

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS Y  
PREFERENCIAS DE PARTICIPACIÓN EN  
RELACIÓN CON LA ADHERENCIA AL  
TRATAMIENTO

Sosa Quesada, Diana

Tutores: Fumero Hernández, Ascensión y Peñate Castro, Wenceslao

Trabajo de Fin de Grado de Psicología

Universidad de La Laguna

Curso académico 2015/2016

## **Resumen**

Objetivo: analizar la relación existente entre la adherencia al tratamiento en pacientes con depresión y los factores sociodemográficos, clínicos y las preferencias de participación. Método: 462 pacientes psiquiátricos con trastornos afectivos fueron evaluados en factores sociodemográficos y clínicos, adherencia al tratamiento y en el grado de control que asumen cuando toman decisiones acerca del tratamiento. Resultados: las características sociodemográficas y clínicas relacionadas con la adherencia al tratamiento fueron la edad, el tiempo de tratamiento y la preferencia elegida para la toma de decisiones. Con respecto a la variable de preferencias, la comparación entre los grupos indicó que el grupo con puntuaciones más elevadas en adherencia al tratamiento fue el grupo activo. Conclusiones: la adherencia al tratamiento está comprometida principalmente por la edad, el tiempo de tratamiento y por la preferencia de participación activa hacia el tratamiento.

Palabras clave: depresión, toma de decisión compartida, preferencia de participación, tratamiento, psicología.

## **Abstract**

Objective: To analyze the relationship between adherence to treatment in patients with depression and sociodemographic factors, clinical and preferences for participation.

Method: 462 psychiatric patients with affective disorders were assessed adherence to treatment and the degree of control they assume when making decisions about treatment. Results: sociodemographic and clinical related to treatment adherence characteristics were age, treatment time and chosen for decision making preference. With respect to variable preferences, comparison between groups indicated that the group with higher scores in adherence to treatment was the active group. Conclusion: adherence is committed mainly by age, time of treatment and the active participation preference towards treatment.

Keywords: depression, shared decision-making, participation preference, treatment, psychology.

## **Introducción**

Según la OMS, la depresión es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Se estima que en 2020 la depresión se convertirá en la segunda causa más importante de discapacidad en todo el mundo (OMS, 2003).

En el estudio de Vicens, Molina, Puebla-Guedea y Gili (2014) la falta de adherencia al tratamiento se asoció a una disminución de la eficacia del tratamiento antidepresivo, aumentó la probabilidad de recurrencias y la persistencia de los síntomas clínicos. Por tanto, al incrementar la adherencia no solo se aliviaban los síntomas sino que también podían disminuir los efectos secundarios (Blackwell, 1976). Además, una mayor adherencia proporcionó mejor calidad de vida, habilidad para el cuidado personal, mayor uso del tiempo libre, regreso o ingreso a un rol económicamente productivo y una mejor relación con la familia. (Blackwell, 1976).

A la hora de estudiar la adherencia al tratamiento se debe tener en cuenta la existencia de diversas variables que pueden estar influyendo en el tratamiento de pacientes con depresión. Por una parte, De las Cuevas, Peñate y Sanz (2013) hallaron variables sociodemográficas que favorecen una mayor adherencia como las respuestas y las actitudes positivas y el nivel de educación.

Por otra parte, De las Cuevas et al. (2013) encontraron factores clínicos que afectan negativamente a la adherencia como la preocupación por las posibles consecuencias negativas del tratamiento, la consideración de los psicotrópicos a modo de medicamentos perjudiciales, el grado de severidad de la depresión y el nivel de gravedad de los efectos secundarios. Además, Brown et al. (2007) evaluaron los factores que podían influir en la adherencia durante un periodo de tres meses y hallaron que dicha adherencia fue buena en el primer mes y se redujo de modo lineal y significativo a los tres meses. Los resultados muestran que aquellos que adquirieron una buena adherencia al tratamiento recibieron información sobre sus dudas, sabían durante cuánto tiempo debían tomar la medicación, fueron informados sobre los efectos colaterales y sobre cómo manejarlos.

Continuando con las variables clínicas que pueden afectar, se debe tener en cuenta que hay diferentes factores en la administración del tratamiento que podrían influir en la adherencia como el tipo concreto de tratamiento. Así, en el estudio de Alvarado, Muñoz, Sander y Vega (2005) concluyeron que corresponde a los antidepresivos la adherencia más alta, seguidos de la psicoterapia individual y, por último, de la intervención grupal. Los que abandonaron el programa señalaron menor satisfacción con el tratamiento prescrito y con el trato personal recibido.

Sobre la variable de preferencias de participación de los pacientes con depresión, se argumentó que la participación del paciente en la toma de decisiones compartida mejoró la adherencia a los planes de tratamiento. Se encontró una relación entre las preferencias de los pacientes y las experiencias previas vividas por ellos. En los pacientes con experiencia previa en consultas psiquiátricas, la adherencia fue mayor en aquellos que experimentaron un papel más activo, aunque las diferencias registradas no fueron significativas. La adherencia fue significativamente mayor en aquellos pacientes en los que las preferencias y las experiencias de participación en la toma de decisiones coincidían (De las Cuevas, Peñate y De Rivera, 2014).

Por otra parte, en el estudio de Dwight-Johnson, Sherbourne, Liao y Wells (2000) se encontró que más del 80% de los pacientes de atención primaria con depresión prefería un tratamiento activo. Así mismo hallaron que los pacientes con bajos ingresos y con menos conocimientos sobre los antidepresivos eran más propensos a preferir el tratamiento pasivo. Una explicación que dieron a este hecho fue que los pacientes de bajos ingresos podían ser menos propensos a preferir el tratamiento activo debido a prioridades que compiten por el tiempo y el dinero o la creencia entre los pobres que los tratamientos de la depresión son ineficaces. Frente a este estudio, se encontró el realizado por Delgado et al. (2010) en el que la mayoría de los

participantes adoptaron un papel pasivo-colaborativo o completamente pasivo en relación con la toma de decisión de su tratamiento.

Fumero, Quevedo, De las Cuevas y Peñate (2016) relacionaron la toma de decisión con diferentes variables sociodemográficas como la edad y el nivel educativo, encontraron que existe una relación de la preferencia con ambas variables. Las personas de mayor edad prefirieron una toma de decisión más pasiva, mientras que las de mayor nivel de estudios se mostraron más activas. Además, las personas con preferencia pasiva en la toma de decisión llevaban más tiempo en tratamiento psiquiátrico. También se encontró que la preferencia pasiva en la toma de decisión se relacionó con mayor locus centrado en el psiquiatra o en el azar y con menor autoeficacia.

En la actualidad, todavía hay una clara necesidad de identificar los factores determinantes de la falta de adherencia que podrían tratarse en las intervenciones para facilitar el uso óptimo de los medicamentos en la asistencia psiquiátrica y permitir así, no sólo un resultado positivo del paciente, sino también una prevención de recaídas (De las Cuevas, et al., 2014).

El objetivo de este estudio fue analizar la relación existente entre la adherencia al tratamiento en pacientes con depresión y los factores sociodemográficos, clínicos y las preferencias de participación. Se plantean dos hipótesis, la primera fue que se encontrarían relaciones significativas entre las variables sociodemográficas y clínicas en relación con las preferencias en la toma de decisión en pacientes con depresión tal como se ha mostrado en trabajos previos como el llevado a cabo por Fumero et al. (2010). La segunda hipótesis fue que de acuerdo con De las Cuevas et al. (2014) la adherencia al tratamiento sería mayor en los grupos de preferencia activa por la participación.

## Método

### Participantes

La muestra final estuvo constituida por un total de 462 participantes. Se evaluó la edad, el sexo, el nivel de estudios, el tipo de drogas psicoactivas tomadas actualmente y el tiempo que habían estado bajo tratamiento psiquiátrico. La siguiente tabla muestra la distribución de la muestra de acuerdo a las variables socio-demográficas y clínicas incluidas en la investigación. En ella se encuentra la variable género, siendo la mayoría mujeres; la variable edad, que abarca desde los 18 a los 85 años y cuya mayoría se sitúa entre los 46 – 60 años; y el nivel educativo de los participantes, incluyendo desde no tener ningún tipo de estudios a tener estudios superiores.

Variable	Categoría	Número de participantes	% de la muestra
Género	Hombre	98	21.2
	Mujer	363	78.6
Edad	18-30 años	25	5.4
	31-45 años	76	16.5
	46-60 años	214	46.4
	61-75 años	124	26.9
	75-85 años	24	4.8

---

Nivel educativo	Sin estudios	50	10.8
	Primaria	164	35.5
	Secundaria	150	32.5
	Universitarios	98	21.2

---

---

## **Instrumentos**

### Test de Cumplimiento Autocomunicado (Morisky et al., 1986)

El Test para medir la adherencia al tratamiento farmacológico que se utilizó en este estudio, se denomina Test de Cumplimiento Autocomunicado de Morisky-Green-Levine, el cual es un método indirecto de medición basado en la entrevista voluntaria, que consta de un pequeño cuestionario de cuatro preguntas, que orientan a la adherencia o no adherencia al tratamiento. Se considera que tiene una buena adherencia la persona que responde “NO” a las cuatro preguntas. Si contesta “SI” en al menos una de las preguntas se considera como mala adherencia. Gracias a las respuestas que da el paciente se pueden corregir errores en la toma, adaptar la toma de medicamentos al horario diario del paciente para evitar el olvido o involucrar a otro miembro de la familia como apoyo a largo plazo (Muñoz, 2005). Este test además de ser breve, económico y fácil de aplicar, presenta una alta especificidad, alto valor predictivo positivo y escasos requisitos de nivel sociocultural para su comprensión (Kompatzki, 2010).

## La Escala de Preferencias de Control (Degner, Sloan y Venkatesh, 1997)

Esta escala fue diseñada para evaluar el grado de control que los pacientes asumen cuando deben tomar decisiones acerca del tratamiento médico. Tiene dos maneras de presentación, mediante un cuestionario y mediante una prueba con tarjetas de diferentes interacciones entre médico y paciente. En este trabajo el método utilizado fue el cuestionario. Los participantes responden a la prueba en dos ocasiones, antes de entrar a la consulta y al finalizar la misma. Esta prueba ha demostrado ser clínicamente relevante y fácil de administrar, válida y fiable a la hora de conocer las preferencias en la toma de decisión.

### **Procedimiento**

Entre octubre de 2013 y mayo de 2014, pacientes psiquiátricos atendidos en el Hospital de La Candelaria en la Isla de Tenerife (Islas Canarias, España) fueron invitados a participar en el estudio, aceptando un total de 462. Las entrevistas fueron llevadas a cabo en la sala de espera de forma previa a la consulta del paciente con su psiquiatra durante un período de tiempo de aproximadamente 25 minutos. Posteriormente cumplieron una batería de cuestionarios que incluían las variables socio-demográficas, psicológicas y clínicas incluidas en el estudio.

### **Análisis de datos**

Se llevaron a cabo diferentes análisis estadísticos. En primer lugar, los análisis de frecuencia se utilizaron para describir la muestra. Se llevaron a cabo correlaciones de Spearman y de Pearson para analizar las asociaciones entre características

sociodemográficas, clínicas y la toma de decisión compartida, además de la utilización del ANOVA. Por último, se empleó el programa estadístico SPSS, en concreto la prueba t para muestras independientes utilizada para comparar las medias de los diferentes grupos de participación (activo y pasivo), es decir, para conocer si existe diferencia entre ambos grupos.

## **Resultados**

Los resultados de los análisis de correlación entre las características sociodemográficas y clínicas para conocer la preferencia por la toma se mostraron que dicha preferencia se relacionaba significativamente con la edad ( $r = .25$ ,  $p < .05$ ) y marginalmente con la variable tiempo de tratamiento ( $r = .08$ ,  $p < .1$ ), es decir, ambas variables están relacionadas con la adherencia al tratamiento. Con el resto de variables sociodemográficas y clínicas no hay correlaciones significativas.

El análisis de la varianza mostró que se encontraron diferencias significativas entre los grupos de baja y alta adherencia al tratamiento en las variables edad ( $F(1,237) = 4,04$ ;  $p < .05$ ), tiempo de tratamiento ( $F(1,237) = 3,3$ ;  $p < .1$ ) y la preferencia elegida para la toma de decisiones ( $F(1,237) = 3,19$ ;  $p < .1$ ), con esta última variable se relaciona marginalmente.

El análisis de diferencias de medias entre los grupos en referencia a la preferencia por la participación mostró diferencias significativas ( $t(237) = -2,02$ ,  $p < .05$ ) entre el grupo pasivo ( $n=118$ ) y el activo ( $n=121$ ) en adherencia al tratamiento. Es decir, la comparación entre los grupos de preferencia por un tratamiento pasivo y activo

indicó que el grupo con puntuaciones más elevadas en adherencia al tratamiento fue el grupo activo.

## **Discusión**

El objetivo de este trabajo fue analizar el papel que tienen las variables sociodemográficas y clínicas que pueden estar en la base de las preferencias de los pacientes depresivos en la toma de decisiones, examinando así la capacidad predictiva en la adherencia al tratamiento.

Se confirma la primer hipótesis planteada en este estudio ya que se encontraron características sociodemográficas y clínicas relacionadas con la preferencia en la toma de decisión como la edad y el tiempo de tratamiento, al igual que se había encontrado en el estudio de Fumero et al. (2016). Sin embargo, no se encontraron otras características sociodemográficas relacionadas con la preferencia como se observó en el trabajo de De las Cuevas et al. (2013) con respecto al nivel educativo. Por otra parte, tampoco se hallaron otros factores clínicos relacionados con la preferencia.

La mayoría de los participantes adoptaban un rol pasivo en relación con la toma de decisión sobre su tratamiento, tal y como señalan los resultados encontrados en trabajos similares (Arora y McHorney, 2000; Delgado et al., 2010). Sin embargo, la comparación entre los grupos de preferencia por un tratamiento pasivo y activo indicó que el grupo con puntuaciones más elevadas en adherencia al tratamiento fue el grupo activo, al igual que señalan los resultados encontrados en el trabajo de De las Cuevas et

al. (2014). Por tanto, los resultados obtenidos confirman la segunda hipótesis planteada en el trabajo presente.

Este estudio ha permitido identificar las principales características clínicas y sociodemográficas que están asociadas a la adherencia al tratamiento en pacientes con depresión, identificando también la preferencia de participación por una toma de decisión más activa o pasiva. En este sentido, la edad y el tiempo de tratamiento han demostrado ser factores importantes a la hora de conocer esta preferencia.

No obstante, hay que tener en cuenta que este estudio tiene ciertas limitaciones. Así, la escala empleada para evaluar la preferencia por la toma de decisión compartida parte de una clasificación general de los pacientes como activos o pasivos, pero puede ocurrir que, dependiendo de la etapa de su enfermedad en la que se encuentren, deseen tener una mayor o menor implicación en la colaboración con el tratamiento (Flynn, Smith y Vanness, 2006). Otra limitación del estudio es que se ha empleado una metodología correlacional que no permite establecer relaciones causales entre las variables implicadas en el proceso de toma de decisión. Además, la disposición de los pacientes por participar en la toma de decisión también podría estar modulada por la información disponible acerca de su enfermedad así como por los mitos o creencias erróneas existentes sobre la misma y que llevan al paciente psiquiátrico a sentirse incapacitado para tomar decisiones acerca de su tratamiento. También, como anteriormente se ha comentado, la mayoría de los participantes prefirieron un papel más pasivo por lo que sería necesario seguir investigando sobre los procesos psicológicos que fundamentan la toma de decisión activa.

Los datos revisados en este artículo han demostrado que la depresión es un trastorno afectivo que presenta un serio problema de salud. No sólo es un serio

problema cuando ocurre inicialmente, sino que un episodio de depresión confiere una futura vulnerabilidad para tasas de recaída/recurrencia de al menos un 50%. Datos recientes obtenidos a lo largo de un periodo extenso sugieren que el incremento de la vulnerabilidad puede llegar a ser tan alto como un 80-90% (Craighead, Hart y Madsen, 2000). Por ello habría que considerar la gran importancia que tienen las características encontradas con este estudio así como otras posibles que puedan afectar no solo al inicio del trastorno sino también a su seguimiento y ante sus posibles recaídas.

Un desafío futuro será lograr una mayor colaboración entre médicos y pacientes a la hora de tomar una decisión sobre el tratamiento. El entrenamiento al personal médico en la toma de decisiones compartidas podría redundar en una mayor adherencia y satisfacción con la atención especializada (Young, Bell, Epstein, Feldman, y Kravitz, 2008). Tomar decisiones de forma compartida implica tener en cuenta las expectativas del paciente (en ocasiones, también de la familia), proporcionar información actualizada según los últimos conocimientos, identificar las incertidumbres, invitar al paciente a expresar su preferencia y verificar que ha elegido lo más adecuado para él (Alcaraz y Padilla, 2009).

## Referencias

- Alcaraz, A. M. C., & Padilla, C. A. (2009). Un modelo para toma de decisiones compartida con el paciente. *Atención primaria*, 41(5), 285-287.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2008.07.014>
- Alvarado, R., Muñoz, M. G., Sander, J. W., & Vega, E. (2005). Evaluación del Programa para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en atención primaria, en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4-5), 278-286. Retrieved from <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28090.pdf>
- Arora, N. K. & McHorney, C. A. (2000). Patient preferences for medical decision making: Who really wants to participate? *Medical Care*, 38, 335-341.  
<http://dx.doi.org/10.1097/00005650-200003000-00010>
- Blackwell, B. (1976). Treatment adherence. *British Journal of Psychiatry*, 129(5), 1.  
<http://dx.doi.org/10.1192/bjp.129.6.513>
- Brown, C., Battista, D., Thase, M. et al. (2007). Evaluación de los factores que influyen en la adhesión al tratamiento antidepresivo. *Journal of family practice*, 56 (6): 356-363. Retrieved from

<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis07.pdf>

Craighead, W. E., Hart, A. B., y Madsen, J. W. (2000). Estado actual de la recaída/recurrencia de la depresión mayor. *Psicología Conductual*, 8(3), 525-545. Retrieved from <http://funveca.org/revista/PDFespanol/2000/art07.3.08.pdf>

De las Cuevas, C., Peñate, W., & Sanz, E. J. (2013). Psychiatric outpatients' self-reported adherence versus psychiatrists' impressions on adherence in affective disorders. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 28(2), 142-150. <http://dx.doi.org/10.1002/hup.2293>

De las Cuevas, C., Peñate, W., & Sanz, E. J. (2014). Risk factors for non-adherence to antidepressant treatment in patients with mood disorders. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 70(1), 89-98. <http://dx.doi.org/10.1007/s00228-013-1582-9>

De las Cuevas, C., Peñate, W., & de Rivera, L. (2014). To what extent is treatment adherence of psychiatric patients influenced by their participation in shared decision making?. *Patient Preference and Adherence*, 8, 1547. <http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S73029>

Degner, L. F., Sloan, J. A., & Venkatesh, P. (1996). The Control Preferences Scale. *Canadian Journal Nursing Research*, 29 (3), 21-43.

Delgado, A., López-Fernández, L. A., de Dios Luna, J., Cuesta, L. S., Garrido, N. G., & González, A. P. (2010). Expectativas de los pacientes sobre la toma de decisiones ante diferentes problemas de salud. *Gaceta Sanitaria*, 24(1), 66-71. Retrieved from [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0213-91112010000100011&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0213-91112010000100011&script=sci_arttext&tlng=es)

Dwight-Johnson, M., Sherbourne, C. D., Liao, D., & Wells, K. B. (2000). Treatment preferences among depressed primary care patients. *Journal of General Internal Medicine*, 15(8), 527-534. . <http://dx.doi.org/10.1046/j.1525-1497.2000.08035.x>

Flynn, K. E., Smith, M. A., & Vanness, D. (2006). A typology of preferences for participation in healthcare decision making. *Social Science & Medicine*, 63(5), 1158-1169. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.03.030>

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

Kompatzki, J. A. G. (2010). *Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II en el hospital de Ancud*. (Tesis de grado inédita). Universidad austral de Chile. Chile. Retrieved from <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2010/fcg429a/doc/fcg429a.pdf>

Muñoz, J. A. T. (2006) *Adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo en el hospital de Chaiten 2005*. (Tesis de grado inédita). Universidad austral de Chile. Chile. Retrieved from <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2006/fmt172a/doc/fmt172a.pdf>

Vicens, C., Molina, R., Puebla-Guedea, M., & Gili, M. (2014). Adherencia terapéutica en pacientes depresivos de atención primaria: un estudio longitudinal. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(3), 91-8. Retrieved from <http://www.actasespanolasdepsiquiatria.es/repositorio/16/89/ESP/16-89-ESP-91-98-756711.pdf>

World Health Organization (2003) Investing in mental health. *World Health Organization*, Geneva.

Young, H. N., Bell, R. A., Epstein, R. M., Feldman, M. D. y Kravitz, R. L. (2008). Physicians' shared decision-making behaviors in depression care. *Archives of*

*Internal Medicine*, 168, 1404-1408.

<http://dx.doi.org/10.1001/archinte.168.13.1404>