuestionario de creencias sobre el medicamento, la preocupación por las consecuencias de este presenta una mayor media. Por otro lado, en lo que respecta al locus de control, la media más alta se corresponde con el locus por azar. Por su parte, la media en de farmacofobia resultó ser menor que la de farmacofilia, siendo esta última, la variable con mayor media de entre todas las variables.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las variables.

Variables	Media	dt
Reactancia Afectiva	6.59	5.48
Reactancia Cognitiva	2.75	3.28
Necesidad percibida del medicamento	9.25	4.31
Preocupación por las consecuencias de la medicación	11.62	4.04
Locus Interno	1.91	1.10
Locus Azar	2.87	1.60
Locus Doctores	2.13	1.25
Locus Otros	2.33	1.13
Farmacofilia	14.67	4.50
Farmacofobia	7.27	3.48
Falta de adherencia total	1.40	1.39

La tabla 2, refleja que existen diferencias significativas entre los grupos contracepción y problemas colaterales/regulación hormonal en las variables necesidad percibida del medicamento y falta de adherencia al tratamiento. En este sentido, el

grupo al que se le ha prescrito el fármaco con fines contraceptivos presenta mayor media en la variable falta de adherencia. Sin embargo, en la variable necesidad percibida del medicamento el grupo al que se le ha prescrito el fármaco por trastornos menstruales puntúa más alto.

Tabla 2. Prueba t entre los grupos problemas colaterales/regulación hormonal y contracepción en las variables medidas.

Variables	Grupo problemas colaterales/regulación hormonal (N=211)		Grupo contracepción (N=222)		t(p)
	Media	dt	Media	dt	
Reactancia Afectiva	6.51	5.39	6.37	5.40	.26
Reactancia Cognitiva	2.49	3.05	2.77	3.29	-.907
Necesidad percibida del medicamento	9.65	4.21	8.54	4.16	2.77***
Preocupación por las consecuencias de la medicación	11.68	3.99	11.61	3.96	.19
Locus Interno	1.96	1.11	1.82	1.05	1.37
Locus Azar	2.82	1.58	2.92	1.63	-.65
Locus Doctores	2.07	1.25	2.06	1.21	.06
Locus Otros	2.32	1.11	2.27	1.16	.49
Farmacofilia	14.22	4.52	14.87	4.41	-1.52
Farmacofobia	7.35	3.32	6.87	3.34	1.47
Falta de adherencia total	1.20	1.26	1.51	1.40	-2.41**

NOTA: p < .05*; p < .01**; p < .001***

DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo fue analizar el grado de relación entre las variables de adherencia al tratamiento y el tipo de fármaco administrado. Como era de esperar, se encontraron diferencias en cuanto al nivel de adherencia en función del tipo de fármaco prescrito. La hipótesis principal de esta investigación fue que el fármaco prescrito como contraceptivo tendría un nivel de adherencia menor que el prescrito para otra función. Los resultados encontrados confirman que aquellas mujeres que tomaban la píldora únicamente por motivo de evitar el embarazo tienen menor adherencia al tratamiento, por lo que hay mayor adherencia cuando se usa debido a problemas colaterales y/o regulación hormonal. En este sentido, revisando investigaciones anteriores sobre la temática abordada, no se han encontrado datos que apoyen o refuten específicamente la hipótesis de este estudio. Sin embargo, existen artículos que también analizaron la relación entre diferentes tipos de anticonceptivos hormonales orales y la adherencia a estos. De esta manera, se ven diferencias cuando el anticonceptivo es genérico o no genérico y cuando la toma es continua o no continua (Adarve-Hidalgo et al., 2016). Por un lado, cuando el anticonceptivo es genérico, el coste de este será menor y, por lo tanto, aumenta la adherencia al mismo (Shrank et al., 2006). Mientras que cuando es continuo, la adherencia es mayor cuando las mujeres que lo toman tienen o presentan trastornos menstruales, ya que percibieron una mejora de los síntomas (Edelman, 2014).

Por otra parte, según los resultados obtenidos, si se observa la media del grupo problemas colaterales y/o regulación hormonal en la variable necesidad percibida del medicamento, las mujeres serán más adherentes al tratamiento cuando perciban que este es necesario para contrarrestar el malestar que les producen los trastornos menstruales. En contraste con lo anterior, la media de la variable farmacofilia es mayor para el grupo las mujeres que toman la píldora únicamente como método anticonceptivo, esto quiere

decir que llevan a cabo el tratamiento por decisión propia. De las Cuevas y Peñate (2018), muestran una relación significativamente positiva entre las actitudes hacia la medicación y la necesidad de consumirla con respecto a la adherencia. Por tanto, cuanto mayor sea la predisposición y la creencia de la necesidad del fármaco, mayor será la adherencia a este.

Dentro de las limitaciones de esta investigación, se encuentra el reducido tamaño muestral y la falta de heterogeneidad de las participantes. Esta muestra resultó homogénea en cuanto a la variable edad, debido a que la media está en torno a 24 años, impidiendo extrapolar los resultados obtenidos a toda la población femenina en período fértil, siendo este entre los 14 y 44 años, que hace uso de los fármacos anticonceptivos orales. Así mismo, la mayoría de las participantes tenían estudios secundarios, esto restringe la posibilidad de poder comparar si el nivel de educación afecta directamente a la adherencia.

Además, un factor que no se pudo controlar fue la variable ambiental. Esto se debe a que los cuestionarios se cumplimentaron mayoritariamente vía online, por lo que se desconoce si el contexto en el que las participantes se encontraban a la hora de realizar el cuestionario resultó ser el adecuado.

Por otro lado, hay variables que no se han tenido en cuenta a la hora de realizar la investigación y que pueden resultar importantes para medir la adherencia al fármaco. Entre ellas, se encuentran los efectos secundarios, pues se han encontrado evidencias de que estos efectos influyen negativamente a la adherencia, es decir, disminuye el cumplimiento de la toma del fármaco (De las Cuevas y Peñate, 2018). Es posible que la baja adherencia en el grupo de mujeres que tomaba la píldora por contracepción puede ser explicada por estos efectos adversos del fármaco, ya que en realidad no tienen una necesidad por problemas de salud, sino que más bien es por

evitar el embarazo y, para ello, existen otros tipos de métodos menos agresivos y/o más cómodos. Es un hecho que, el conocimiento sobre los anticonceptivos, sus efectos secundarios y el buen manejo de estos aumenta la adherencia, sin embargo, todo esto se atenúa cuando las mujeres olvidan tomar la píldora (Berenson y Rahman, 2012).

De cara a futuras investigaciones con respecto a la adherencia en el tratamiento farmacológico contraceptivo, se debería ampliar la heterogeneidad de la muestra en cuanto a la variable edad, pudiendo así generalizar mejor los resultados a la población femenina. Además, el aumento de la población muestral podría permitir que hubiera significación de los grupos en otras variables. También, resultaría interesante profundizar en la variable “nivel educativo”, ya que es posible que “*a menor nivel educativo mayor probabilidad de abandono*” (Cáceres, 2004). De igual forma, en la recogida de datos de esta investigación, se ha empleado un método considerado como indirecto, en el cual los resultados van a ser “*altamente dependientes de las respuestas e intenciones del paciente al cual se le pregunta*” (López et al., 2016). Para controlar este efecto de variables externas y personales que puedan alterar la fiabilidad de los datos, sería prudente supervisar a las participantes en el período de pase de pruebas para, de esta forma, garantizar una mayor igualdad de condiciones disminuyendo posibles respuestas erróneas o azarosas. Dicho esto, revisando otros estudios sobre adherencia, se ha visto que la medida de esta variable fluctúa entre dos (baja y alta) y cinco niveles (baja, media-baja, media, media-alta y alta) (López et al., 2016). En este estudio, se ha tenido en cuenta sólo la medición en los extremos, alta y baja, de la variable adherencia. Esto reduce la posibilidad de obtener datos más específicos, por lo que, resultaría interesante abordarlo desde un mayor rango de niveles. Por último, utilizar instrumentos que midan otras variables no tenidas en cuenta y que puedan resultar interesantes en el

campo de estudio de adherencia en contracepción, ayudaría a ampliar la información sobre qué factores influyen en la misma.

En conclusión, con esta investigación se ha podido ampliar el conocimiento en relación a la adherencia en el campo de la contracepción. Los resultados indican que las mujeres que se adhieren más a la medicación son aquellas a las que se les prescribe por algún tipo de problema y no, exclusivamente, por evitar embarazo.

En definitiva, estos resultados se podrán aplicar en el ámbito médico. De esta forma, los fármacos destinados no solo a la contracepción, sino también a la regulación hormonal y/o de problemas colaterales han resultado ser más adherentes debido a que se aprecian mayores beneficios por parte de la mujer, ya que controlan su malestar. Por esta razón, se puede inferir que la prescripción de este grupo de píldoras puede llegar a aumentar la adherencia incluso en aquellas mujeres que lo utilicen, únicamente, por prevención de embarazo. Para constatar esta idea, sería conveniente realizar nuevos estudios centrados en esta perspectiva, añadiendo así, nuevos conocimientos a este ámbito.

BIBLIOGRAFÍA

Adarve-Hidalgo E., Falguera G., y 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>

Belmonte E., Díaz R., Gavilanes M. A., Álvarez del Vayo M. y Ramírez V. (16 de marzo de 2018). *Radiografía de un derecho*. Recuperado de <https://medicamentalia.org/anticonceptivos/datos-uso-barreras/>

Berenson A. B., y Rahman M. (2012). A randomized controlled study of two educational interventions on adherence with oral contraceptives and condoms. *Contraception*, 86 , 716 – 724. doi: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2012.06.007>

Cáceres, F. de M. (2004). Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. *MedUNAB*, 7 (21), 172-180. Recuperado de <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/215>

Cirici, R. (2002). La adherencia al tratamiento de los pacientes psicóticos. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna*, 29 (4), 232-238. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Roser_Amell/publication/288395258_The_therapeutic_adherence_in_psychotic_patients/links/5757264f08ae05c1ec16cfc1/The-therapeutic-adherence-in-psychotic-patients.pdf

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

De las Cuevas C., Peñate W., García de Cecilia 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. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.11.003>.

De las Cuevas, C., Motuca, M., Baptista, T., y de Leon, J. (2018). Skepticism and pharmacophobia toward medication may negatively impact adherence to psychiatric medications: a comparison among outpatients a samples recruited in Spain, Argentina, and Venezuela. *DovePress*, 12, 301-310. doi: <http://doi.org/10.2147/PPA.S158443>

Edelman A., Micks E., Gallo M. F., Jensen J. T. y Grimes D. A. (2014). Continuous or extended cycle vs. cyclic use of combined hormonal contraceptives for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD004695 (7). doi: 10.1002/14651858.CD004695.pub3.

Fisher W., & Black A. (2007). Contraception in Canada: a review of method choices, characteristics, adherence and approaches to counselling. *CMAJ*, 176 (7), 953-961. doi: 10.1503/cmaj.060851

Haro, C., Cantudo, M. R., Almeida, C. V. y Morrillo, R. (2015). Influencia de las creencias hacia los medicamentos en la adherencia al tratamiento concomitante en pacientes VIH+. *Farmacia Hospitalaria*, 39 (1), 23-28. doi: <http://dx.doi.org/10.7399/fh.2015.39.1.8127>

Langley P., Ruiz-Iban M. A., Tornero Molina J., De Andres J. y González-Escalada Castellón J. R. (2011). The prevalence, correlates and treatment of pain in Spain. *Journal of Medical Economics*, 14 (3), 367-380. doi: [10.3111/13696998.2011.583303](http://dx.doi.org/10.3111/13696998.2011.583303)

López Romero L. A., Romero Guevara S. L., Parra D.I. y Rojas Sánchez L.Z. (2016). Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. *Hacia promoc. salud*, 21 (1), 117-137. doi: 10.17151/hpsal.2016.21.1.10

Rosa, A. A. I. (2012). *Psicología de la salud en la infancia y adolescencia : Casos prácticos*. Capítulo 2: La Adherencia Terapéutica. Retrieved from <https://ebookcentral-proquest-com.accedys2.bbtk.ull.es>

Shrank W. H., Hoang T., Ettner S. L., et al. (2006). The Implications of Choice: Prescribing Generic or Preferred Pharmaceuticals Improves Medication Adherence for Chronic Conditions. *Arch Intern Med*, 166 (3), 332–337. doi: 10.1001/archinte.166.3.332

Tobón Z., & Jairo J. (2008). Anticoncepción: ¿cuál método seleccionar? *Iatreia*, 21 (3), 280-291. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-07932008000300007