



**Datos sociodemográficos, clínicos, autoeficacia y actitudes hacia la  
medicación en relación con la adherencia al tratamiento en depresión**

Trabajo de Fin de Grado de la Facultad de Ciencias de la Salud, Sección de  
Psicología, Universidad de La Laguna

Lara Martín Martín

DNI: 42245554M

Daniela Navarro García

DNI: 45941379Y

Tutores: Ascensión Fumero Hernández y Wenceslao Peñate Castro

## **Resumen**

**Objetivo:** Analizar el papel que tienen las variables sociodemográficas y clínicas que pueden estar relacionadas con la adherencia al tratamiento en pacientes depresivos.

**Método:** La muestra estaba constituida por 462 participantes con trastornos depresivos a los que se le administraron autoinformes para evaluar variables sociodemográficas y clínicas, así como la percepción de autoeficacia, las actitudes hacia los medicamentos y el grado de adherencia al tratamiento. **Resultados:** Las variables sociodemográficas y clínicas, respectivamente, que se relacionaron con la adherencia al tratamiento fueron la edad de los pacientes, siendo las personas con edades más avanzadas las que presentaban una mayor adherencia; y el tiempo de tratamiento en el que se observó una relación directa con la adherencia. Con respecto al resto de variables estudiadas, la autoeficacia no se relacionó con la adherencia al tratamiento y, además, se encontró que los pacientes que mostraban una actitud positiva hacia la medicación presentaban una mayor adherencia al tratamiento. **Conclusiones:** La adherencia al tratamiento se relaciona en alto grado con la edad de los participantes, el tiempo de tratamiento y las actitudes hacia la medicación.

*Palabras clave:* depresión, adherencia, tratamiento, medicación, autoeficacia, actitud.

## **Abstract**

**Objective:** To analyze the role that the sociodemographic and clinical variables that may be related to treatment adherence in depressed patients. **Method:** The sample consisted of 462 participants with depressive disorders that were administered self-report to assess sociodemographic and clinical variables, such as the perception of self-efficacy , attitudes toward drugs and the degree of adherence to treatment. **Results:** The sociodemographic variables that were associated with adherence to treatment were the age of the patients, it is people with older ages which had more adherence; and the

treatment time in which was observed a direct relationship with the adherence. Regarding clinical variables studied, self-efficacy was not associated with adherence to treatment and also found that patients showed a positive attitude towards medication had a mayor adherence to treatment. Conclusions: Adherence to treatment is related to a high degree with the age of the participants, the treatment time and attitudes towards medication.

*Key words:* depression, adherence, treatment, medication, self-efficacy, attitude.

## **Introducción**

Según la Asociación Americana de Psicología (APA, 2015) la depresión es más que un estado de tristeza. Las personas que sufren depresión presentan un estado de anhedonia en el que se pueden distinguir síntomas como tristeza, pérdida de interés por realizar actividades que antes le gustaban, siendo común que en un primer momento abandonen actividades placenteras y después se generalice a otras tareas obligatorias. Otro síntoma típico de este trastorno es la reducción de la actividad física que se puede traducir en falta de motivación, pérdida del apetito y del sueño, así como de la actividad sexual y, en los casos más graves, ideación suicida y pérdida de las ganas de vivir (Carrobles, 2011).

Se trata de un trastorno muy frecuente, así lo han demostrado diversas investigaciones realizadas en la actualidad sobre la prevalencia de la depresión, que muestran datos cada vez más alarmantes. Carrobles (2011) señaló que el trastorno depresivo constituye en la actualidad un problema de primer orden en el que se ven afectadas sobre todo las mujeres, pues sus cifras de prevalencia duplican al de los hombres, siendo, además, la quinta causa de discapacidad a nivel mundial. Alrededor

del 10% de la población mundial se encuentra afectada por este trastorno y se estima que en el futuro las cifras ascenderán y pasará a ocupar el segundo lugar entre los trastornos más incapacitantes.

Para hacer frente a este problema, las ayudas terapéuticas se han centrado en la administración de tratamiento psicológico y clínico en aquellas personas que sufren depresión, haciéndose especial hincapié en la recuperación del estado de ánimo. Sin embargo, múltiples estudios han señalado la falta de adherencia al tratamiento como factor de riesgo en la recuperación de los pacientes (Vicens, Molina, Puebla-Guedea, M y Gili, 2014).

Aguirrezabalaga, Aguado y Aizpurua (2011) definen la adherencia como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones de salud acordadas entre el paciente y el profesional sanitario. Según esta conceptualización, se asume un papel activo por parte del paciente, que es el responsable, en gran medida, de cumplir las prescripciones del médico y realizar cambios en el estilo de vida recomendada, siendo el tratamiento una decisión consensuada y compartida entre médico-paciente. Sin embargo, cabe resaltar que estudios realizados por Krause, Güell, Zilveti, Jaramillo, Jiménez y Luyten (2016) señalaron que en las sociedades occidentales y, sobre todo, las más industrializadas, es común que no se sigan las prescripciones recomendadas por el personal sanitario.

Así lo expone la OMS, la cual señala que la falta de adherencia al tratamiento constituye en la actualidad un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas (Peralta y Carbajal, 2008). Algunas de las repercusiones de la no adherencia terapéutica hacen referencia a una mayor la probabilidad de recurrencia, una disminución de la eficacia del tratamiento antidepresivo y la persistencia de los síntomas clínicos, así como una elevada presencia de enfermedades médicas

concomitantes, sintomatología somática importante y un elevado uso de los servicios de salud (Vicens et al, 2014; Aguirrezabalaga et al, 2011).

De este modo, con el objetivo de analizar la prevalencia de la no adherencia, Peralta y Carbajal (2008) señalaron que el 50% de los pacientes no son capaces de seguir correctamente el tratamiento farmacológico recetado y, además, una cifra menor al 30% de los pacientes cambia sus hábitos o estilo de vida, de manera que la posibilidad de mejoría del trastorno se ve afectada por esta falta de adherencia, provocando fuertes consecuencias negativas.

Análogamente, otros estudios como el realizado por Rivero-Santana, Perestelo-Perez, Pérez-Ramos, Serrano-Aguilar y De las Cuevas (2013) encontraron que los síntomas de la depresión se redujeron, aproximadamente, hasta un 28% cuando se siguieron las prescripciones terapéuticas con exactitud. Por esta razón es importante garantizar la adherencia terapéutica como factor clave para corroborar la eficacia del tratamiento y disminuir los síntomas de la depresión. Por otro lado, la falta de adherencia se puede explicar por múltiples factores, algunos de ellos mencionados por Peralta y Carbajal (2008): la enfermedad y el propio tratamiento, el paciente y su entorno, y la relación médico-paciente. De modo que, para garantizar el éxito del tratamiento, la clave está en identificar estos factores de riesgo con el objetivo de corregir y evitar sus graves consecuencias.

Uno de los factores que se han analizado extensamente es la relación existente entre variables sociodemográficas y clínicas (tales como la edad, el sexo, el nivel educativo, el número de fármacos prescritos,) y la adherencia al tratamiento. La relación entre estas variables fue estudiado por Rivero-Santana et al (2013), encontrando que la edad y la raza de los pacientes son dos factores determinantes en el cumplimiento de la medicación. En cuanto a la edad, los resultados confirmaron una relación significativa

entre los pacientes con mayor edad y la adherencia al tratamiento, siendo éstos los que cumplían mejor con las prescripciones que les indicaban los terapeutas y en los que se observó una menor interrupción del tratamiento. Sin embargo, en otras investigaciones realizadas por estos mismos autores (Rivero-Santana et al, 2013) se comprobó que cuanto mayor era la edad de los pacientes, el tratamiento oscilaba entre períodos de adherencia y periodos de no-adherencia, es decir, a medida que se avanzaba en edad el tratamiento era más discontinuo. Esta misma investigación concluyó que el número de trastornos con comorbilidad y el número de fármacos administrados en pacientes de mayor edad era independiente de la adherencia al tratamiento. Sin embargo, se encontró que el nivel educativo constituye un factor de riesgo a considerar en relación a la adherencia al tratamiento, pues aquellos pacientes que tenían estudios básicos presentaban más dificultades para comprender las prescripciones del tratamiento, la etiología de su enfermedad y las recomendaciones hechas por el médico que aquellos que tenían estudios superiores. Además, también se confirmó que la población femenina presentaba una mayor probabilidad de adherencia al tratamiento (Rivero-Santana et al, 2013).

Por otro lado, se encontraron factores sociodemográficos y clínicos que afectan negativamente a la adherencia al tratamiento (Rivero-Santana et al, 2013). En relación a estas variables cabe destacar el tipo de tratamiento, en el que se observó un mayor incumplimiento en los regímenes a largo plazo. Hasta el 42% de los pacientes renuncian al tratamiento después de 12 semanas, y se estima que alrededor del 45% lo cumple parcialmente. Otros factores sociodemográficos que contribuyen a la no adherencia lo constituyen: la relación médico-paciente, las características del paciente y/o tratamiento, así como, la falta de autoeficacia percibida, los efectos secundarios de los medicamentos, la falta de información acerca de la naturaleza de la enfermedad y el

tratamiento o la dificultad para llevar a cabo las prescripciones médicas, la existencia de daños cognitivos, la gravedad de la depresión, episodios sufridos previamente, la comorbilidad con otras enfermedades/ trastornos, entre otros (Rivero-Santana et al, 2013).

En otros estudios se ha encontrado que existen determinadas variables de personalidad que se relacionan con la adherencia al tratamiento, entre ellas destacamos: la percepción de autoeficacia y la actitud hacia los medicamentos (Rivero-Santana et al, 2013).

La autoeficacia percibida influye en cómo la gente siente, piensa y actúa. Son creencias que tienen las persona sobre sí mismas de poseer las capacidades necesarias para desempeñar acciones que le permitan obtener los resultados deseados (De las Cuevas y Peñate, 2015). Investigaciones realizadas por ambos autores concluyeron que la autoeficacia juega un papel fundamental en el autoconcepto de la persona, y de ella depende que se desarrollen ciertas enfermedades mentales, así como la adquisición de modos de vida saludables, además de facilitar la recuperación psicológica si se tiene una percepción de autoeficacia positiva (De las Cuevas y Peñate, 2015). En la misma línea, Peñate, De las Cuevas y Sanz (2014) aunque habían especulado que los pacientes que tenían una alta percepción de autoeficacia mostraban una mayor adherencia que los que tenían baja percepción de autoeficacia, no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la autoeficacia y adherencia al tratamiento. Estos autores, al relacionar las variables sociodemográficas y clínicas con la autoeficacia hallaron dos relaciones estadísticamente significativas: la autoeficacia percibida se relaciona negativamente con el número de fármacos prescritos y positivamente con el nivel educativo; por lo que se podría decir que las personas que presentan una alta percepción

de autoeficacia consumen un menor número de fármacos y tienen un nivel educativo superior.

La actitud de los pacientes hacia el tratamiento farmacológico se ha propuesto también como un factor asociado a la adherencia. Existen dos tipos de pacientes, según sus actitudes sean positivas o negativas hacia el uso de fármacos psicoactivos: “farmacofílicos” o “farmacofóbicos” (De las Cuevas & Peñate, 2015). Ambos autores encontraron que los pacientes que puntuaron alto en actitudes positivas hacia la medicación presentaban una mejor adherencia. En consonancia con estos resultados, se observó que cuanto más satisfechos están los pacientes con su medicación, mayor es la comprensión de cómo les ayuda el tratamiento a superar su enfermedad y, por lo tanto, aumenta su adherencia al mismo (De las Cuevas & Peñate, 2015). Cuando se relacionaron variables sociodemográficas y clínicas con la actitud hacia los medicamentos se observó que la edad, el nivel educativo y la autoeficacia se relacionaron significativamente con las actitudes. De acuerdo con los resultados de esta investigación, los pacientes con niveles educativos alto (estudios universitarios) eran más propensos a presentar actitudes negativas hacia los medicamentos. En cuanto a la edad, los pacientes farmacofílicos (actitud positiva) eran significativamente más mayores que los farmacofóbicos, por lo que se puede deducir que existe una relación directa entre mayor edad y actitud positiva hacia la medicación. También se encontró que los pacientes farmacofóbicos tuvieron, en general, una baja percepción de autoeficacia y que los que manifestaban una actitud positiva hacia la medicación (farmacofílicos) informaron de una mayor adherencia al tratamiento en comparación con los pacientes farmacofóbicos. Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas entre el género y el número de fármacos (De las Cuevas & Peñate, 2015).

El inventario usado para analizar las actitudes hacia la medicación es el Inventario de Actitudes hacia la Medicación de 10 ítems (Drug Attitude Inventory, DAI-10, Hogan, Awad y Eastwood, 1983). Se ha demostrado que el inventario correlaciona positivamente con las medidas bioquímicas de la adherencia y con la adherencia valorada por el clínico (Nielsen, Lindström, Nielsen y Levander, 2012).

El objetivo de este estudio fue analizar la relación existente entre la adherencia al tratamiento en pacientes con depresión y los factores sociodemográficos, clínicos, las actitudes hacia la medicación y la percepción de autoeficacia. En relación con los objetivos se plantean cuatro hipótesis. La primera es que las variables sociodemográficas y clínicas presentarán una relación significativa con las actitudes hacia la medicación y la autoeficacia en pacientes con depresión tal como se ha mostrado en trabajos previos como el llevado a cabo por Peñate y De las Cuevas (2015). La segunda hipótesis fue mostrar que la adherencia al tratamiento sería mayor en aquellos grupos de pacientes de mayor edad, tal y como se ha demostrado en estudios previos (Rivero-Santana et al, 2013). La tercera hipótesis fue mostrar que se encontrarán diferencias en las actitudes hacia la medicación entre los grupos de alta y baja adherencia al tratamiento, tal y como se concluye en las investigaciones realizadas por De las Cuevas & Peñate (2015). La cuarta hipótesis se formuló en base a los resultados de Peñate, De las Cuevas y Sanz (2014), que no encontraron diferencias significativas entre la alta y baja adherencia al tratamiento y la percepción de autoeficacia.

## **Método**

### ***Participantes***

La muestra estuvo compuesta por un total de 462 participantes, el 21.2% fueron hombres y el 78.6% fueron mujeres, con un rango de edad entre los 18 y 85 años de

edad. La media de edad de los participantes fue de 5.33. La mayoría de los participantes se encuentra entre los 46 y 60 años.

Se evaluaron otras variables sociodemográficas y clínicas tales como el nivel educativo, el tipo de fármaco prescrito actualmente y el tiempo que los participantes habían estado bajo tratamiento.

En cuanto al nivel educativo, se clasificó la muestra en un rango que abarca desde no tener estudios hasta estudios universitarios. Se puede observar que tan sólo un 10.8% de la muestra no tiene estudios, mientras que un 21.2% posee estudios universitarios. La media de tiempo de tratamiento fue de 93.70 meses, siendo tres el número de fármacos psicoactivos tomados por la mayoría de los participantes.

### ***Instrumentos***

Las características sociodemográficas y clínicas se evaluaron a través de la historia clínica de los pacientes y mediante una entrevista semiestructurada. La edad, el género y el nivel de estudios (sin estudios, estudios primarios, estudios secundarios y estudios universitarios) fueron las características sociodemográficas evaluadas. Se registraron los meses que llevaban con el tratamiento farmacológico y la cantidad de fármacos que tenían prescritos. Entre las características clínicas se consideró el diagnóstico con base en el *International Classification of Diseases-ICD-10* (WHO, 2004).

La Escala de Autoeficacia General (Jerusalem & Schwarzer, 1992).

Esta escala evalúa la creencia de autoeficacia que posee el examinado ante determinadas situaciones de la vida. Está formada por diez ítems que miden en una escala tipo Likert desde 1 (totalmente falso) a 4 (totalmente cierto) la creencia en que las acciones del individuo inciden en el manejo exitoso de las situaciones. Cuanto

mayor es la puntuación en la escala es indicativo de mayor autoeficacia. La escala muestra una fiabilidad elevada, dada la alta consistencia interna obtenida ( $\alpha = .89$ ), a su vez, se han obtenido altas correlaciones entre cada ítem y el total de la prueba. La escala es una herramienta de evidente utilidad para el estudio de la percepción de autoeficacia en esta población de adolescentes españoles (Espada, González, Orgilés, Carballo & Piqueras, 2012).

La Escala Morisky de Adherencia a los Medicamentos de 8-ítems (MMAS-8) (Morisky, Ang, Krousel-Wood y Ward, 2008).

Esta escala es una medida autoinformada de la conducta de toma de la medicación ampliamente utilizada en diferentes culturas. Fue desarrollada a partir de una escala con respuesta dicotómica sí/no de cuatro ítems previamente validada (Morisky, Green y Levine, 1986) y, posteriormente complementada con cuatro ítems que abordan las circunstancias que rodean a la conducta de adherencia, con un total de 8 ítems. La escala proporciona información sobre conductas relacionadas con el uso de medicamentos que pueden ser involuntarias o intencionales, es decir, valora actitudes del enfermo respecto al tratamiento. La escala mostró una adecuada validez de constructo, con una clara tendencia hacia una solución de un único factor y 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).

Inventario de Actitudes hacia la Medicación de 10 ítems (Drug Attitude Inventory, DAI-10, Hogan, Awad y Eastwood, 1983).

El inventario fue desarrollado para valorar la respuesta subjetiva y las actitudes de los pacientes psiquiátricos hacia su tratamiento farmacológico. Se compone de 10 ítems que evalúan, en una escala dicotómica de verdadero/falso y cada respuesta es

puntuada como +1 si es correcta o -1 si es incorrecta, el grado de comprensión de los pacientes sobre cómo les afecta el tratamiento y el nivel de satisfacción con su medicación. La puntuación final se obtiene mediante la suma de los puntos positivos y negativos y va desde -10 a +10, indicando las puntuaciones más altas con unas actitudes más positivas hacia la medicación. La obtención de una puntuación positiva en la escala implica que el sujeto muestra una actitud favorable hacia la medicación y ocurre lo mismo a la inversa. En este estudio se empleó la versión validada al español de la escala (alfa de Cronbach= 0.67; Robles García, Salazar Alvarado, Páez Agraz y Ramírez Barreto, 2004).

### ***Procedimiento***

En primer lugar, los profesionales de la salud del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria de la isla de Tenerife fueron los encargados de informar a los pacientes psiquiátricos. Tras firmar los pacientes el consentimiento se les realizó una entrevista en la sala de espera y, posteriormente cumplieron una batería de cuestionarios que incluían las variables sociodemográficas, psicológicas y clínicas incluidas en el estudio con un periodo de tiempo de aproximadamente 35 minutos.

### ***Análisis de datos***

Se realizaron diferentes análisis estadísticos. En primer lugar, se llevaron a cabo correlaciones de Pearson con el objetivo de examinar las relaciones existentes entre las variables sociodemográficas, clínicas, la autoeficacia y las actitudes hacia la medicación.

En segundo lugar, se realizaron diferencias de medias usando la t de Student, mediante la versión 19 del programa estadístico SPSS, para analizar las diferencias

existentes entre los grupos de alta y baja adherencia en relación con las variables sociodemográficas, clínicas, autoeficacia y actitudes hacia la medicación.

### **Resultados**

Los resultados de los análisis de correlación entre las variables sociodemográficas y clínicas indicaron que la autoeficacia se correlaciona significativamente con la edad ( $r = -.12, p < .05$ ), con el nivel educativo ( $r = .11, p < .05$ ) y con las actitudes hacia la medicación ( $r = .11, p < .05$ ). Así mismo, la variable actitudes hacia la medicación correlacionó de forma estadísticamente significativa con la edad ( $r = .11, p < .05$ ) y con la adherencia al tratamiento ( $r = .32, p < .01$ ). Por último, la adherencia al tratamiento mostró correlación significativa con la edad ( $r = .129, p < .05$ ).

Mediante el análisis de diferencias de medias se encontraron diferencias significativas entre los grupos de alta y baja adherencia en la variable edad ( $t(237) = -2.01, p < .046$ ). En cuanto a la variable tiempo de tratamiento se encontraron diferencias marginales ( $t(237) = -1.82, p < 0.71$ ). El grupo de alta adherencia al tratamiento fue el de mayor edad, con mayor tiempo de tratamiento, con un mayor nivel educativo, con mejores actitudes hacia la medicación y con mayor autoeficacia. El análisis de diferencias de medias entre los grupos de baja y alta adherencia mostró diferencias significativas en referencia a las actitudes hacia la medicación ( $t(237) = -5.16, p < .000$ ). Sin embargo, como se observa en la tabla 3, no se encontraron diferencias entre los grupos en autoeficacia.

*Tabla 3. Análisis de diferencias de medias entre los dos grupos de adherencia al tratamiento en función de variables socio-demográficas y clínicas.*

	Grupo 1		Grupo 2		t
	N=121		N=118		
	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica	
<b>Género</b>	1.74	.44	1.82	.384	-1.61
<b>Edad</b>	52.63	12.88	56.14	14.2	-2.01*
<b>Tiempo de Tratamiento</b>	81.02	83.80	102.91	101.96	-1.82
<b>Nivel Educativo</b>	1.60	.90	1.75	.97	-1.31
<b>Actitudes hacia la medicación</b>	1.95	4.23	4.66	3.87	-5.16**
<b>Autoeficacia</b>	2.85	.68	2.86	.73	-1.2

\*p < 0.05; \*\*p < 0.01.

### **Discusión**

El objetivo de este trabajo fue analizar el papel que tienen las variables sociodemográficas, género, edad, nivel educativo y tiempo de tratamiento, y las variables clínicas, actitudes hacia la medicación y autoeficacia percibida, sobre la adherencia al tratamiento en pacientes depresivos.

Los resultados de esta investigación muestran una alta consistencia con los encontrados en estudios anteriores.

En primer lugar, se confirma la hipótesis inicial planteada en esta investigación dado que se encontró que las variables sociodemográficas y clínicas se relacionaban con las actitudes hacia la medicación y la autoeficacia percibida. En cuanto a la autoeficacia, el nivel educativo mostró una relación directa con la autoeficacia, en la

misma línea que Peñate, De las Cuevas y Sanz (2014). Sin embargo, en nuestra investigación los resultados informaron de una correlación positiva entre la edad de los pacientes y la autoeficacia, es decir, a mayor edad los pacientes tenían mayor percepción de autoeficacia. Sin embargo, otras variables como el género, el nivel educativo o el número de fármacos no resultaron mostrar relaciones relevantes. En cuanto a las actitudes hacia la medicación, se encontró una relación estadísticamente significativa con la edad, siendo los pacientes de mayor edad los que presentaban, en general, una actitud positiva hacia la medicación. Estos resultados coinciden con los encontrados por Peñate, De las Cuevas y Sanz (2014), en los que se hipotetiza que podría ser debido a que los jóvenes están más informados de los efectos adversos que pueden llegar a desarrollar algunas personas debido a la medicación.

En segundo lugar, se encontró que las personas de mayor edad muestran una alta adherencia al tratamiento en comparación con otros grupos de menor edad confirmándose, por lo tanto, se confirma la segunda hipótesis planteada en este estudio que señala que la adherencia al tratamiento es mayor en aquellos grupos de pacientes de edades más avanzadas, tal y como se ha demostrado en estudios previos como el de Rivero-Santana et al (2013), que concluyen que la probabilidad de que las personas cumplan con las prescripciones del personal sanitario aumentan a medida que se avanza en edad.

Asimismo, en la presente investigación se observó diferencias entre las actitudes hacia la medicación y los dos grupos de adherencia al tratamiento, esto quiere decir que los pacientes con actitudes positivas hacia la medicación mostraron alta adherencia al tratamiento, en comparación con los pacientes que tenían una actitud negativa hacia los medicamentos los cuales mostraron baja adherencia al tratamiento, tal y como habían

demostrado De las Cuevas y Peñate (2015), por lo que, podemos afirmar que se confirma la tercera hipótesis.

Se mostró que no había diferencias significativas con respecto a la autoeficacia percibida según los pacientes depresivos tuviesen alta o baja adherencia al tratamiento, al igual que se había encontrado en el estudio de Peñate, De las Cuevas y Sanz (2014). Por tanto, los resultados obtenidos confirman la cuarta hipótesis planteada en el presente trabajo.

El presente trabajo presenta ciertas limitaciones. En primer lugar, no se han recogido medidas objetivas que no fueran autoinformes de ninguna de las variables estudiadas (adherencia al tratamiento, autoeficacia y actitud hacia la medicación), lo que podría contribuir a una mayor objetividad en su estudio. En segundo lugar, los autoinformes empleados están sometidos a engaño o podrían estar afectados por sesgos de tendencias de respuesta por parte de los participantes. En tercer lugar, los resultados pueden estar afectados por una tendencia de selección, debido a que hubo un alto grado de participación la muestra estaba compuesta por pacientes psiquiátricos con desórdenes depresivos, sin embargo, consideramos que esta muestra puede no ser totalmente representativa de la población de pacientes depresivos. Como cuarta limitación, aunque hay varios métodos para analizar la adherencia al tratamiento en este estudio solamente se usó un método.

Según los resultados obtenidos en nuestro estudio resulta de interés mejorar la comunicación de las intervenciones médicas que pueden causar en los pacientes la no adhesión al tratamiento y en las actitudes reacias de los mismos hacia los cambios. En la mejora en la comunicación, el médico debería escuchar, tener en cuenta las opiniones de los pacientes y hacer partícipe al paciente en las decisiones sobre las preinscripciones del tratamiento.

Mediante este estudio se han podido identificar la edad y el tiempo de tratamiento como las características clínicas y sociodemográficas que están más asociadas a la adherencia al tratamiento en pacientes depresivos. Además, se ha observado que las actitudes hacia la medicación muestran tener un papel más relevante que autoeficacia de los pacientes en relación a la adherencia en este tipo de pacientes.

### Referencias

- Aguirrezabalaga, J. R., Aguado, M., & Aizpurua, I. (2011). Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. *Infac*, 19(1), 1-6.
- Alvarado, L. Adherencia a tratamiento en la depresión. Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales y Departamento de Psiquiatría Oriente, Facultad de Medicina. Universidad de Chile
- Buus, N., Johannessen, H., & Stage, K. B. (2012). Explanatory models of depression and treatment adherence to antidepressant medication: a qualitative interview study. *International journal of nursing studies*, 49(10), 1220-1229. <http://dx.doi.org/10.1017/neu.2014.21>
- Carrobbles, J.A. (2014). Trastornos depresivos. En Caballo, V. E, Salazar, I.C & Carrobbles, J.A. *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp.339-365). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Conn, V. S., Ruppert, T. M., & Cooper, P. S. (2016). Patient-Centered Outcomes of Medication Adherence Interventions: Systematic Review and Meta-Analysis. *Value in Health*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2015.12.001>
- De las Cuevas, C., & Peñate, W. (Noviembre de 2015). El papel de las actitudes hacia la medicación en la adherencia al tratamiento psiquiátrico. *VIII Congreso Internacional y XIII Nacional de Psicología Clínica*. Conferencia llevada a cabo en

VIII Congreso Internacional y XIII Nacional de Psicología Clínica, Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC), Granada.

De las Cuevas, C., & Peñate, W. (Noviembre de 2015). El papel de la autoeficacia en la adherencia al tratamiento psiquiátrico. *VIII Congreso Internacional y XIII Nacional de Psicología Clínica*. Conferencia llevada a cabo en VIII Congreso Internacional y XIII Nacional de Psicología Clínica, Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC), Granada.

De las Cuevas, C., & Peñate, W. (Noviembre de 2015). El papel de la creencia de salud en la adherencia al tratamiento psiquiátrico. *VIII Congreso Internacional y XIII Nacional de Psicología Clínica*. Conferencia llevada a cabo en VIII Congreso Internacional y XIII Nacional de Psicología Clínica, Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC), Granada.

De las Cuevas, C., & Peñate, W. (2014). To what extent psychiatric patients feel involved in decision making about their mental health care? Relationships with socio-demographic, clinical, and psychological variables. *Acta neuropsychiatrica*, 26(06), 372-381. <http://dx.doi.org/10.1017/neu.2014.21> (About DOI)

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.  
doi: 10.1002/hup.2487.

De las Cuevas, C., & 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), 121-129.

- 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 outpatients with depression. *BMC psychiatry*, *14*(1), 1. <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-014-0324-6>
- 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.
- Escobar, S. G., & Medina, J. L. V. (2014). Significado psicológico de la depresión en médicos y psicólogos. *Psicología y Salud*, *15*(2), 257-262.
- Espada, J., González, M., Orgilés, M., Carballo, J., & Piqueras, J. (2012). Validación de la Escala de Autoeficacia General con adolescentes españoles. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, *10*(1), 355-370.
- Fumero, A. F., 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).
- Gabriel, A., & Violato, C. (2010). Knowledge of and attitudes towards depression and adherence to treatment: The Antidepressant Adherence Scale (AAS). *Journal of affective disorders*, *126*(3), 388-394. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2010.07.013>
- Krause, M., Güell, P., Zilveti, M., Jaramillo, A., Jiménez, J. P., & Luyten, P. (2016). Changing communities and increases in the prevalence of depression: is there a relationship?. *Universitas Psychologica*, *14*(4), 1259-1268. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY14-4.ccip>
- Martínez-Lorca, M., Martínez-Lorca, A., Aguado Romo, R., & Zabala-Baños, M. (2015). La adhesión terapéutica desde la vinculación emocional: la técnica U.

- Revista Clínica de Medicina de Familia*, 8(2), 171-172.  
<http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2015000200015>
- Mir, F. M., & Larrea, V. P. (2004). Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Información terapéutica del Sistema nacional de Salud*, 28(5), 113-120.
- Morales Miranda, H. E. (2015). Influencia de la depresión sobre la adherencia al tratamiento en pacientes TB-MDR de la Red Almenara de Essalud-Lima, Año 2015.
- Neira, M. E., Cova, F., Nazar, G., Parra, L., & Ortiz, N. (2012). Percepción de mujeres consultantes de atención primaria sobre el abandono del tratamiento de depresión. *Ciencia y enfermería*, 18(2), 31-39. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000200004>
- Pacheco, B., & Aránguiz, C. (2011). Factores relacionados a la adherencia a tratamiento en adolescentes con depresión. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 49(1), 69-78.  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272011000100009>
- Peralta, M. L., & Carbajal, P. (2008). Adherencia a tratamiento. *Rev Cent Dermatol Pascua*, 17(3), 84-8.
- Quiroz, C. O. A., & Flores, R. G. (2013). Ansiedad y depresión en adultos mayores. *Psicología y salud*, 17(2), 291-300.
- Rivero-Santana, A., Perestelo-Perez, L., Pérez-Ramos, J., Serrano-Aguilar, P., & De las Cuevas, C. (2013). Sociodemographic and clinical predictors of compliance with antidepressants for depressive disorders: systematic review of observational studies. *Patient Prefer Adherence*, 7, 151-169.
- Silva, G. E., Galeano, E., & Correa, J. O. (2005). Adherencia al tratamiento. *Acta medica colombiana*, 230, 268-73.

Vicens, C., Molina, R., Puebla-Guedea, M., & Gili, M. (2014). Adherencia terapéutica en pacientes depresivos de atención primaria: un estudio longitudinal. *Actas Esp Psiquiatr*, 42(3), 91-8.