

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y REACTANCIA PSICOLÓGICA:  
INFLUENCIA DE FACTORES SOCIO-DEMOGRAFICOS, CLÍNICOS Y  
PSICOLÓGICOS

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Grado en psicología

Curso 2015-2016

Trabajo Fin de Grado presentado por las alumnas:

Iraida González Ruano

Judit Hernández Gil

Tutores:

Ascensión Fumero Hernández

Wenceslao Peñate Castro

## Resumen

Este estudio tiene como objetivo la exploración de la relación existente entre la adherencia al tratamiento en pacientes psiquiátricos depresivos y las variables socio-demográficas (edad, género, nivel educativo), clínicas (tiempo de tratamiento) y psicológicas (reactancia cognitiva y reactancia afectiva). Participaron 462 pacientes diagnosticados con trastorno depresivo mayor, adscritos a la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Los resultados mostraron diferencias significativas hacia la adherencia en el tratamiento, en la edad, a mayor edad mayor adherencia, en el género y en la reactancia psicológica tanto afectiva como cognitiva. Siendo esta última, una variable con una notable influencia sobre la adherencia, esto implica que un paciente que tenga una baja reactancia psicológica obtendrá una mayor adherencia al tratamiento. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en relación al nivel educativo y al tiempo de tratamiento con la adherencia al tratamiento. Finalmente, el ANOVA indicó resultados significativos dentro de los grupos de la edad y reactancia cognitiva y afectiva. Por ello, nuestro estudio plasma la necesidad de estudiar los factores predictores de la reactancia psicológica en los pacientes depresivos, y el papel relevante de la relación médico paciente para las repercusiones en la misma. Así como las consecuencias que tiene para la adherencia al tratamiento.

Palabras claves: adherencia al tratamiento, reactancia psicológica, depresión.

## **Abstracte**

This study has the objective of examining the relation which exists between adherence to the treatment to psychiatrically depressed patients and social- demographic variables (age, gender, educational level), clinical (time of treatment), psychological cognitive and affective reactance. 462 patients previously diagnosed with severe stress disorder in the mental health unit of the university hospital of “Nuestra señora de la Candelaria” participated. The results showed significant differences towards adherence in the treatment, with age, an older person has a higher adherence, with gender, in the psychological cognitive reactance as well as affective reactance. The latter being a variable with notable influence on adherence this implies that a patient which has a low psychological reactance will obtain a higher adherence to the treatment. However, weren't found significant difference with adherence to the treatment. Finally, ANOVA found significant results in the age groups and cognitive and affective reactance. For this reason our study is need ad to study the predictive factors of the psychological reactance in depressive patients and there levant role of the doctor patient relation ship for the repercussions of the same. As well as the consequences that adherence has for the treatment.

Keywords: adherencetotreatment, psychologicalreactance, depression.

## **Introducción**

La elevada prevalencia del trastorno depresivo lo ha convertido en una considerable preocupación para la salud pública (De las Cuevas, Peñate, y Sanz, 2014). Por otra parte, la depresión ha provocado numerosos inconvenientes a nivel médico, un deterioro en la calidad de vida y, con alta probabilidad de baja adherencia a las pautas de tratamiento y por ende del cuidado a nivel personal, que puede repercutir en un mayor índice de morbilidad y mortalidad en estas personas (Katon, 2011). Según la Organización Mundial de la Salud se calcula que en el año 2020, la segunda causa más importante de discapacidad en todo el mundo será la depresión (OMS, 2010). Según el DSM-V, los trastornos depresivos consisten en trastornos de desregulación disruptiva del estado de ánimo. En él se incluyen diferentes tipos de trastornos, pero todos ellos tienen en común la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. Los diferencia la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología.

En los cálculos realizados por La Organización Mundial de la Salud, los pacientes depresivos tienen un mayor comportamiento inadecuado hacia su salud, cumpliendo hasta tres veces menos las recomendaciones médicas respecto a los pacientes sin depresión (OMS, 2008). Este incumplimiento con respecto a la medicación se refiere a la falta de adherencia, o grado en el que el paciente adopta un comportamiento correspondiente a las recomendaciones prescritas entre el profesional sanitario y el paciente (Agirrezabala, Aguado, Aizpurua, Albizuri, Armendariz, y Barrondo, 2011). Por tanto, para que el tratamiento de la depresión sea eficaz, es necesaria una correcta adherencia al medicamento antidepresivo (De las Cuevas, y Peñate, 2014; Grenard et al., 2011; Pérez- Wehbe, Perestelo, Bethencourt, Cuéllar, y

Peñate, 2014). También, la falta de adherencia va acompañada de una mayor probabilidad de recaídas (Cantrell, Eaddy, Shah, Regan, y Sokol, 2006; Geddes et al., 2003). Dicha falta de adherencia al tratamiento produce fracasos en la terapia y consecuencias negativas para el paciente junto con un aumento de hospitalizaciones y elevados costes económicos sanitarios (OMS, 2003).

Entre los factores que influyen en la falta de adherencia, se ha encontrado que los más representativos son: la relación existente con la patología, el paciente, el sistema sanitario, y la relación médico-paciente o con el mismo tratamiento. Así, se ha evidenciado que el conocimiento que tienen los pacientes sobre la patología y el posible tratamiento, la necesidad del uso de la medicación y la preocupación sobre ésta es lo que influye en la decisión sobre sus medicamentos. Conforme a esto se ha considerado que la toma de medicación es un comportamiento complejo en el tratamiento (Agirrezabala, Aguado, Aizpurua, Albizuri, Armendariz, y Barrondo, 2011).

Debido al fenómeno múltiple y complejo que constituye la adherencia a las indicaciones médicas, ha generado la dificultad de formar un diseño efectivo de evaluación, influenciada por una gran cantidad de factores, como son (Becker y Rosenstock, 1984; Bloom, 1988; Friedman y Di Matteo, 1989 y cols.): los autoinformes, los informes de las personas próximas al paciente, las estimaciones del médico, los auto-registros, la medición del consumo del medicamento y las mediciones bioquímicas. Algunos autores sugieren recurrir a utilizar más de uno de estos simultáneamente con el objetivo de obtener una adecuada confirmación de los datos (Martos, Pozo, Morillejo, 2010).

En concreto, la no adherencia al tratamiento antidepresivo oscila entre el 10 y 60% en población depresiva. Los factores más influyentes en la adherencia son las actitudes del paciente hacia la enfermedad y el tratamiento, además de las creencias que

tiene sobre su salud (Font-Canal, Fernández-San Martín, y Martín-López, 2011). Diferentes estudios mostraron otros factores que inciden en la adherencia, se destacó la influencia de la edad (De las Cuevas, Peñate, y Sanz, 2014), y el nivel socioeconómico, siendo mayor en personas con niveles más altos. Asimismo, se relacionó la adherencia con una actitud positiva de los pacientes hacia su tratamiento. Sin embargo, la no adherencia también se relacionó con un aumento de la gravedad de la depresión (De las Cuevas y Peñate, 2015).

Sobre la relación entre la reactancia psicológica y la adherencia al tratamiento en pacientes ambulatorios con depresión, encontraron que la reactancia psicológica es una variable importante para la adherencia al tratamiento en pacientes con depresión, ya que los pacientes con mayores niveles de reactancia psicológica eran más propensos a no cumplir las normas que los pacientes que mostraban un bajo nivel de reactancia. (De las Cuevas, Peñate, y Sanz, 2014)

La reactancia psicológica sucede cuando las personas perciben que el intento de reducir su libertad es ilegítimo e injustificado. Debido a ello, ante las recomendaciones de los médicos en relación a la medicación que ha de tomar el paciente, puede ocurrir que contradiga sus creencias sobre los mismos por parte del consumidor, y esto conllevar a una respuesta negativa ante el mismo tratamiento de forma intencional. No solo provoca un caso omiso a la prescripción del médico sino también un aumento en la opción no recomendada por el experto (Brehm y Brehm, 2013).

Se ha comprobado que las características individuales para el seguimiento de la prescripción médica están relacionadas con la variabilidad individual con respecto a la reactancia como rasgo de la personalidad (Fogarty y Young, 2000). Por tanto, este es un factor que explica la causa de que en situaciones similares se puedan hallar diferencias

significativas en las percepciones de amenaza de la libertad del propio paciente y el grado de las respuestas que experimente ante las mismas. También es probable que la respuesta reactiva dependa de la libertad que tengan ellos mismos para seleccionar el tipo de tratamiento (De Almeida Neto, y Chen, 2008).

El objetivo principal de esta investigación fue analizar las características socio-demográficas, como el género, edad y nivel educativo, características clínicas siendo esta el tiempo de tratamiento y los procesos psicológicos, principalmente reactancia afectiva y reactancia cognitiva, y su influencia en la adherencia al tratamiento en pacientes psiquiátricos depresivos.

Las hipótesis que se proponen con base en la literatura son: primera, las variables género y edad influyen en la adherencia al tratamiento (Font-Canal, Fernández-San Martín, y Martín-López, 2011); segunda, la edad no influye por igual en la adherencia al tratamiento (De las cuevas, Peñate y Sanz, 2014); tercera, el nivel educativo no se relaciona con la adherencia al tratamiento (Rivero, Perestelo, Pérez, Serrano y Cuevas, 2013); cuarta, las variables clínicas se asocian a la adherencia al tratamiento; quinta, las variables socio-demográficas y clínicas inciden en la reactancia psicológica; y sexta, la reactancia afectiva y cognitiva son predictores de la adherencia al tratamiento (De las cuevas, Peñate y Sanz, 2014).

## Método

### Participantes

Se ha accedido a los pacientes mediante el Servicio de Salud Mental del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria de Tenerife (Islas Canarias, España), a los cuales se les han informado de la investigación y han dado su consentimiento para poder trabajar con los datos obtenidos. Todos estos pacientes debían cumplir el criterio de haber sido diagnosticados con algún trastorno depresivo.

El estudio se realizó con 461 participantes, con un rango de edad comprendido entre los 18 y 85 años de edad. La mayor proporción fue de mujeres, con un 78.6% frente al 21.2% de hombres, con una edad media de 54.33 años.

Los participantes se han agrupado en distintos niveles educativos habiendo similitud de los que habían alcanzado el nivel de primaria y secundaria, un 21.2% de ellos cursaron estudios universitarios. Sin embargo el 10.8% podían leer y escribir.

### Instrumentos

Se ha utilizado la versión española del Test de Morisky-Green (Morisky, Green, Levine, 1986) que fue adaptado a la versión española el cual es un instrumento validado para diferentes enfermedades crónicas (Chamorro, García-Jiménez, Amariles, Chamorro, y Faus, 2008), que se utiliza frecuentemente para evaluar la adherencia del paciente al tratamiento, que permite clasificar como adherentes o no adherentes. La consistencia interna de dicha escala es  $\alpha = .62$ , con una aceptable validez predictiva en pacientes ambulatorios (De las Cuevas, Peñate, y Sanz, 2014). La escala de Morisky



está compuesta de cuatro preguntas, que son las siguientes: ¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos?, ¿Es descuidado con la hora en la que debe tomar la medicación?, Cuando se encuentra bien, ¿Deja de tomar la medicación?, Si alguna vez le sienta mal ¿Deja de tomarla?. En todas las preguntas las respuestas deben ser dicotómicas, es decir, sí o no. Por tanto, se consideran adherentes al tratamiento quienes contestan no a las cuatro preguntas anteriores, y no-adherentes a quienes contestan sí a una o más preguntas (Ingaramo, Vita, Bendersky, Arnolt, Bellido, Piskorz, y HAUAD, 2005).

La Escala de Reactancia Psicológica de Hong -HPRS- (Hong y Faedda, 1996), instrumento utilizado para medir la reactancia psicológica. Está formada por 14 ítems que están basados en la teoría de la reactancia de Brehm (1966), con una adecuada consistencia interna de .76 en la reactancia afectiva, y de .62 en la reactancia cognitiva (Fumero, Marrero, de las Cuevas, y Peñate, 2016). La respuesta está compuesta por una escala de 4 puntos en relación a su grado de acuerdo con respecto a cada enunciado; siendo el 1 un total desacuerdo con el ítem, y el 4 un total acuerdo con el mismo.

## Procedimiento

Se pidió a un total de 462 pacientes psiquiátricos ambulatorios, con trastorno depresivo mayor, que asistían al centro de Salud Mental de Tenerife, concretamente al Hospital Universitario de Nuestra Señora de la Candelaria, que participaran en el estudio. Tanto la investigación como los cuestionarios realizados han sido con el consentimiento firmado de los pacientes, a los cuales se les informaron de la misma mediante los profesionales que trabajan en la unidad. A estos pacientes se les evaluó en

la sala de espera de su unidad mental, primero se llevó a cabo una entrevista y después, mediante la realización de unos cuestionarios, se recogieron los datos socio-demográficos, clínicos, y psicológicos que se requerían para la investigación. Los participantes los rellenaron con una duración aproximada de 35 minutos.

### Análisis de datos

En el estudio realizado se llevaron a cabo diversos análisis estadísticos. Por un lado, se utilizaron las correlaciones de Pearson para examinar las relaciones existentes entre las variables socio-demográficas, clínicas, la reactancia psicológica y la conducta dirigida hacia el cumplimiento de la medicación. En otra instancia, con el fin de analizar las diferencias de las medias muestrales, se utilizó la t de Student, con el que se contrastó a los pacientes adherentes y no adherentes en las distintas variables a estudiar. Por último, también se llevaron a cabo análisis de varianza (ANOVA).

Todos los análisis estadísticos se realizaron mediante la versión 19 del programa estadístico SPSS.

## **Resultados**

En relación a este apartado, podemos encontrar los resultados en cuanto a la correlación entre las características socio-demográficas, clínicas y los procesos psicológicos (reactancia afectiva y reactancia cognitiva) en la variable a estudiar que es la adherencia al tratamiento.

En los predictores socio-demográficos, los resultados obtenidos en la adherencia al tratamiento, mostraron que la variable género ( $r = .101, p < .05$ ), y edad ( $r = .117, p < .05$ ), correlacionan con ésta, influyendo positivamente a la adherencia al tratamiento. Otras variables que influyen en relación a los procesos psicológicos son los tipos de reactancia psicológica, por un lado la reactancia afectiva ( $r = -.205, p < .05$ ), y por el otro la reactancia cognitiva ( $r = -.187, p < .05$ ), ambas de manera negativa.

Con respecto a la variable reactancia afectiva, se observó una correlación significativa negativa con la edad ( $r = -.202, p < .01$ ), por lo que a mayor edad presenta una menor reactancia al tratamiento; y con el nivel educativo ( $r = .11, p < .05$ ), de manera positiva. Por último, la reactancia cognitiva presenta una correlación significativa negativa con el género ( $r = -.093, p < .05$ ), y la edad ( $r = -.092, p < .05$ ).

En lo que se refiere al análisis diferencial de las variables socio-demográficas, clínicas y psicológicas, recogidas en los auto-informes, se analizaron las diferencias de medias mediante un ANOVA de un factor entre los pacientes adherentes y no adherentes.

Los resultados señalaron que la edad,  $F(237) = 4.04, p = .046$ , la reactancia afectiva,  $F(237) = 19.62, p = .00$ , y la reactancia cognitiva,  $F(237) = 16.02, p = .00$ , fueron significativos. Reflejando que las diferentes edades y los niveles altos y bajos de las reactancias no afectan por igual en la adherencia al tratamiento. No se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres, en los diferentes niveles educativos y en los diferentes intervalos de tiempo de tratamiento respecto a la adherencia al tratamiento.

## Discusión

La adhesión de los pacientes a los tratamientos antidepresivos es un tema de relevancia ya que proporcionan una reducción de los síntomas depresivos y son capaces de prevenir recaídas. Sin embargo, estos resultados positivos a veces no se alcanzan por la falta de cumplimiento de las órdenes médicas (Sanz, De las Cuevas y Peñate, 2014). El objetivo de este estudio fue evaluar la adherencia al tratamiento y su relación con las características socio-demográficas, clínicas y psicológicas, con el fin de comprobar si se confirma que el género, edad, nivel educativo, tiempo de tratamiento y reactividad afectiva y cognitiva influyen en la adherencia al tratamiento.

En relación a los factores socio-demográficos se observó que el género se relacionó con la adherencia al tratamiento. Otro estudio ya había obtenido la misma relación (Font-Canal, Fernández-San Martín, y Martín-López, 2011). La edad se encontró que influye en la adherencia, a mayor edad mayor es la adherencia al tratamiento. Este resultado coincide parcialmente con otro estudio (De las cuevas, Peñate y Sanz, 2014), en el que se halló que la edad tenía influencia en la adherencia al tratamiento, es decir, las personas de mayor edad presentaban menor probabilidad de adherencia al tratamiento. Estos resultados confirman las dos primeras hipótesis planteadas anteriormente.

En cuanto al nivel educativo, los resultados mostraron una ausencia de relación con la adherencia al tratamiento, confirmando así nuestra tercera hipótesis. Sin embargo, se ha informado de una relación significativa y negativa entre el nivel educativo y la adherencia al tratamiento, las personas con 12 años, o menos, de

educación recibida eran más propensas a no adherirse (Olfson, Marcus, Tedeschi, Wan, 2006). Sin embargo, no se encontró relación con el factor clínico, por lo podría señalarse que la adherencia no varía con el tiempo de tratamiento. Nuestros resultados no confirmaron la cuarta hipótesis.

Al analizar las diferencias de los procesos psicológicos sobre las variables socio-demográficas y clínicas, se observó que la edad se relacionó con la reactancia afectiva y la cognitiva. Las diferencias en el género se asocian a la reactancia cognitiva y el nivel educativo con la afectiva.

Respecto a los procesos psicológicos, tanto la reactancia afectiva como la cognitiva se relacionan de manera negativa con el cumplimiento terapéutico. Un aumento de la reactancia psicológica provoca una disminución en la adherencia al tratamiento. En este sentido, otro estudio confirmó que los pacientes con un alto nivel de reactividad, presentaron una tendencia mayor a no cumplir las prescripciones médicas que los pacientes que muestran un bajo nivel de reactancia (De las cuevas, Peñate y Sanz, 2014). Con ello se confirma nuestra hipótesis de que la reactancia psicológica es un factor influyente en las personas para la adhesión al tratamiento. Nuestros resultados confirmaron la sexta hipótesis.

Con éstos resultados se puede observar que la reactancia cognitiva y afectiva se asoció con la adherencia al tratamiento. Los pacientes depresivos con una elevada reactancia pueden percibir que su libertad está amenazada ante las prescripciones de los profesionales por lo que debería ser considerado a la hora de prescribir un tratamiento, ya que supone una mayor probabilidad de no adherirse al tratamiento. Por ello, en

relación a la reactancia cabe mencionar la importancia del papel que representan los médicos y profesionales del ámbito de salud mental, tal como se ha destacado en otros estudios (De Almeida Neto y Chen, 2008).

En cuanto a los puntos fuertes del estudio, se ha de destacar la muestra representativa de la población depresiva y la existencia de un abanico diverso de variables utilizadas como las socio-demográficas, clínicas y psicológicas (Roca, Salvador, Monzón, Salvà y Gili, 2011). Sin embargo, nuestro estudio presenta algunas limitaciones que tienen que ver con diversos aspectos metodológicos y con aspectos relacionados con el propio trastorno depresivo. Por un lado, los cuestionarios que cumplimentaron los participantes pueden conllevar al “sesgo de respuesta” puesto que son auto-informes. Por otro lado, se ha utilizado una única medida para la adherencia al tratamiento, al igual que para medir la reactancia psicológica (De las Cuevas, Peñate, y Sanz, 2014). Por último, en relación a nuestra segunda limitación, creemos que la propia sintomatología que presenta el trastorno depresivo, en cuanto a la severidad o estado depresivo en el que se encuentra el paciente, puede influir en la decisión de adherencia al tratamiento. Lo que conlleva a su vez influir indirectamente en el peso que puedan ocupar el resto de variables estudiadas en la investigación.

La falta de adherencia se ha asociado con características del paciente, la relación establecida entre el médico y el paciente o con el propio tratamiento (Agirrezabala, Aguado, Aizpurua, Albizuri, Armendariz, y Barrondo, 2011). Cabe destacar la importancia del establecimiento de una buena relación entre el médico y el paciente (Katon, 2011), en el que al menos éste se sienta comprendido y empatizado, ya que así, probablemente crea que el tratamiento prescrito está basado en su sintomatología y no

en un criterio general. Por otra parte, consideramos importante que se le explique al paciente el procedimiento del tratamiento, al igual que los posibles efectos secundarios, para que así no lo perciba como un engaño. Se evita así que tomen decisiones precipitadas, como pensar que se encuentran mejor y que no necesitan más tratamiento, o que no vean mejoría y abandonen por percepción de ineficacia (Becker y Rosenstock, 1984; Bloom, 1988; Friedman y Di Matteo, 1989 y cols.).

## 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.

De Almeida Neto, A. C., y Chen, T. F. (2008). When pharmacotherapeutic recommendations may lead to the reverse effect on physician decision-making. *Pharmacy World & Science*, 30(1), 3-8.

DOI: 10.1007/s11096-007-9143-x

De las Cuevas, C., y Peñate, W. (2015). Explaining pharmacophobia and pharmacophilia in psychiatric patients: relationship with treatment adherence. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 30(5), 377-383.

DOI: 10.1002/hup.2487

De las Cuevas, C., Peñate, W., y 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.

DOI: 10.1007/s00228-013-1582-9

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 out patients with depression. *BMC psychiatry*, 14(1), 1.



DOI: 10.1186/s12888-014-0324-6

Font-Canal, T., Fernández-San Martín, M.I., y Martín-López, L.M. (2011). ¿Toman los pacientes deprimidos el tratamiento prescrito? Estudio descriptivo sobre el cumplimiento del tratamiento antidepresivo. *Actas EspPsiquiatr*, 39(5), 288-93.

Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M., y Stuckler, D. (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *The European Journal of Public Health*, 23(1), 103-108.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cks035>

Katon, W. J. (2011). Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues ClinNeurosci*, 13(1), 7-23.

López, M. I. (2007, May). Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. In *Anales de Medicina Interna* (Vol. 24, No. 5, pp. 209-211). Arán Ediciones, SL.

Martos, M.J., Pozo, C., Morillejo, E.A. (2010). *Enfermedades crónicas y adherencia terapéuticas. Relevancia del apoyo social*. Almería: Universidad de Almería.

Rivero-Santana A., Perestelo-Pérez L., Pérez-Ramos J., Serrano-Aguilar P., y Cuevas CDI (2013). Sociodemographic and clinical predictors of compliance with antidepressants for depressive disorders. A systematic review of observational studies.

*Patient Prefer Adherence* 7:151-169.

Olfson M, Marcus SC, Tedeschi M, Wan GJ. Continuity of antidepressant treatment for adults with depression in the United States. *Am J Psychiatry* (2006); 163:101–108.

Doi: 10.2147/PPA.S39382

Steindl, C., Jonas, E., Sittenthaler, S., Traut-Mattausch, E., y Greenberg, J. (2015). Understanding Psychological Reactance. *Zeitschriftfür Psychologie*.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1027/2151-2604/a000222>.