

IMPLICACIONES DEL LOCUS DE CONTROL EN LA ADHERENCIA A LA
MEDICACIÓN CONTRACEPTIVA

Alumnos:

Carlos Gorrín, Raúl A.

Delgado Aguiar, Adrián

Tutores:

Fumero Hernández, Ascensión

Peñate Castro, Wenceslao

Trabajo de Fin de Grado de Psicología.

Facultad de Ciencias de la Salud. Sección de Psicología y Logopedia.

Universidad de La Laguna.

Curso académico 2017-18.

Resumen

En la actualidad la adherencia al tratamiento sigue siendo uno de los retos a afrontar por parte de los profesionales de la salud, siendo un factor de gran relevancia para la mejora y el mantenimiento de la salud en distintos tipos de tratamientos, pudiendo provocar su ausencia un empeoramiento de los síntomas. Los anticonceptivos orales son uno de los métodos contraceptivos más utilizados por las mujeres, especialmente entre las jóvenes, sin embargo, se han asociado a una baja adherencia frente otros métodos anticonceptivos. El locus de control propio de cada persona puede ser de importancia en la toma de la medicación debido a que la percepción que se tiene sobre los resultados obtenidos a través de nuestras acciones podría estar mediando en la adherencia. En el presente estudio se analizó la adherencia al tratamiento en una muestra de 240 mujeres que seguían un tratamiento contraceptivo oral con el objetivo de ver la influencia que tiene el locus de control. Los resultados obtenidos muestran una relación negativa entre el locus de control externo de azar y el nivel de adherencia, así como entre la edad y la adherencia. Además, se observaron diferencias marginales entre los grupos de alta y baja adherencia, teniendo el grupo de alta adherencia menor locus de control externo.

Abstract

Nowadays treatment adherence is one of the main challenges to face among healthcare professionals, being a factor of great relevance for the improvement and maintenance of health in different types of treatment, his lack could cause a worsening of symptoms. Oral contraceptives are one of the most used contraceptive methods by women, especially among young ones, however, they have been associated with low adherence to other types of contraceptive methods. The individual control locus of each person can play a great importance in the taking of the medication because the perception that it has on the result obtained through our actions could be mediating in the adherence. In the present study, the adherence to threatment was analyzed in a sample of 240 women who followed an oral contraceptive treatment in order to see the influence of the different locus of control. The results obtained show a negative relationship between the external control locus of chance and the level of adherence, as well as between age and adherence. In addition, marginal differences were observed between the high and low adherence groups, with the high adherence group having a lower locus of external control.

Introducción

Los anticonceptivos hormonales orales (ACO) son uno de los métodos más elegidos por las mujeres jóvenes (Adarve-Hidalgo, Falguera y Seguranyes, 2016). El 27.5% de las mujeres en edades comprendidas entre los 20 y 29 años, son las que toman este contraceptivo por su fácil uso y su elevada eficacia. Un informe realizado en 1992 en Estados Unidos ofrece como datos que el 30% de las mujeres que se encuentran en edad reproductiva, 18 millones, utilizan ACO y un 80% de todas las mujeres del país los usaran alguna vez en su vida (Ortho Pharmaceutical Corporation, 1993). En los Países Bajos el 41% de las mujeres entre los 16 y 49 años, 1.5 millones, hacen uso de este método anticonceptivo. De forma estimada se encuentra que 1614 por cada 100.000 usuarias de los ACO evitan la hospitalización por los efectos protectores de la misma (Hatcher, Trussell, Stewart, Stewart, Kowal, Guest, et al., 1994; Vademecum gezondheidsstatistiek Nederland, 1994). La efectividad de los ACO es superior al 99%, pero en condiciones reales disminuye hasta un 91-92% (Organización Mundial de la Salud, 2011). Debido al incumplimiento del tratamiento, la toma diaria de los anticonceptivos orales presenta una efectividad menor. La mayoría de las mujeres que optaron por ACO, argumentaban que este método ofrecía un patrón menstrual regular y era un método sencillo. Aquellas mujeres que preferían otro método anticonceptivo argumentaban que rechazaban las ACO por su uso diario y probabilidad de olvido. (Vennix, 1990) en su estudio un 51% de las encuestadas reportaron haber olvidado tomar una pastilla el último año, 20% no tomaron varias en el último año, 4% dos o más de forma mensual y el 25% nunca olvidaban tomarla. Muchas mujeres no conocían que procedimiento seguir tras un olvido. Como resultado, los contraceptivos orales se han asociado a una menor adherencia comparados con otros métodos de uso no diario (Gómez, Lozano, Velázquez, Marrugo y Torres, 2015). Rosenberg y Waugh (1998) demostró que la mayoría de las mujeres que abandonaron el tratamiento lo hicieron en los 2 primeros meses y 11 de 15 lo hicieron en el primer mes. Transcurridos tres meses la adherencia aumentaba, siendo más probable que continuaran con el tratamiento. De las 293 usuarias que abandonaron el tratamiento el 42% lo hizo sin consultar a un profesional.

Grubb (1987) demostró la existencia de un gran número de percepciones erróneas por parte de las mujeres que tomaban ACO, estas percepciones se relacionaban con creencias tales como, que el uso de estos fármacos podía provocar enfermedades cardiovasculares o cáncer. Otros investigadores refutaron estos datos hallando que había

una ambivalencia en el uso, asumiendo la mayoría de las encuestadas (60%) que toman ACO durante periodos largos de tiempo que pueden desarrollar problemas de salud siendo los más citados cáncer y enfermedades cardiovasculares.

Potter (1992) elaboró una serie de siete factores relacionados a un cumplimiento deficitario de la toma de ACO siendo estos el estado de salud, ser sexualmente activa, padecer efectos secundarios derivados de la toma de la medicación, rumores y temores relacionados con el padecimiento de posibles enfermedades como el cáncer, bajo conocimiento de los factores beneficiosos de los ACO, poca confianza en el método anticonceptivo y baja seguridad en la decisión de no concebir.

García y Arranz (2014) explicaron con qué fines se utiliza los ACO y las reacciones adversas que pueden producir. Aparte de proteger de embarazos no deseados, se utilizan para la regulación del ciclo menstrual, hirsutismo, ovarios poliquísticos o acné femenino, entre otros. Un 61.5% de las mujeres lo han utilizado como anticonceptivo, un 18.2% como regulador hormonal y con ambos usos un 20.3%. Las reacciones adversas más frecuentes fueron: ganancia de peso, cefaleas, náuseas, alopecia y manchado irregular. Muchos de estos efectos adversos suelen disminuir con el uso frecuente del mismo método ACO, siendo solo el 30.8% de las mujeres que toman contracepción oral han experimentado al menos una reacción adversa. El efecto secundario más frecuente es el aumento de peso (14%), aunque no hay estudios que relacionen el uso de anticonceptivos hormonales y el aumento de peso. El segundo efecto secundario más frecuente son las cefaleas (13.3%), tienen lugar al principio del tratamiento y suelen mejorar con el uso continuado. Y, el manchado irregular es el tercer efecto adverso más frecuente (11.9%), sobre todo en las mujeres que llevaban menos tiempo con los anticonceptivos. Sobre las causas del abandono o fallo terapéutico de los ACO, Hincapié-García, Quintero-Agudelo, Gaviria, Estupiñán-Cabrera y Amariles (2013), encontraron que el 70% de las mujeres encuestadas reconocían haberse olvidado de la toma del anticonceptivo al menos una vez al mes, siendo esta cifra superior a la esperada (39-65%). Esta alta incidencia puede estar causada por los eventos adversos asociados al método contraceptivo. Estas reacciones adversas provocan una disminución de la adherencia por el malestar que pueden producir del tratamiento y por los olvidos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013), definió la adherencia al tratamiento como: “el grado en el que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas por un proveedor de asistencia sanitaria”. Para la OMS, el incumplimiento del tratamiento a largo plazo para las enfermedades crónicas es

un grave problema para la salud pública, a nivel mundial, siendo esta falta de adherencia la principal causa de que los pacientes no obtengan los beneficios necesarios que proporciona el medicamento. Esta complicación reduce drásticamente la calidad de vida de los pacientes. Ortiz y Ortega (2011) tratan la importancia de la adherencia en los modelos sociocognitivos de creencias sobre la salud en pacientes con hipertensión. Explicaron que la deficiencia en la adherencia tiene consecuencias adversas tanto para el paciente como para el sistema sanitario, provocando en este último caso un incremento del coste económico y la calidad de la asistencia sanitaria ofrecida a la población. Las consecuencias para el paciente son un empeoramiento de la calidad de vida, complicaciones progresivas que producirán un mayor sufrimiento, recaídas o crisis, y avance de la enfermedad. También, cabe destacar que hay factores que favorecen la adherencia, como: la calidad de la relación médico-paciente, las características del tratamiento terapéutico, características de la enfermedad y las variables del entorno social y del propio paciente. Estos factores juegan un papel importante a la hora de seguir conductas saludables, siendo estas conductas aprendidas. Como producto del aprendizaje, surgen valores, creencias y expectativas que facilitan o perjudican las conductas de salud hacia el tratamiento. Esto es un punto de interés en nuestro estudio, cómo pueden las creencias sobre la salud, principalmente los locus de control en salud, favorecer la adherencia al tratamiento.

Zimbardo (1990) define el locus de control como: “La orientación del locus de control es la creencia según la cual los resultados de nuestras acciones están supeditados a lo que hacemos (orientación interna de control) o son resultado de eventos que fuera de nuestro control personal (orientación externa de control)”. En relación con la salud, se refiere a la creencia que tiene una persona sobre las causas y consecuencias de su salud. Una persona con locus de control interno en salud atribuye su estado a los resultados de su conducta, en cambio, una persona con locus de control externo en salud cree que su estado es a causa del azar o intervención de otras personas como un profesional de la salud (Wallston, 1992). Fumero, Marrero, De las Cuevas y Peñate (2016) investigaron los procesos psicológicos asociados a la preferencia por las decisiones compartidas sobre el tratamiento en el caso de la depresión. Se observó que los pacientes prefirieron un papel activo o pasivo en la toma de decisiones en función del locus de control. En su estudio, mostraron que los hombres tenían mayor locus de control interno que las mujeres, mientras que ellas tenían un locus externo de azar. Por tanto, los hombres mostraban estar más involucrados en la toma de decisiones sobre su tratamiento que las mujeres. En suma,

el locus de control ha mostrado ser una variable relevante a la hora de que el paciente se involucrara en su tratamiento. Por otra parte, se ha comprobado que tener un locus de control interno era un buen predictor de la adherencia al tratamiento, ya que favorecía la determinación de esas personas a seguirlo (Lugli, 2011). En cambio, el locus de control externo no ayudaba a la hora de mantener el tratamiento, porque las personas creían que se debía a una casualidad, haciendo que no buscaran una solución y abandonaran el tratamiento. Litt y Glader (1987), hallaron que de las mujeres motivadas internamente para la toma de la medicación puede esperarse una mejor adherencia que las motivadas externamente. Pudiendo estar relacionado con la autoestima, identificando como un factor de riesgo para la baja adherencia el tener una baja autoestima y por consiguiente poder llegar a representar un riesgo de maternidad no planeada.

Investigaciones previas en el campo de la adherencia a ACO han mostrado resultados contradictorios en relación con los factores implicados en el mantenimiento del tratamiento. Rosenberg y Waugh (1998) destacaron entre sus resultados que las variables como efectos secundarios derivados del tratamiento, la edad o la calidad de la información sobre el medicamento no llegaron a resultar significativos para la predicción de la adherencia. Además, añadieron que los factores demográficos, como son el matrimonio o el nivel educativo, y psicológicos, en este último destaca el locus de control de salud interno, no fueron predictores del abandono del tratamiento. Destacaron finalmente que los efectos secundarios fueron los motivos más argumentados para el abandono y que lo único capaz de predecir la interrupción fue el comienzo reciente de la toma del fármaco. Atkins y Fallowefield (2006) investigaron los factores asociados a la falta de adherencia entre mujeres que estaban recibiendo un tratamiento contra el cáncer de mama. Siendo las mujeres más jóvenes las que menor nivel de adherencia mostraban. Hegazi, Bailey, Ahadzie, Alabi y Peterson (2010), examinaron la relación de la educación de los pacientes con la adherencia al tratamiento antirretroviral. Los pacientes que han recibido un programa educativo han mostrado mejores resultados en la adherencia al tratamiento que los que no han recibido esa formación. Estos resultados contrastan con los obtenidos por Deijen y Kornaat (1997) que un año antes habían hallado un efecto positivo en la actitud y la adherencia cuando se suministraba información adicional al igual que demostraron que los abandonos del tratamiento se caracterizaban más por el locus de control externo.

La adherencia al tratamiento también ha sido estudiada en otros contextos como el psiquiátrico, cuyos resultados pueden resultar extrapolables y permiten elaborar hipótesis sobre la adherencia en otros fármacos. De las Cuevas, Peñate y Sanz (2014) identificaron que la edad fue lo que tuvo mayor correlación con la adherencia en una muestra de pacientes psiquiátricos con depresión. De las Cuevas, Peñate y Rivera (2014) demostraron que la mayoría de los pacientes psiquiátricos prefieren un rol colaborativo en la toma de decisiones, destacando que les gustaría una participación más activa de la actual, siendo la adherencia autoinformada mayor entre aquellos pacientes donde existía una concordancia entre sus preferencias y su participación en la toma de decisiones. Destaca la alta concordancia encontrada entre psiquiatras y sus pacientes en relación con la adherencia hallada en la investigación de De las Cuevas, Peñate y Sanz (2013) cuando el tratamiento era prolongado, cuando la imagen que tiene el usuario de la medicación es positiva, percibiendo los psiquiatras niveles menores de adherencia cuando la medicación es dañina.

El objetivo principal de esta investigación fue comprobar si el locus de control tiene influencia en la adherencia al tratamiento anticonceptivo oral. Basándonos en resultados obtenidos en investigaciones anteriores, se plantean las siguientes hipótesis: el nivel educativo no tendrá relación con el nivel de adherencia; los efectos secundarios reales y los posibles riesgos percibidos podrán perjudicar la continuidad del tratamiento; y la edad de la paciente es relevante para la adherencia al tratamiento. Además, se espera que el locus de control interno y externo podrán tener un papel relevante en la adherencia al tratamiento.

Método

Participantes

Para la realización de este estudio se ha contado con una muestra de 240 mujeres que residían en la isla de Tenerife y se encontraban tomando un método anticonceptivo oral. Las edades de las encuestadas se encontraban entre los 17 y los 49 años, situándose la media de edad en los 22 años y con una desviación típica de 4.12. Entre la muestra que respondió a los cuestionarios encontramos que el 0.8% presenta un nivel educativo bajo, frente a la mayoría que informa de un nivel educativo medio, 62.71%. El 37.1% restante tiene un nivel educativo alto. Los cuestionarios fueron administrados entre el 16 de febrero y el 23 de marzo de 2018.

Instrumentos

Para recoger y evaluar la información se ha usado el Cuestionario de Creencias Personales en Salud (De las Cuevas y Peñate, 2017). Está constituido por 23 ítems con escala tipo likert de 1 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo). Este cuestionario evalúa las creencias personales sobre la salud. Está compuesto por los ítems más significativos de los siguientes instrumentos:

Drug Attitude Inventory (DAI-10) (Hogan, Awad y Eastwood, 1983). Se trata de un autoinforme compuesto por 10 ítems que mide la actitud que muestran los pacientes hacia su medicación psicológica. Las puntuaciones obtenidas se sitúan en un rango de -10 a 10, donde una puntuación negativa indica una mala actitud hacia la medicación farmacológica y en el caso contrario una mejor actitud hacia la misma.

Multidimensional Health Locus of Control scale Form C (MHLC-C) (Wallston, Stein y Smith, 2010) autoinforme compuesto de 18 ítems que mide el locus de control de salud. Consta de cuatro subescalas que miden locus de control interno, externo de azar y doctores.

Hong Psychological Reactance Scale (HPRS) (Hong y Page, 1989). Autoinforme de 14 ítems que mide la reactancia psicológica y está compuesto por dos subescalas, la emocional y la cognitiva.

A través del cuestionario BMQ (Horne y Weinman, 1999) compuesto por 10 ítems de escala tipo likert de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo) se evalúa la percepción que se tiene hacia el medicamento y los efectos que tiene en su vida diaria. Existe una versión validada para población española (De las Cuevas, Rivero-Santana, Perestelo-Perez, Gonzalez-Lorenzo, Perez-Ramos y Sanz, 2011)

La adherencia al tratamiento fue medida mediante el Sidorkiewicz adherence tool (Sidorkiewicz, Tran, Cousyn, Perrodeau y Ravaud, 2016) compuesto por 5 preguntas en las que existen de dos a tres respuestas posibles, siendo las dos primeras de respuesta dicotómica (Si/No) y las tres siguientes de multirrespuesta acompañadas de figuras y ejemplos. Se usó la versión española validada (De las Cuevas, Peñate, García de Cecilia y De Leon, 2017; De las Cuevas, Motuca, Baptista y de Leon, 2018).

Procedimiento

Para la realización de la investigación se buscó una muestra que estuviera tomando medicación contraceptiva de forma habitual. A las participantes se les explicó de forma individual que con las pruebas se pretendía evaluar su opinión en relación con la salud y, posteriormente, sobre el medicamento que está tomando en la actualidad. Se destacó que toda la información sería tratada de forma confidencial, anónima y con el único fin de elaborar un trabajo de fin de grado para el grado de psicología. Durante el tiempo en el que la participante se encontraba respondiendo el cuestionario se le aclaró cualquier duda o cuestión que le surgiera. Cuando finalizaba se le agradecía su colaboración en la investigación.

Análisis de datos

Para el análisis de la información recogida y su posterior interpretación se hallaron los estadísticos descriptivos y se realizará un análisis de correlaciones de Pearson, así como un contraste de medias que nos permitirá comprobar la relación entre las variables y la adherencia terapéutica.

Resultados

Los resultados obtenidos nos informan que la gran mayoría de las pacientes tiene un nivel alto de adherencia (68.8%), seguido por un nivel de adherencia moderada (26.3%), un 2.9% alcanzó un nivel de buena adherencia mientras que 2.1% fue pobre. En la tabla 1, se muestran los estadísticos descriptivos de las variables relevantes para nuestro trabajo.

Tabla 1: Estadísticos descriptivos (N=240).

| Variables | Media | Desviación Típica |
|-----------------------------------|-------|-------------------|
| Nivel de adherencia | 4.38 | 0.95 |
| Nivel educativo | 2.36 | 0.50 |
| Locus de control interno | 12.40 | 3.54 |
| Locus de control externo azar | 7.40 | 2.94 |
| Locus de control externo doctores | 13.42 | 2.68 |

El análisis de las correlaciones entre las variables nivel de adherencia, nivel educativo, locus de control interno, locus de control externo al azar y locus de control externo doctores se muestran en la tabla 2. Destaca una correlación significativa y negativa entre locus de control externo de azar y el nivel de adherencia ($r = -0.132$).

Tabla 2: Resultados de las correlaciones de las variables.

| Variables | Nivel de Adherencia |
|-----------------------------------|---------------------|
| Nivel educativo | 0.086 |
| Locus de Control Interno | 0.040 |
| Locus de Control Externo Azar | -0.132* |
| Locus de Control Externo Doctores | -0.68 |

$p < 0.05^*$

El contraste de medias mostró un resultado significativo en la edad por lo que a mayor edad la adherencia es menor. En relación con el locus externo de azar, encontramos que el grupo de menor adherencia tiene un mayor locus de control externo (Tabla 3).

Tabla 3: Contraste de medias entre los grupos de alta y baja adherencia al tratamiento.

| | Grupo de Adherencia Alto | | Grupo de Adherencia Bajo | | t |
|-----------------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|-------------------|--------|
| | Media | Desviación Típica | Media | Desviación Típica | |
| Edad | 22.72 | 4.56 | 21.74 | 2.50 | -2.14* |
| Nivel educativo | 2.38 | 0.51 | 2.31 | 0.47 | -1.05 |
| Locus de control interno | 12.52 | 3.65 | 12.21 | 3.29 | -0.62 |
| Locus de control externo azar | 7.20 | 3.05 | 7.97 | 2.80 | 1.81 † |
| Locus de control externo doctores | 13.30 | 2.66 | 13.74 | 2.69 | 1.15 |

$p < 0.10 \dagger$; $p < 0.05^*$

Discusión

Esta investigación tuvo como objetivo comprobar si el locus de control afecta a la adherencia al tratamiento anticonceptivo oral. De los factores sociodemográficos analizados, la edad muestra diferencias significativas entre el grupo de alta adherencia y el de baja adherencia. Las mujeres de mayor edad muestran una menor adherencia que las mujeres de menor edad. En relación con los factores psicológicos, el locus de control externo de azar ha tenido una correlación negativa significativa con la adherencia. Además, existen diferencias entre los grupos de alta y baja adherencia, teniendo el grupo de alta adherencia un bajo locus de control externo.

De los factores psicológicos estudiados, los resultados del estudio de Fumero, Marrero, De las Cuevas y Peñate (2016), mostraron que las mujeres suelen presentar un locus de control externo de azar a la hora de seguir un tratamiento, teniendo un papel pasivo en la toma de decisiones. Deijen y Kornaat (1997) demuestran que uno de los principales factores relacionado con el abandono de un tratamiento es el locus de control externo. Además, se ha observado que el locus de control interno no desempeña un papel significativo en la mejora de la adherencia al tratamiento (Rosenberg y Waugh, 1998; De las Cuevas, De Leon, Peñate, y Betancort, 2017). También De las Cuevas, De León, Peñate y Betancort (2017), mostraron que un locus de control interno no beneficiaba a los pacientes psiquiátricos en el mantenimiento de su terapia. En cambio, otros estudios han mostrado que el locus de control interno juega un papel importante en el mantenimiento del tratamiento, viéndose beneficiados los pacientes que creen que la mejora en su estado de salud es consecuencia de sus actos (Lugli, 2011; Litt y Glader, 1987; De las Cuevas, Peñate y Rivera, 2014).

En referencia a los factores sociodemográficos, el estudio realizado por De las Cuevas, Peñate y Sanz (2014), se obtuvo que la edad en una población psiquiátrica tenía una relación significativa con la adherencia al tratamiento. Hegazi, Bailey, Ahadzie, Alabi, y Peterson (2010), relacionó el nivel educativo con la adherencia al tratamiento antirretroviral, observándose una mejora en el mantenimiento del tratamiento en los pacientes que han tenido un programa educativo. En esta línea de investigación Atkins y Fallowfield (2006), mostraron que las mujeres de menor edad tenían mayores dificultades para seguir el tratamiento frente a las de mayor edad. Junto con estos resultados, Rosenberg y Waugh, mostraron que factores demográficos como el nivel educativo y la edad no guardaban relación con la adherencia.

Estas investigaciones apoyan los resultados que hemos obtenido en este estudio, siendo las variables edad, nivel educativo y locus control externo de azar las más relevantes para el mantenimiento del método contraceptivo y las que cuentan con más apoyo, en cambio, el locus de control interno no ha mostrado estar asociado a la adherencia al tratamiento contraceptivo. Aunque hay diversos estudios que han obtenido resultados que contradicen a los nuestros, en las variables de locus de control interno, edad y nivel educativo. En relación con la primera variable, se ha observado que es un factor importante para seguir un tratamiento, y en las otras dos variables, no se ha encontrado ninguna relación significativa que demuestre que influyen en la adherencia a una terapia.

En conclusión, las variables sociodemográficas tienen importancia a la hora de seguir y mantener un tratamiento, siendo la edad el factor más significativo y el nivel educativo influye en cierta medida en la adherencia. En relación a las variables psicológicas estudiadas encontramos que el locus de control externo es también una de las variables más destacables, perjudicando a las mujeres a seguir el tratamiento anticonceptivo. Por último, otras variables como el locus de control interno y el locus control externo de doctores no han mostrado ninguna significación en este estudio, mostrando que no afectan en la adherencia al tratamiento.

Es necesario la realización de más estudios que relacionen la adherencia al tratamiento con el locus de control, ya que hay muy pocos estudios y no son actuales. Sería de interés estudiar una posible relación entre el tiempo que se lleva tomando el método anticonceptivo en relación con el nivel de adherencia. También sería recomendable e interesante en futuras investigaciones ampliar la muestra y comprobar si hay influencia cultural y étnica en la toma de ACO.

Referencias

- Adarve-Hidalgo, E., Falguera, G. y Seguranyes, G. (2016). Adherencia y cumplimiento del método anticonceptivo hormonal oral. *Matronas Profesión*, 17(1), 28-34.
- Atkins, L., & Fallowfield, L. (2006). Intentional and non-intentional non-adherence to medication amongst breast cancer patients. *European Journal of Cancer*, 42(14), 2271-2276.
- Deijen, J. B. y Kornaat, H. (1997). The influence of type of information, somatization, and locus of control on attitude, knowledge, and compliance with respect to the triphasic oral contraceptive Tri-Minulet. *Contraception*, 56(1), 31-41. DOI: 10.1016/S0010-7824(97)00071-1
- De las Cuevas, C., Peñate, W., de Cecilia, J. M. G., y de Leon, J. (2017). Predictive validity of the Sidorkiewicz instrument in Spanish: Assessing individual drug adherence in psychiatric patients. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. DOI: 10.1016/j.ijchp.2017.11.003
- De Las Cuevas, C., Peñate, W. y Rivera, L. (2014). To what extent is treatment adherence of psychiatric patients influenced by their participation in shared decision making? *Dovepress*, 8, 1547-1553. DOI: 10.2147/PPA.S73029
- De las Cuevas, C., Peñate, W. y Sanz, E. J. (2013). Psychiatric outpatients' self-reported adherence versus psychiatrists' impressions on adherence in affective disorders. *John Wiley & Sons*, 28(2),142-150. DOI: 10.1002/hup.2293
- De las Cuevas, C., Peñate, W. y Sanz, E. J. (2014). The relationship of psychological reactance, health locus of control and sense of self-efficacy with adherence to treatment in psychiatric outpatients with depression. *BMC Psychiatry*, 14, 324. DOI: 10.1186/s12888-014-0324-6
- De Las Cuevas, C., De Leon, J., Peñate, W., y Betancort, M. (2017). Factors influencing adherence to psychopharmacological medications in psychiatric patients: A structural equation modeling approach. *Patient Preference and Adherence*, 11, 681-690. DOI: 10.2147/PPA.S133513
- 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 outpatient samples recruited in Spain, Argentina, and Venezuela. *Patient Preference and Adherence*, 12, 301-310. DOI: 10.2147/PPA.S158443

De las Cuevas, C., Rivero-Santana, A., Perestelo-Perez, L., Gonzalez-Lorenzo, M., Perez-Ramos, J. y Sanz, E. J. (2011). Adaptation and validation study of the Beliefs about Medicines Questionnaire in psychiatric outpatients in a community mental health setting. *Human Psychopharmacology*, 26(2), 140-146. DOI: 10.1002/hup.1185

Fumero Hernández, A., Marrero Quevedo, R. J., De las Cuevas Castresana, C. & Peñate Castro, W. (2016). Preferencias por las decisiones compartidas en pacientes con depresión. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(1), 249-259. DOI: 10.14718/ACP.2016.19.1.11

García Sevillano, L. y Arranz Madrigal, E. (2014). Estudio de las reacciones adversas de los anticonceptivos hormonales desde la farmacia comunitaria. *Pharmaceutical Care España*, 16(3), 98-109.

Gómez Sánchez, P., Lozano, F., Velásquez, A., Marrugo, M. y Torres, L. (2015). Impacto de la asesoría sobre anticoncepción en la selección de métodos hormonales combinados en Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 37(6), 395–401.

Grubb G. S. (1987). Women's perceptions of the safety of the pill: a survey in eight developing countries. Report of the perceptions of the Pill Survey Group. *J Biosoc Sci*, 19, 313-21.

Hatcher, R. A., Trussell, J., Stewart, F., Stewart, G. K., Kowal, D., Guest, F., et al. (1994). *Contraceptive technology*. New York, Irvington Publishers.

Hegazi, A., Bailey, R.L., Ahadzie, B., Alabi, A. y Peterson, K. (2010). Literacy, education and adherence to antiretroviral therapy in The Gambia. *Taylor & Francis*, 22(11), 1340-1345. DOI: 10.1080/09540121003693514

Hincapié-García, J. A., Quintero-Agudelo, M., Gaviria, J., Estupiñán-Cabrera, H. y Amariles, P. (2013). Causas de abandono, cambio o fallo terapéutico de la anticoncepción hormonal en mujeres universitarias. *CES Medicina*, 27(2), 153-162.

- Hogan, T. P., Awad, A. G. y Eastwood R. A. (1983). Self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychological Medicine*, 13, 177-183
- Hong, S-M., y Page, S. (1989). A psychological reactance scale: development, factor structure and reliability. *Psychological Reports*, 64, 1323-1326.
- Horne, R. y Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of psychosomatic research*. 47(6), 555–567.
- Kenneth, A., Wallston, M. J., Stein, C. A. y Smith (1994). Form C of the MHLC Scales: A Condition-Specific Measure of Locus of Control. *Journal of personality assessment*, 63(3), 534-553
- Litt, I. F. y Glader, L. (1987). Follow-up of adolescents previously studied for contraceptive compliance. *Journal of Adolescent Health Care*, 8, 349-351
- Lugli Rivero, Z. (2011). Autoeficacia y locus de control: variables predictoras de la autorregulación del peso en personas obesas. *Pensamiento psicológico*, 9(17), 43-56.
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos* (4.ª ed.) Ginebra: OMS.
- Ortho Pharmaceutical Corporation (1993). *Report on the 1992 Ortho annual birth control survey*. Ortho Pharmaceutical.
- Ortiz Viveros, R. G. y Ortega Herrera, E. (2011). Capacidad predictiva de la adherencia al tratamiento en los modelos sociocognitivos de creencias en salud. *Psicología y Salud*, 21(1), 79-90.
- Potter L. (1992). Pill' failure and the importance of correct use. *Fertil Control Review* 1,3-10.
- Rosenberg, M. J., & Waugh, M. S. (1998). Oral contraceptive discontinuation: a prospective evaluation of frequency and reasons. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 179(3), 577-582.

- Sidorkiewicz, S., Tran, V.T., Cousyn, C., Perrodeau, E. y Ravaud, P. (2016). Development and validation of an instrument to assess treatment adherence for each individual drug taken by a patient. *BMJ Open*, *6*(5), 1-11. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-010510
- Vademecum gezondheidsstatistiek Nederland (1994). *Voorburg/Heerlen/Rijswijk*. The Netherlands: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Vennix, P. (1990). *De pi en haar alternatieven*. The Netherlands: Eburon.
- Wallston, K. A. (1992). Hocus-pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health. *Cognitive Therapy and Research*, *16*, 183-199. DOI: 10.1007/BF01173488
- Wallston, K. A., Stein, M. J. y Smith, C. A. (2010). Form C of the MHLC Scales: A Condition-Specific Measure of Locus of Control, *Journal of Personality Assessment*, *63*(3), 534-553, DOI: 10.1207/s15327752jpa6303_10
- World Health Organization (2013). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Ginebra, WHO.
- Zimbardo, P., & Díaz Loving, Rolando. (1990). *Psicología y vida* (4º ed.). Mexico: Pearson.