

Trabajo de Fin de Grado
Universidad de La Laguna
Facultad de Psicología
Curso: 2016/2017

La implicación de la reactividad psicológica en la adherencia al tratamiento

Alumnas:

Daneira Guerra Jiménez
Beatriz Martínez Duque

Tutores:

Ascensión Fumero Hernández
Wenceslao Peñate Castro

RESUMEN

La reactancia psicológica es una de las variables psicológicas que se ha relacionado con la adherencia al tratamiento. La falta de adherencia puede influir en el proceso de no mejora de la enfermedad o empeoramiento de esta. Por lo tanto, este estudio tiene como objetivo examinar la implicación que tiene esta variable psicológica en la adherencia al tratamiento. En el estudio participaron 502 personas, todas residentes de las Islas Canarias. Se realizó un análisis de correlaciones de Pearson para observar la relación entre estas dos variables y además una prueba de diferencias de medias para examinar las diferencias entre los dos grupos de adherencia. Dentro de las variables estudiadas se halló que a mayor edad mayor será la adherencia al tratamiento. Por otro lado, también se encontró una relación significativa de la adherencia al tratamiento con la reactancia psicológica. Esto significa que la adherencia al tratamiento será mayor cuanto menor sea la reactancia psicológica. Por ello, este estudio evidencia la necesidad de investigar un factor importante en la adherencia al tratamiento, como es la reactancia psicológica, así como fomentar la relación médico-paciente para generar un mayor entendimiento y por tanto la adherencia.

Palabras clave: adherencia al tratamiento, reactancia psicológica.

ABSTRACT

Psychological reactance is one of the psychological variables that has been associated with adherence to treatment. Lack of adherence may influence the process of not improving or worsening disease. Therefore, this study aims to examine the implication of this psychological variable in adherence to treatment. The study involved 502 people, all residents of the Canary Islands. A Pearson correlation analysis was performed to observe the relationship between these two variables and a mean difference test to examine the differences between the two adherence groups. Among the variables studied, it was found that the adherence increase significantly with age. On the other hand, a significant relationship of adherence to treatment with psychological reactance was also found. This means that higher the adherence to treatment, lower the psychological reactance. Therefore, this study evidences the need to investigate an important factor in adherence to treatment, such as psychological reactance, as well as encourage the doctor-patient relationship to generate greater understanding and therefore adherence.

Keywords: adherence to treatment, psychological reactance.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia como *“el grado en que el comportamiento de una persona -al tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”* (Sabaté, 2003). Este concepto parte del principio de que las recomendaciones del sistema sanitario no tienen por qué ser sólo del médico, sino de cualquier profesional que se encuentre en el ámbito de la salud. Además, el estudio de la adherencia al tratamiento conlleva muchos comportamientos que están directamente relacionados con la salud y que van más allá de la toma del medicamento prescrito. Al definir la adherencia al tratamiento se intenta evitar la palabra *“instrucciones”*, ya que esto supone que el paciente se limita a cumplir las recomendaciones, y pone de manifiesto que *“la relación y el prestador de la asistencia sanitaria debe ser una asociación que recurra a las capacidades de cada uno”* (OMS, 2004). La adherencia necesita que el paciente esté de acuerdo en relación con las recomendaciones colaborando junto a los profesionales de la salud.

El estudio de la adherencia al tratamiento con respecto a enfermedades crónicas es bastante interesante, ya que actualmente se cree que las cifras de la falta de adherencia están cerca del 50% (Martín & Grau, 2005; Silva, Galeano & Correa, 2005). Según Martín y Grau (2005), alrededor de un 40% de los pacientes no cumple con las recomendaciones terapéuticas. Además este porcentaje baja al 20% cuando se trata de enfermedades agudas (aquella que tiene un inicio y un fin claramente definidos y es de corta duración) y se eleva al 45% en enfermedades crónicas (afecciones de larga duración y que progresan de manera lenta). Según Rodríguez (2001) cuando el tratamiento médico tiene una repercusión negativa en la vida de la persona, como por ejemplo que produzca efectos secundarios, el porcentaje de adherencia se hace mucho más bajo.

De las Cuevas, Peñate y de Rivera (2014) comprobaron que existe una congruencia entre lo que los pacientes prefieren y sus experiencias con el nivel de participación de los mismos en las decisiones que se toman con respecto a su tratamiento, que correlaciona con la adherencia al tratamiento. La falta de adherencia al medicamento prescrito hace que se obstaculice de manera significativa el éxito del tratamiento. Sabaté (2003) y De las Cuevas (2011) confirmaron que esto se asocia a que los resultados del tratamiento sean malos, a que haya un mayor número de recaídas, y por tanto un mayor aumento del coste económico en el sistema sanitario. Según Sabaté (2001) la adherencia al tratamiento está formada por múltiples factores que pueden combinarse entre sí y hacer que el paciente no se adhiera al tratamiento como pueden ser el equipo de cuidados en salud, los factores relacionados con el sistema, los factores relacionados con la condición, las características de las terapias y las características de cada paciente. De las Cuevas y Sanz (2016) llegaron al término *“concordancia”*, en el que el médico y el paciente acuerdan y dan su punto de vista antes y durante el tratamiento para que, con una total confianza, se llegue al punto de una adherencia no sólo en una dirección. Se debe tener en cuenta los valores y preferencias de los pacientes antes de comentar el tratamiento para que éste pueda entenderlo y así mejorar la adherencia. Un informe de IMS Health declara que el mal

uso de la medicación produce el 8% de gasto sanitario mundial, y que de este porcentaje, más de la mitad se produce por problemas de falta de adherencia.

Roebuck, Liberman, Gemmill- Toyama y Brennan (2011) estiman que en Estados Unidos muere una media de 125000 personas al año por el incumplimiento de las prescripciones terapéuticas y se crea un gasto que está alrededor de los 100 y 298 mil millones de dólares anuales, junto con el aumento del 10% en hospitalizaciones por el mismo motivo. Las mejoras en la adherencia a los tratamientos médicos hacen que, por definición, aumente el gasto en farmacia. Por tanto, a los reformadores de la salud y a los inversores les interesa conocer si los mayores costos de la farmacia están más que compensados por las reducciones en el uso de los servicios médicos. En ese caso, el beneficio financiero puede justificar la adopción de programas que promuevan el cumplimiento o que eliminen los obstáculos a la adhesión al tratamiento.

Se ha evidenciado (Sokol et al., 2005) que los pacientes que siguen las recomendaciones terapéuticas gozan de mejores resultados de salud y hacen un menor uso de los servicios de atención de urgencia y de hospitalización, en comparación con pacientes con condiciones médicas similares que no cumplen las prescripciones médicas.

Se ha observado (De las Cuevas, Peñate y Sanz, 2014) que las personas que presentan una mayor adherencia al tratamiento se debe mayoritariamente a las creencias y actitudes del paciente antes que a las variables objetivas como son las variables sociodemográficas como pueden ser la edad, el género, el nivel de educación, etc. También correlaciona la gravedad de la enfermedad, pero sin datos definitivos de si es exclusivamente por esta gravedad o por un cúmulo de factores externos.

La reactancia psicológica ha mostrado ser una de las variables psicológicas que puede estar relacionada con la medida en la que el paciente se compromete con el tratamiento (Brehm & Brehm, 2013). Se define la reactancia psicológica como una reacción afectiva aversiva que surge en el individuo cuando su autonomía se ve limitada o amenazada. La libertad de cada persona de poder escoger libremente cómo y cuándo llevar a cabo una conducta y la medida en que cada persona tiene conocimiento de esa libertad, influyen en que se genere la reactancia psicológica. Cuando la persona ve amenazada o reducida su capacidad de elegir sobre una conducta, se produce una activación que va en contra de la motivación. El miedo a que se produzca una pérdida más grande de libertad es lo que lleva a la persona a la agitación para poder restablecer la libertad amenazada. La reactancia psicológica se puede explicar por medio de cinco variables que son la expectativa de libertad, la fuerza de la amenaza, la importancia relativa de la libertad, la implicación de otras libertades y la legitimidad de la amenaza. Por tanto, existe una relación directa entre la autonomía del paciente y la reactancia psicológica, de forma que desde el momento en el que el paciente pueda ver condicionada su autonomía, va a reaccionar reclamándola. Las personas con alta reactancia tienden a tener un estilo de cambio centrado en sus propios recursos, decisiones personales e iniciativas propias, mientras que las personas con baja reactancia a menudo buscan ayuda para conseguir sus objetivos.

Se ha comprobado (De Almeida & Chen, 2008) que las sugerencias que se dan para llevar a cabo las recomendaciones médicas pueden producir reactancia, es decir, que el médico proponga un tratamiento ante un problema o enfermedad, lo que puede llevar a que los pacientes no sigan el tratamiento que se les ha mandado por el hecho de que esa falta de autonomía al elegir su propio tratamiento le reste libertad.

La reactancia psicológica puede ayudar a entender la implicación de los pacientes en comportamientos de salud que promueven el enfrentamiento con los síntomas, la adherencia al tratamiento y la prevención de recaídas.

En relación a estudios anteriores, el objetivo que ocupa el presente estudio es analizar la influencia de la reactancia psicológica, así como de las características sociodemográficas como la edad, el sexo y el nivel de educación que pueden determinar el nivel en la adherencia al tratamiento. Los objetivos específicos de este trabajo son conocer cómo se relacionan las variables sociodemográficas, la reactancia psicológica y el nivel de adherencia al tratamiento y conocer si existen diferencias significativas entre los grupos de baja y alta adherencia en esas variables.

La hipótesis que se plantea a continuación es que cuanto más baja sea la reactancia psicológica, mayor será la adherencia al tratamiento. Los resultados de un estudio (De las Cuevas, Peñate y Sanz, 2014) realizado sobre las variables sociodemográficas, psicológicas y la adherencia al tratamiento indicaron que la edad, el nivel educativo, la cantidad de fármacos prescritos, el locus de control sobre la salud y las actitudes hacia dicho tratamiento fueron significativos. Sin embargo, no se alcanzaron resultados significativos en las variables sexo, autoeficacia y diagnósticos psiquiátricos. En este estudio se comprobó la relación existente entre la reactancia psicológica y la adherencia al tratamiento, de forma que los resultados mostraron que, tal y como se esperaba, había mayor reactancia en los pacientes que eran menos adherentes. De esta forma, su estudio pudo confirmar la hipótesis de que los pacientes con una alta reactancia psicológica tendrían más probabilidades de no estar conformes que los pacientes con un nivel de reactancia bajo. Generalmente, los pacientes con una baja reactancia siguen las instrucciones y consejos del médico, mientras que las personas con una alta reactancia suelen resistirse a cualquier tipo de guía o ayuda, lo que hace que no sigan el tratamiento de la forma correcta.

MÉTODO

Participantes

En este estudio participaron 502 personas residentes en las Islas Canarias. El criterio de dicha muestra consistía en tomar cualquier tipo de medicación de forma asidua para algún problema de salud. Se les informó de qué trataba la investigación y dieron su consentimiento verbal para el uso de sus datos personales, respetando el anonimato. El estudio lo realizaron personas con un rango de edad de entre 17 y 70 años, de las cuales la mayor proporción fue de mujeres con un 71.7% frente al 28.3% de hombres. La media de edad es de 36.59 años con una desviación típica de 17.66. El nivel educativo de los participantes es variado, predominando los niveles de educación secundaria y universitaria con un 44.6% y 39.8% respectivamente, frente a un 11.8% de personas con estudios de educación primaria y un 3.8% que pueden leer y escribir.

Instrumentos

- Cuestionario de Creencias Personales en Salud (De las Cuevas & Peñate, 2017): está formado por 23 ítems tipo Likert de 6 puntos, que va desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 6 (totalmente de acuerdo) donde además se evalúan las variables locus de control, reactancia psicológica y BMQ (Beliefs about Medicine Questionnaire). Los ítems de la variable reactancia psicológica están basados en la Escala de Reactancia Psicológica de Hong –HPRS- (Hong & Faedda, 1996). Está formada por 14 ítems, con una escala de tipo Likert de 5 puntos, que va desde 1 (total desacuerdo) hasta 5 (total acuerdo), que miden tanto la reactancia cognitiva como la afectiva. Existe reactancia cuando se siente que la libertad propia está comprometida, lo que hace que se genere un comportamiento aversivo para volver a conseguir dicha libertad (Wallston, 1992). Se puede hablar de una buena consistencia interna de .76 para la reactancia afectiva y .62 para la reactancia cognitiva (De las Cuevas, Peñate, Betancort, & de Rivera, 2014).

- Para medir la adherencia al tratamiento se utilizó la escala “Experiencia con este medicamento” en el que se realizaron cinco preguntas sobre la experiencia de los pacientes con el medicamento. Las dos primeras preguntas se responden de manera dicotómica “Sí/No”. Las tres siguientes preguntas están formadas por tres opciones de respuesta. Estas cinco cuestiones enfatizan en la constancia de la medicación por parte del paciente y si la interrumpe voluntariamente de forma temporal o definitiva (una puntuación más alta se refiere a incumplimiento o falta de adherencia).

Procedimiento

Se seleccionaron los participantes, entre otros requisitos, por consumir algún tipo de fármaco recetado por un médico en la actualidad. Se les explicó en qué consistía la investigación y que sus datos estarían protegidos por el anonimato. Además, se les informó cómo deberían rellenar el cuestionario de forma correcta, y pidiéndoles un teléfono de contacto o correo electrónico para poder contactar con ellos en el caso de que fuera necesario.

Las instrucciones se explicaron de forma oral, pero además el cuestionario contaba con ellas de forma escrita. Se pasó a los participantes una batería compuesta por la escala que mide BMQ (Horne, Weinman & Hankins, 1999), reactancia psicológica (De las Cuevas, Peñate, Betancort & de Rivera, 2014) y locus de control, la escala de “Experiencia con este medicamento”, y además la escala de “Opiniones sobre el medicamento” que evalúa DAI (Drug Attitudes Inventory) (García, Alvarado, Agraz & Barreto, 2004), la cual está formada por una prueba con respuesta de tipo Likert de 10 ítems y 5 puntos que va desde 1 (totalmente desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). De esta última no se recoge información para esta investigación.

Se agruparon los niveles de alta y baja adherencia en dos grupos extremos, en el lado de alta adherencia se recogían las puntuaciones de “alta”, “buena” y “moderada” adherencia, mientras que el nivel bajo recogía los niveles de “pobre”, “muy pobre” y “abandono o suspensión del tratamiento”.

Análisis de datos

En este estudio se ha realizado un análisis de correlaciones de Pearson para observar la relación entre las variables reactancia psicológica y adherencia al tratamiento.

Por otro lado, se hizo una prueba de diferencias de medias utilizando la t de Student entre grupos de alta y baja adherencia en variables sociodemográficas (género, edad y nivel de educación) y reactancia psicológica. Todos los análisis estadísticos se realizaron mediante la versión 21 del programa estadístico SPSS.

RESULTADOS

En este estudio, la mayoría de los participantes muestra tener una moderada adherencia al tratamiento (43%), mientras que el resto tiene una buena adherencia (14.9%) o una pobre o muy pobre adherencia (18.3% y 7.6% respectivamente). El 13.3% de los participantes ha suspendido por su cuenta y de forma definitiva el medicamento y tan solo el 2.8% de los participantes poseen una alta adherencia, es decir, sigue el tratamiento correctamente y sin saltarse ninguna dosis.

Tabla 1. *Estadísticos descriptivos de las variables relevantes.*

	Media	Desviación típica
Adherencia	3.53	1.29
Reactancia psicológica	13.00	4.47

En la tabla 1, se observan los estadísticos descriptivos de las principales variables recogidas en esta investigación, es decir, del nivel de adherencia y de la reactancia psicológica.

Tabla 2. *Correlaciones entre variables sociodemográficas y reactancia psicológica con adherencia.*

	Género	Edad	Nivel educativo	Reactancia psicológica
Adherencia	-.01	-.15**	.01	.070**

** . p menor o igual a 0.01 * . p menor o igual a 0.05

En la tabla 2, se muestran los resultados de los análisis de correlación entre las variables sociodemográficas y de procesos psicológicos con la adherencia al tratamiento. Los resultados obtenidos en la adherencia al tratamiento, mostraron que la variable edad correlaciona negativamente con la adherencia al tratamiento, es decir, que los pacientes de mayor edad presentaron mayor adherencia al tratamiento. De igual forma, el nivel de adherencia al tratamiento correlaciona positivamente con la reactancia psicológica, lo que indica que a mayor reactancia psicológica mayor incumplimiento, es decir, menor adherencia.

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

	Baja adherencia (N=197)		Alta adherencia (N=305)		t de Student (Sig.)
	X	dt	X	dt	
Género	1.73	.44	1.71	.45	-.55
Edad	32.32	15.35	39.35	18.53	4.43 ***
Nivel educativo	2.26	.74	2.17	.82	-1.22
Reactancia psicológica	13.53	3.93	12.66	4.77	-2.23 ***

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

Con respecto a la tabla 3, los resultados del análisis diferencial entre los grupos de alta y baja adherencia en las variables sociodemográficas y la reactancia psicológica señalaron que los grupos de alta y baja adherencia se diferencian de manera significativa en la edad y reactancia psicológica. Las diferencias van en el sentido de que a mayor edad y a menor reactancia psicológica, mayor adherencia psicológica.

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio ha sido comprobar la relación que existe entre la adherencia al tratamiento, la reactancia psicológica y las variables sociodemográficas como el sexo, la edad y el nivel de educación. En los resultados de este estudio, se mostró que la adherencia al tratamiento y la reactancia psicológica correlacionan positivamente, lo que significa que cuanto mayor reactancia psicológica exista, menor será la adherencia al tratamiento. Se encontró que la mayoría de los participantes poseía una moderada adherencia, y el resto se repartió entre una buena, pobre o muy pobre adherencia. Del mismo modo, un número similar de participantes había dejado el tratamiento por su propia decisión, y un porcentaje casi ínfimo sigue el tratamiento de forma responsable sin saltarse una sola dosis.

Se encontraron diferencias significativas entre el grupo de alta y baja adherencia en la variable edad, de modo que los pacientes fueron más adherentes al tratamiento cuanto más edad tenían. Asimismo, se encontraron diferencias significativas en la reactancia psicológica en el sentido de que a mayor reactancia, menor adherencia. Por lo tanto, se comprueba la hipótesis que se plantea en este estudio de que a menor reactancia, mayor adherencia al tratamiento que se señalaba. Los resultados que se han obtenido en esta investigación concuerdan con estudios anteriores en los que se ha constatado también que la reactancia psicológica influye en la medida en que una persona se adhiere o no al tratamiento. En uno de los estudios (De las Cuevas, Peñate y Sanz, 2014) en referencia a la hipótesis que se planteaba, también se ha confirmado que los pacientes con alta reactancia se conforman menos que los de baja reactancia, lo que quiere decir que son menos adherentes. En este estudio se comprobó que entre los factores sociodemográficos, la edad fue la variable más relacionada con la adherencia en el sentido de que las personas de mayor edad eran las más adherentes al tratamiento, mientras que en una investigación (Fernández, 2006) se encontró que los pacientes mayores incumplían más el tratamiento y se planteó que alguno de los motivos por los cuales las personas de mayor edad son las que menos se adhieren a la medicación podían ser la cantidad de médicos que prescriben la medicación, la polimedicación y la dificultad de la determinación de la dosis en la que deben administrarse los medicamentos. De igual forma, De las Cuevas, Peñate y Sanz (2014), encontraron que los pacientes mayores eran menos propensos a ser adherentes. Sin embargo, posteriormente se comprobó que las personas de mayor edad eran las que más seguían las prescripciones terapéuticas (De las Cuevas de Leon, Peñate y Betancort, 2017).

En este estudio no se encontraron correlaciones significativas entre las variables sociodemográficas como el género o el nivel educativo con la adherencia al tratamiento, al contrario que en el estudio de De las Cuevas y Peñate (2015). Por otra parte, Herrera (2012) encontró que existían factores socioeconómicos que afectaban de manera negativa en la adherencia al tratamiento, causado principalmente por el bajo nivel educativo de los participantes.

En cuanto a las limitaciones de este estudio, es importante mencionar que el hecho de la toma de un medicamento de forma prolongada en el tiempo no asegura la cronicidad ni el hecho de que sea una enfermedad. Este es el caso de las

personas que pusieron como fármaco que tomaban con regularidad las pastillas anticonceptivas o métodos anticonceptivos hormonales en general, ya que en muchos de los casos, aunque pueda deberse su toma a algún tipo de afección como la endometriosis, el mayor número de casos las toman por prevención de embarazo. Por otro lado, otra de las limitaciones está relacionada con que los grados de adherencia se dividían en un principio de mayor a menor adherencia en: alta, buena, moderada, baja, muy baja y abandono definitivo del medicamento. Estas divisiones se han comprimido en sólo dos únicas opciones: alta adherencia o baja adherencia, lo que produce que una persona que presente por ejemplo una moderada adherencia se pueda considerar, con esta acotación, que tiene una adherencia tan buena como una persona que realmente tenga una alta adherencia al tratamiento. Por último, otra de las limitaciones que hemos encontrado es que el “Cuestionario de creencias personales en salud” (De las Cuevas & Peñate, 2017) está diseñado en gran medida para personas con problemas de salud mental, ya que alguno de los ítems parecen ser más adecuados para este tipo de enfermedades y sus medicaciones (con respecto a efectos que producen estos fármacos como sentirse más tranquilos al tomarlos). Un ejemplo de estos ítems sería “me siento raro/a, como un zombi con la medicación”. Además, en este cuestionario se ha utilizado sólo una medida para medir tanto la adherencia al tratamiento como la reactancia psicológica.

En cuanto a las futuras líneas de estudio, sería interesante que los participantes sean supervisados durante el momento de rellenar el informe 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. Asimismo, debería existir un mínimo de tiempo en la toma del medicamento para corroborar la cronicidad de la enfermedad, así como acotar el tipo de enfermedad que tiene el paciente, ya que, por un lado, el hecho o no de que una enfermedad sea crónica se ha evidenciado que está relacionado con una peor adherencia, lo que va a interferir de forma significativa en la adherencia al tratamiento (Martín & Grau, 2005; Silva, Galeano & Correa, 2005). Según Martín y Grau (2005), el tipo de enfermedad va a interferir de forma significativa en la adherencia al tratamiento. Si una persona tiene una enfermedad que le causa muchos problemas, es decir, que le causa muchos síntomas o tiene muchas molestias es probable que tenga una buena adherencia al tratamiento porque le interesa curarse. Sin embargo, si la persona tiene una enfermedad en la que prácticamente no tenga síntomas sino que los problemas que pueda producirle van a ser a largo plazo como podría ser el ejemplo de una persona con el colesterol alto, es posible que esta persona no se tome el tratamiento porque en el momento se siente bien, por lo que esto va a significar que existen más probabilidades de que su adherencia al tratamiento sea baja. Por tanto, es importante conocer el tipo de enfermedad que tiene cada persona porque no va a ser lo mismo una persona que esté teniendo síntomas en el momento que otra que no. Por otra parte, los efectos secundarios también pueden interferir en la adherencia al tratamiento, ya que es más probable que una persona no se tome la medicación si se encuentra mal por los efectos secundarios que puedan causarle el fármaco. Otro factor a tener en cuenta sería la toma de varias dosis de un medicamento o la toma de diversos fármacos, ya que es más fácil que los pacientes se olviden de tomar alguna dosis. Por último, también sería importante comprobar la influencia que tiene la variable socioeconómica a la hora de la adherencia al tratamiento. Un estudio (Yusuf et al., 2011) mostró que existían diferencias en

países con distintos niveles socioeconómico en diversas regiones del mundo, siendo las personas que vivían en zonas rurales con un nivel socioeconómico bajo las que tenían menos acceso a los medicamentos y, por tanto, las que menor adherencia presentaban.

Con vistas al futuro, un planteamiento a considerar relacionado con la reactancia psicológica sería el hecho de que tanto el médico como el paciente lleguen a un acuerdo en el que ambos se sientan cómodos con respecto al tratamiento a seguir, donde el médico le facilite toda la información disponible sobre su enfermedad, los efectos secundarios de los medicamentos suministrados, posibles alternativas, o cómo funciona el fármaco para que el paciente no sienta que desconoce por completo por qué debe tomarlo. Así, el paciente puede mostrar con total libertad sus valores, creencias, dudas y miedos, con el objetivo de que el paciente sienta que posee control sobre su situación, y esto provoque que se genere un vínculo que permita que se reduzca la reactancia psicológica y se produzca una buena adherencia al tratamiento.

Como conclusión, los resultados de este estudio han permitido conocer la importancia que tiene la relación entre la reactancia psicológica y la adherencia al tratamiento, ya que como se ha podido comprobar, la falta de adherencia parece estar relacionada con una alta reactancia psicológica.

REFERENCIAS

- Agirrezabala, J., Aguado, M., Aizpurua, I., Albizuri, M., Armendariz, M., y Barrondo, S. (2011). Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. *Liburukia*, 19(1), 1-6.
- Alfonso, L. M., y Abalo, J. A. G. (2014). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y salud*, 14(1), 89-99.
- Campíñez Navarro, M., Bosch i Fontcuberta, J. M., y Pérula de Torres, L. Á. (2015). Estudio de validación de la escala EVEM para evaluar la Entrevista Motivacional en consultas de atención primaria de salud.
- Crespillo-García, E., Rivas-Ruiz, F., Fernández, E. C., Muñoz, P. C., Alemán, G. S., y Pérez-Trueba, E. (2013). Conocimientos, percepciones y actitudes que intervienen en la adherencia al tratamiento en pacientes ancianos polimedicados desde una perspectiva cualitativa. *Revista de Calidad Asistencial*, 28(1), 56-62.
- 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.
- 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.
- De las Cuevas, C., Peñate, W., & Sanz, E. J. (2014). The relationship of psychological reactance, health locus of control and sense of self-efficacy with adherence to treatment in psychiatric out patients with depression. *BMC psychiatry*, 14(1), 1.
- De las Cuevas, C., & Peñate, W. (2015). Explaining pharmacophobia and pharmacophilia in psychiatric patients: relationship with treatment adherence. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 30(5), 377-383.
- De las Cuevas, C., y Peñate, W. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Morisky de Adherencia a los Medicamentos (MMAS-8-ítems) en pacientes psiquiátricos ambulatorios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(2).
- De las Cuevas, C., y 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.
- Fuster, V. (2012). Un problema alarmante en prevención secundaria: bajo cumplimiento (estilo de vida) y baja adherencia (farmacológica). *Revista española de cardiología*, 65, 10-16.

- Fumero Hernández, A., Quevedo, R. J. M., de las Cuevas Castresana, C., & Castro, W. P. (2016). Preferencias por las decisiones compartidas en pacientes con depresión/Depressive patients' preferences in shared decision-making. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(1).
- Herrera Guerra, E. (2012). Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. *Avances en Enfermería*, 30(2), 67-75.
- Lisón, L. F., Franco, B. B., Domínguez, B. V., García, T. M., Haro, J. U., y De La Llave, E. P. (2006). Errores de medicación e incumplimiento terapéutico en ancianos polimedicados. *Farmacia hospitalaria*, 30(5), 280-283.
- Ortiz, M., Ortiz, E., Gatica, A., y Gómez, D. (2011). Factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Terapia psicológica*, 29(1), 5-11.
- Roebuck, M. C., Liberman, J. N., Gemmill-Toyama, M., & Brennan, T. A. (2011). Medication adherence leads to lower health care use and costs despite increased drug spending. *Health affairs*, 30(1), 91-99.
- Sabate, E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción (Documento OMS traducido). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2004. *Consulta: el*, 15, 13.
- Sánchez, A. G. (2016). Adherencia al tratamiento. *Más dermatología*, (25), 3-4.
- Sokol, M. C., McGuigan, K. A., Verbrugge, R. R., & Epstein, R. S. (2005). Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Medical care*, 43(6), 521-530.
- Tobar, P. C. A. E. (2011). Adherencia y resistencia de los pacientes hipertensos al tratamiento médico que incluye cambios en el modo de vida. *Santiago*.
- Yusuf, S., Islam, S., Chow, C. K., Rangarajan, S., Dagenais, G., Diaz, R., ... & Kruger, A. (2011). Use of secondary prevention drugs for cardiovascular disease in the community in high-income, middle-income, and low-income countries (the PURE Study): a prospective epidemiological survey. *The Lancet*, 378(9798), 1231-1243.