

Trabajo de Fin de Grado de Psicología. Universidad de La Laguna, curso académico
2015-2016

LOCUS DE CONTROL EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DEPRESION

Alfredo Rodríguez Martín, Sergio León Izquierdo

Wenceslao Peñate, Ascensión Fumero

12/09/2016

ABSTRACT

Un tratamiento es funcional en la medida en que los pacientes se adhieran a este, es decir, mantengan las prescripciones médicas y tomen las indicaciones al pie de la letra. El objetivo de este estudio es observar si existe o no relación entre variables sociodemográficas, la variable locus de control, y que los pacientes se adhieran o no al tratamiento prescrito para la depresión. En el estudio se utilizó una serie de instrumentos como son la escala de Morisky (adherencia al tratamiento), El inventario de depresión de Beck II (DBI-II) (Depresión) y la forma c de la Escala Multidimensional de Locus de Control en Salud (MHLCS) para obtener la medida de las variables a estudiar. Dentro de las variables estudiadas, encontramos relación entre la adherencia y el motivo de la intervención, las ganas de cambio, y la relación médico-paciente.

ABSTRAC

A treatment is functional when the patients adhere to this, that is to say, a person adheres to a treatment when he keeps medical prescriptions and take the same directions. The objective of this study is to observe whether or not there relationship between sociodemographic variables, locus of control, and that patients adhere to treatment or not prescribed for depression. In the study was used a number of instruments as the scale are Morisky (adherence to treatment),The Beck Depression Inventory II (BDI-II) (Depression) and c form of Multidimensional Scale of Locus of Control in Health (MHLCS) for the measurement of the variables studied. Among the variables studied, we found relationship between adherence and the reason for the intervention, the desire to change, and the doctor-patient relationship.

Introducción

En la actualidad, y como nos dice De las Cuevas, Peñate y Sanz, (2014) en uno de sus estudios, uno de los trastornos más comunes y con mayor incidencia en la población es la depresión, la cual en un, hasta hace dos décadas, era considerada una enfermedad episódica aguda y autolimitada. Sin embargo en la actualidad se ha demostrado que tiene un curso crónico, y del que es bastante complicado salir completamente, con un nivel de recaída muy alto, siendo una de las causas de mayor discapacidad y muerte por suicidio. Uno de los grandes retos de la medicina actual, es que los pacientes con un trastorno del estado de ánimo sigan el tratamiento prescrito y se adhieran a este, ya que solo así se producirá una mejoría de su situación. Debemos tener en cuenta que la depresión, actualmente, es un trastorno que genera un alto nivel de incapacitación en la persona que la padece, lo que se traduce en un gran sufrimiento personal, que no se limita al paciente sino que también afecta a las personas que rodean al enfermo. Este alto nivel de incapacitación provoca a su vez un elevado gasto a nivel institucional, dada la elevada cantidad de bajas laborales que produce, y la utilización de recursos médicos que se derivan de la afluencia de estas personas a centros médicos para aliviar su dolencia. Según De las Cuevas, Peñate y Sanz, (2014) El número total de personas con depresión en Europa alcanzó 21 millones en 2004, y la Organización Mundial de la salud estima que en 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad en todo el mundo. Una baja adherencia a los tratamientos psiquiátricos provocará una disminución en la mejoría del curso de los pacientes con depresión, lo que conlleva un mayor gasto a nivel sanitario, y una mayor tasa de mortalidad (suicidios) debida a esta enfermedad.

Para comenzar, se podría definir la adherencia al tratamiento como el grado de seguimiento por parte del paciente de una serie de instrucciones médicas que incluyen usualmente un tratamiento farmacológico complejo. Tras cuatro décadas

de investigación, la literatura muestra que la adherencia al tratamiento en la práctica de la psiquiatría es un problema multifactorial que incluye factores centrados en el paciente, factores relacionados con la terapia, factores del sistema de salud, relación médico-paciente, factores de comunicación, factores sociales y económicos y factores de enfermedad. Por otro lado la organización mundial de la salud (OMS) también propone una clasificación multifactorial los determinantes de la adherencia en cinco dimensiones: la relacionada con el sistema social y económico, la relacionada con la salud, la relacionada con la terapia, la relacionada con la condición y la relacionada con el paciente. Sin embargo, como nos dice De las Cuevas et al. (2014), Una reciente revisión sistemática sobre el cumplimiento del tratamiento prescrito en pacientes con trastornos depresivos ha revelado que no existe evidencia de una relación sustancial entre cumplimiento y variables sociodemográficas o variables clínicas. Esto nos podría estar informando que los factores que componen estos factores que componen los determinantes de la adherencia al tratamiento, podrían no estar tan claramente definidos como aparentan.

Por otro lado, a partir de una revisión de 32 estudios sobre la adherencia al tratamiento de la depresión, Pampallona et al (2002) informaron que las tasas de cumplimiento tratamiento de 14 estudios epidemiológicos oscilaban entre el 30% y el 97%. El grado en el que paciente se adhiera, desencadenará en una buena o mala recuperación de su situación o cura de la enfermedad. Entre todas las variables que entran en juego para influir en el grado en que una persona se adhiere o no, como las variables demográficas, sexo, nivel cultura, etc., tenemos el locus de control que la persona tiene sobre su situación actual de enfermedad.

Cuando hablamos de locus de control, hablamos de la percepción que tiene una persona acerca de dónde se localiza el agente causal de los acontecimientos de su vida cotidiana o el grado en que un sujeto percibe que el origen de eventos,

conductas y de su propio comportamiento es interno o externo a él. Numerosas investigaciones como la de, De las Cuevas et al. (2014) respaldan que tener control, o la creencia de tener control, sobre la salud de uno ha presumido ser un constructo de importancia moderada en el comportamiento personal que promueve salud y ha demostrado ser de importancia para el bienestar, la calidad de vida y el buen funcionamiento de los pacientes con trastornos psiquiátricos. Numerosos estudios relacionan esta variable con el grado en que la persona se adhiere al tratamiento, entre ellos se encuentran las investigaciones de Lugli Rivero (2011) que estudió cómo el locus de control jugaba un papel determinante a la hora de que las personas obesas regularan su peso obteniendo como resultado, que aquellas personas obesas que se sienten capaces de controlar su peso, y a la vez tienen creencias débiles de que su peso depende de sus acciones, son aquellas que reportan mayor autorregulación del peso; las investigaciones de Cano, Zafra, Toro, y Ros (2009) pusieron de manifiesto cómo el estado de ánimo y el locus de control, afectan a la adherencia al tratamiento de deportistas de élite lesionados. Los resultados de este estudio indican que los factores emocionales evolucionan adoptando gradualmente un perfil ICEBERG (modelo de salud de Morgan), donde las dimensiones cólera, depresión y fatiga muestran una evolución descendente, vigor ascendente y tensión de mantenimiento con puntuaciones altas, siendo aquellos deportistas que poseyeran estados de ánimo más positivos, los que lograban sobreponerse a las lesiones; las investigaciones de Kurita, y Pimenta, (2004) estudiaron cómo la adherencia al tratamiento y el locus de control estaban relacionados a la hora de permanecer dentro de las preinscripciones que el médico realizaba sobre cómo realizar el tratamiento. Dicha investigación, tuvo como resultado que los enfermos con creencias con un mayor nivel de internalidad se adhirieron menos al tratamiento que aquellos que no poseían dicha creencia; Por último, y para ahondar aún más en el tema, tenemos el trabajo de Alfaro Cárdenas, (2012) que estudió cómo la calidad de vida estaba relacionada con el locus de

control, de un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis. Los resultados de esta investigación indicaron que un mayor locus de control interno y una menor orientación externa, están asociados a mejores niveles de calidad de vida relacionada con la salud en diversas dimensiones. Todas estas investigaciones ponen de manifiesto que el Locus de control, influye de varias maneras en la forma en que los pacientes se enfrentan a las circunstancias asociadas a la enfermedad, y una de las maneras es en la adherencia al tratamiento prescrito por su respectivo médico. Sin embargo, cuando hablamos de adherencia a un tratamiento con antidepressivos, los estudios empiezan a escasear.

El objetivo principal de esta investigación es, precisamente, observar si el Locus de Control, entre otras variables, de las personas que padecen depresión, influye o no, de alguna manera, en la adherencia al tratamiento. Para ellos realizaremos un análisis de correlación de Pearson y un ANOVA, que nos permita observar la posible influencia de las variables en la adherencia al tratamiento.

Método

En esta investigación pretendemos observar la importancia que tiene la variable del locus de control dentro de la adherencia al tratamiento en pacientes con depresión. Para ello, realizaremos un análisis de correlación de Pearson y un ANOVA, que nos permitiera ver las relaciones existentes entre adherencia, locus de control, variables sociodemográficas y variables clínicas de un total de 461 pacientes ingresados en el Hospital Nuestra Señora de la Candelaria, en Tenerife.

Participantes.

El número total de participantes fue de 461, de los cuales el 21,2% (98) eran del sexo masculino y el 78,6% (363) del sexo femenino. La edad está comprendida

entre los 18 y los 85 años, con una media de 54,33 años. En cuanto al nivel de estudio, el 35.5% de participantes (164) han acabado la educación primaria; el 32,5 (150) han acabado la educación secundaria; y el 21.2% (98) tienen estudios universitarios; el 10,8% (50) saben leer y escribir. Los participantes han estado desde 2 semanas a 12 años y medio con depresión, con una media de 2 años padeciendo dicho trastorno. Cabe destacar que el tamaño muestral en un principio era de 462, sin embargo un sujeto no prosiguió. En cuanto a las variables predictivas relevantes para el estudio, fueron la edad, el género, el nivel educativo, la medicación utilizada en sus tratamientos, el tiempo de tratamiento, las ganas de cambio y la relación médico-paciente.

En cuanto a los criterios de selección, fueron elegidos para su inclusión en el estudio si eran mayores de 18 años y si fueron diagnosticados por sus psiquiatras utilizando la clasificación internacional en su décima edición (CIE 10) según los criterios para los trastornos del ánimo F31 (trastorno afectivo bipolar), F32 (episodio depresivo), F33 (trastorno depresivo recurrente) y F34.1 (Distimia).

Por otro lado, se le informó a cada paciente del objetivo de esta investigación y se le solicitó que firmaran un documento con el consentimiento informado aprobado por el comité de ética de investigación clínica del Hospital Nuestra Señora de Candelaria en Santa Cruz de Tenerife.

Instrumento.

En el estudio se analizaron variables sociodemográficas y clínicas, como son el sexo, la edad, el nivel educativo y el tiempo que llevan en tratamiento psiquiátrico, además de otro tipo de variables, como son el locus de control, la adherencia al tratamiento y el nivel de depresión. Para conseguir los datos de las variables ya mencionadas, se utilizaron una serie de cuestionarios de autoinforme, como son: la escala de Morisky (adherencia al tratamiento), validada para nuestro país, y que

consta de cuatro ítems que indagan sobre si el paciente cumple o no con las pautas que el médico le ha dado, clasificando a los pacientes entre cumplidores y no cumplidores; El inventario de depresión de Beck II (DBI-II), una prueba de autoinforme que se compone de una escala tipo Likert compuesta por 21 ítems, que se utiliza para detectar y evaluar la gravedad de la depresión (leve, moderada, severa) y que además dicha escala está adaptada para la población española; y la forma c de la Escala Multidimensional de Locus de Control en Salud (MHLCS), compuesta por una escala tipo Likert 18 ítems generales , y dividida en cuatro subescalas, una de locus de control interno y tres de locus de control externo (oportunidad, médicos y otros). Esta escala está validada para utilizarla en nuestro país; además, aparte de estas escalas e inventarios se contó con una serie de preguntas para averiguar los datos sociodemográficos y clínicos.

Procedimiento.

Una vez seleccionados los participantes, se les explicó en qué iba a consistir la investigación y que pruebas se les iban a pasar. Una vez pasadas los cuestionarios, se realizó un análisis estadístico, más específicamente un ANOVA y un análisis de las correlaciones entre variables para ver si existía algún tipo de relación entre la adherencia al tratamiento (variable dependiente) y el resto de variables (historia del paciente psiquiátrico, tipo de drogas psicoactivas tomadas actualmente, número de doctores que han tenido los pacientes, número de ingresos psiquiátricos que ha tenido el paciente, y si estos han sido voluntarios o involuntarios). Por otro lado, y en relación a los datos socio demográficos aportados por los pacientes se evaluaron según el análisis descriptivo.

Resultados

Para analizar los resultados, se realizó un análisis de correlación inicial para observar las posibles relaciones entre variables. En este análisis encontramos que los niveles de adherencia medidos por la escala de Morisky muestran una correlación negativa con el motivo del ingreso y una correlación positiva con la percepción que tiene el paciente del médico, con un nivel de 0,01, además, también se encontró correlaciones positivas en las variables sociodemográficas de edad y género con un nivel de significación de 0.05. Después se realizó un ANOVA, en el cual pudimos observar que de todas las variables que influían en el grado de adherencia al tratamiento, son 3 las que parece que tienen una repercusión más significativa en este. Entre ellas, se encuentra el motivo del internamiento que también fue una variable significativa ($0.004 < 0.05$), así como las ganas de cambio ($0.005 < 0.05$) y la percepción que tiene el paciente del médico ($0.01 < 0.05$).

El resto de las variables que se estudiaron en un principio, como el género del paciente, el consumo de drogas o el tiempo de internamiento en el hospital, no resultaron significativas siendo las 3 anteriores las únicas que obtuvieron unos resultados más destacables y significativos.

Discusión

Según los resultados expuestos se nos muestran que variables que en un principio puedan parecer importantes dentro de la posibilidad de seguimiento de un tratamiento en un trastorno depresivos como serían las variables sociodemográficas relacionadas con la cultura, el sexo, el nivel socio económico de la persona, no son realmente influyentes en que una se adhiera al tratamiento o no. La única variable sociodemográfica que demostró una posible relación con la adherencia fue la edad

del paciente depresivo, lo que coincide con diversos estudios, como el realizado por De las Cuevas et al. (2014), que ponen de manifiesto una correlación negativa entre edad del paciente y la posibilidad adherencia al tratamiento, aunque existen discordancias con respecto a esta variable.

La significación estadística mostrada en la variable relación la percepción que tiene el paciente del médico muestra como una adecuada relación entre la persona que prescribe el tratamiento y su paciente puede repercutir positivamente en que los pacientes se adhieran mejor al tratamiento prescrito. De las Cuevas et al. (2014) encuentran en sus estudios algo similar, dado que según sus resultados, las puntuaciones registradas por los pacientes depresivos en la subescala referida al doctor sugiere que los pacientes depresivos creen que sus médicos juegan un papel crucial en la mejora de su estado de salud. Por el contrario, también encontraron que las atribuciones que los demás hacían sobre la enfermedad del paciente también era un factor significativo en la adherencia al tratamiento, cuestión que no hemos encontrado en nuestro estudio.

Por último las ganas y la motivación para el cambio se manifestaron como una variable significativa, lo que pone de relieve la importancia de las actitudes internas del paciente a la hora de enfrentarse a la depresión en relación con la capacidad de este para adherirse al tratamiento prescrito.

En conclusión, y en contra de lo que cabe esperar, las variables sociodemográficas (salvo la edad) no tienen tanta importancia a la hora de describir la adherencia al tratamiento como otras variables más relacionadas con las habilidades y motivaciones que el paciente tiene para el cambio y la reacción ante la depresión, los motivos que han llevado al paciente a la hospitalización y prescripción del tratamiento, y en cómo se establece la relación médico-paciente, y las atribuciones que este último hace sobre las capacidades del médico en relación con su enfermedad. Es necesario realizar un mayor número de investigaciones en este sentido, dado que hay muy poco volumen que relacionen la variable de adherencia

al tratamiento con variables psicológicas como el locus de control en personas con depresión.

Referencias

- Alfaro Cárdenas, P. F. (2012). Calidad de vida relacionada a la salud y locus de control de la salud en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis.
- Cano, L. A., Zafra, A. O., Toro, E. O., & Ros, F. E. (2009). Estados de ánimo y adherencia a la rehabilitación de deportistas lesionados. *Apunts. Medicina de l'Esport*, 44(161), 29-37.
- Banerjee, S., & Varma, R. P. (2013). Factors affecting non-adherence among patients diagnosed with unipolar depression in a psychiatric department of a tertiary hospital in Kolkata, India. *Depression research and treatment*, 2013
- De las Cuevas, C., Peñate, W., & Sanz, E. J. (2014). Risk factors for non-adherence to antidepressant treatment in patients with mood disorders. *European journal of clinical pharmacology*, 70(1), 89-98.
- De las Cuevas, C., Peñate, W., & Sanz, E. J. (2014). The relationship of psychological reactance, health locus of control and sense of self-efficacy with adherence to treatment in psychiatric outpatients with depression. *BMC psychiatry*, 14(1), 1
- 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.
- Gelabert, M. M. A., Pastor, M. A., Lledó, A., López-Roig, S., Terol, M. C., & Rodríguez-Marín, J. (2001). Percepción de control en el síndrome fibromiálgico: variables relacionadas. *Psicothema*, 13(4), 586-591.
- Kurita, G. P., & Pimenta, C. A. D. M. (2004). Adesão ao tratamento da dor crônica e o locus de controle da saúde. *Rev esc enferm USP*, 38(3), 254-61.

Ortín Montero, F. J. (2009). Factores psicológicos y socio-deportivos y lesiones en jugadores de fútbol semiprofesionales y profesionales.

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.

Estadísticos descriptivos

Gender

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Male	98	21,2	21,3	21,3
	Female	363	78,6	78,7	100,0
	Total	461	99,8	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,2		
Total		462	100,0		

Age

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	18	1	,2	,2	,2
	19	3	,6	,7	,9
	20	1	,2	,2	1,1
	22	1	,2	,2	1,3
	23	3	,6	,7	2,0
	25	2	,4	,4	2,4

26	3	,6	,7	3,0
27	2	,4	,4	3,5
28	3	,6	,7	4,1
29	3	,6	,7	4,8
30	3	,6	,7	5,4
31	6	1,3	1,3	6,7
32	4	,9	,9	7,6
33	3	,6	,7	8,2
34	3	,6	,7	8,9
35	3	,6	,7	9,5
36	4	,9	,9	10,4
37	2	,4	,4	10,8
38	3	,6	,7	11,5
39	7	1,5	1,5	13,0
40	6	1,3	1,3	14,3
41	11	2,4	2,4	16,7
42	6	1,3	1,3	18,0
43	5	1,1	1,1	19,1
44	4	,9	,9	20,0
45	9	1,9	2,0	21,9
46	8	1,7	1,7	23,6

47	9	1,9	2,0	25,6
48	15	3,2	3,3	28,9
49	17	3,7	3,7	32,5
50	12	2,6	2,6	35,1
51	11	2,4	2,4	37,5
52	8	1,7	1,7	39,3
53	21	4,5	4,6	43,8
54	20	4,3	4,3	48,2
55	17	3,7	3,7	51,8
56	19	4,1	4,1	56,0
57	17	3,7	3,7	59,7
58	12	2,6	2,6	62,3
59	14	3,0	3,0	65,3
60	14	3,0	3,0	68,3
61	14	3,0	3,0	71,4
62	7	1,5	1,5	72,9
63	12	2,6	2,6	75,5
64	16	3,5	3,5	79,0
65	11	2,4	2,4	81,3
66	10	2,2	2,2	83,5
67	6	1,3	1,3	84,8

68	5	1,1	1,1	85,9
69	5	1,1	1,1	87,0
70	8	1,7	1,7	88,7
71	8	1,7	1,7	90,5
72	7	1,5	1,5	92,0
73	7	1,5	1,5	93,5
74	6	1,3	1,3	94,8
75	2	,4	,4	95,2
76	3	,6	,7	95,9
77	5	1,1	1,1	97,0
79	4	,9	,9	97,8
80	5	1,1	1,1	98,9
81	2	,4	,4	99,3
82	1	,2	,2	99,6
83	1	,2	,2	99,8
85	1	,2	,2	100,0
Total	461	99,8	100,0	
Perdidos Sistema	1	,2		
Total	462	100,0		

EducationalLevel

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Can read and write	50	10,8	10,8	10,8
	Primary	164	35,5	35,5	46,3
	Secondary	150	32,5	32,5	78,8
	University	98	21,2	21,2	100,0
	Total	462	100,0	100,0	

TreatTime

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2	2	,4	,4	,4
	3	14	3,0	3,0	3,5
	4	5	1,1	1,1	4,5
	5	4	,9	,9	5,4
	6	15	3,2	3,2	8,7
	7	2	,4	,4	9,1
	8	6	1,3	1,3	10,4
	9	2	,4	,4	10,8
	10	2	,4	,4	11,3
	12	41	8,9	8,9	20,1

15	1	,2	,2	20,3
18	10	2,2	2,2	22,5
24	44	9,5	9,5	32,0
30	5	1,1	1,1	33,1
36	30	6,5	6,5	39,6
48	30	6,5	6,5	46,1
60	34	7,4	7,4	53,5
65	2	,4	,4	53,9
70	2	,4	,4	54,3
72	21	4,5	4,5	58,9
84	17	3,7	3,7	62,6
90	1	,2	,2	62,8
96	15	3,2	3,2	66,0
98	4	,9	,9	66,9
100	1	,2	,2	67,1
108	6	1,3	1,3	68,4
120	30	6,5	6,5	74,9
124	2	,4	,4	75,3
133	3	,6	,6	76,0
134	2	,4	,4	76,4

135	1	,2	,2	76,6
136	4	,9	,9	77,5
144	8	1,7	1,7	79,2
156	5	1,1	1,1	80,3
164	1	,2	,2	80,5
165	1	,2	,2	80,7
166	3	,6	,6	81,4
168	3	,6	,6	82,0
175	1	,2	,2	82,3
180	12	2,6	2,6	84,8
184	1	,2	,2	85,1
190	1	,2	,2	85,3
192	1	,2	,2	85,5
200	4	,9	,9	86,4
210	3	,6	,6	87,0
212	1	,2	,2	87,2
220	1	,2	,2	87,4
224	2	,4	,4	87,9
240	22	4,8	4,8	92,6
252	1	,2	,2	92,9

264	5	1,1	1,1	93,9
288	1	,2	,2	94,2
300	7	1,5	1,5	95,7
312	1	,2	,2	95,9
320	1	,2	,2	96,1
360	10	2,2	2,2	98,3
372	1	,2	,2	98,5
390	1	,2	,2	98,7
400	2	,4	,4	99,1
420	1	,2	,2	99,4
480	2	,4	,4	99,8
600	1	,2	,2	100,0
Total	462	100,0	100,0	

Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desv. típ.
Gender	461	1,79	,410
Age	461	54,33	13,128
EducationalLevel	462	1,64	,934
TreatTime	462	93,70	97,555
DrugsNum	459	2,80	1,277

Prefered	462	1,25	,524
Experienced	462	1,73	,447
MoriskiTotal	454	6,3596	1,61762
InternalMean	461	3,9425	1,24018
ChanceMean	461	2,4432	1,15013
DoctorMean	461	5,0398	1,10734
OtherPeopleMean	461	3,7035	1,25892
RAfecMean	462	3,3503	1,11963
RCogMean	462	2,0124	,78936
SelfMean	462	2,8552	,68136
N válido (según lista)	449		

Correlaciones

		Gender	Age	Educa Level	Treat Time	Drugs Num	Prefered	Experience d	Moriski Total	Internal Mean	Chance Mean	Doctor Mean	Other People Mean	RAfecM ean	RCog Mean	Self Mean
Gender	R	1	,089	-,080	,201**	,000	,065	,013	,101*	-,122**	,083	-,013	,050	-,025	-,093*	-,024
	P		,056	,087	,000	,995	,162	,786	,031	,009	,075	,786	,281	,598	,046	,612
	N	461	461	461	461	458	461	461	453	460	460	460	460	461	461	461
Age	R	,089	1	-,265**	,256**	,030	,245**	,047	,117*	-,135**	,017	,060	,089	-,202**	-,092*	-,119*
	P	,056		,000	,000	,519	,000	,313	,013	,004	,708	,196	,055	,000	,049	,010

	N	461	461	461	461	458	461	461	453	460	460	460	460	461	461	461
EducationalLevel	R	-,080	-,265**	1	-,123**	-,054	-,145**	-,037	,043	,026	-,181**	-,039	,054	,105*	,036	,114*
	P	,087	,000		,008	,247	,002	,423	,357	,580	,000	,404	,243	,024	,442	,014
	N	461	461	462	462	459	462	462	454	461	461	461	461	462	462	462
TreatTime	R	,201**	,256**	-,123**	1	,160**	,078	,046	,081	-,075	-,017	-,010	-,004	-,052	-,004	-,037
	P	,000	,000	,008		,001	,095	,328	,084	,108	,723	,838	,932	,261	,935	,429
	N	461	461	462	462	459	462	462	454	461	461	461	461	462	462	462
DrugsNum	R	,000	,030	-,054	,160**	1	,007	,015	-,024	-,105*	,063	,056	,085	,042	,066	-,085
	P	,995	,519	,247	,001		,889	,743	,606	,024	,175	,228	,069	,375	,160	,069
	N	458	458	459	459	459	459	459	451	458	458	458	458	459	459	459
Prefered	R	,065	,245**	-,145**	,078	,007	1	,302**	,109*	-,045	,105*	,129**	-,001	-,068	-,048	-,092*
	P	,162	,000	,002	,095	,889		,000	,020	,331	,024	,006	,986	,147	,301	,048
	N	461	461	462	462	459	462	462	454	461	461	461	461	462	462	462
Experienced	R	,013	,047	-,037	,046	,015	,302**	1	,000	-,034	,024	-,055	,015	,003	,052	-,046
	P	,786	,313	,423	,328	,743	,000		,992	,472	,607	,242	,749	,957	,261	,320
	N	461	461	462	462	459	462	462	454	461	461	461	461	462	462	462
MoriskiTotal	R	,101*	,117*	,043	,081	-,024	,109*	,000	1	-,174**	-,119*	,172**	,028	-,205**	-,187**	,013
	P	,031	,013	,357	,084	,606	,020	,992		,000	,011	,000	,547	,000	,000	,781
	N	453	453	454	454	451	454	454	454	453	453	453	453	454	454	454
InternalMean	R	-,122**	-,135**	,026	-,075	-,105*	-,045	-,034	-,174**	1	-,020	,066	,042	,163**	,120**	,193**
	P	,009	,004	,580	,108	,024	,331	,472	,000		,665	,159	,369	,000	,010	,000
	N	460	460	461	461	458	461	461	453	461	461	461	461	461	461	461

ChanceMean	R	,083	,017	-,181**	-,017	,063	,105*	,024	-,119*	-,020	1	,020	,109*	,073	,171**	-,082
	P	,075	,708	,000	,723	,175	,024	,607	,011	,665		,676	,019	,117	,000	,080
	N	460	460	461	461	458	461	461	453	461	461	461	461	461	461	461
DoctorMean	R	-,013	,060	-,039	-,010	,056	,129**	-,055	,172**	,066	,020	1	,118*	-,026	-,158**	,018
	P	,786	,196	,404	,838	,228	,006	,242	,000	,159	,676		,011	,574	,001	,703
	N	460	460	461	461	458	461	461	453	461	461	461	461	461	461	461
OtherPeopleMean	R	,050	,089	,054	-,004	,085	-,001	,015	,028	,042	,109*	,118*	1	,137**	,035	-,040
	P	,281	,055	,243	,932	,069	,986	,749	,547	,369	,019	,011		,003	,447	,392
	N	460	460	461	461	458	461	461	453	461	461	461	461	461	461	461
RAfecMean	R	-,025	-,202**	,105*	-,052	,042	-,068	,003	-,205**	,163**	,073	-,026	,137**	1	,551**	,105*
	P	,598	,000	,024	,261	,375	,147	,957	,000	,000	,117	,574	,003		,000	,024
	N	461	461	462	462	459	462	462	454	461	461	461	461	462	462	462
RCogMean	R	-,093*	-,092*	,036	-,004	,066	-,048	,052	-,187**	,120**	,171**	-,158**	,035	,551**	1	,070
	P	,046	,049	,442	,935	,160	,301	,261	,000	,010	,000	,001	,447	,000		,132
	N	461	461	462	462	459	462	462	454	461	461	461	461	462	462	462
SelfMean	R	-,024	-,119*	,114*	-,037	-,085	-,092*	-,046	,013	,193**	-,082	,018	-,040	,105*	,070	1
	P	,612	,010	,014	,429	,069	,048	,320	,781	,000	,080	,703	,392	,024	,132	
	N	461	461	462	462	459	462	462	454	461	461	461	461	462	462	462

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Gender	Inter-grupos	,447	1	,447	2,596	,108
	Intra-grupos	40,800	237	,172		
	Total	41,247	238			
Age	Inter-grupos	738,515	1	738,515	4,041	,046
	Intra-grupos	43314,815	237	182,763		
	Total	44053,331	238			
EducationalLevel	Inter-grupos	1,514	1	1,514	1,733	,189
	Intra-grupos	207,030	237	,874		
	Total	208,544	238			
TreatTime	Inter-grupos	28626,678	1	28626,678	3,295	,071
	Intra-grupos	2059045,942	237	8687,958		
	Total	2087672,619	238			
DrugsNum	Inter-grupos	,970	1	,970	,610	,435
	Intra-grupos	373,612	235	1,590		
	Total	374,582	236			
InternalMean	Inter-grupos	12,759	1	12,759	8,518	,004

	Intra-grupos	353,491	236	1,498		
	Total	366,250	237			
ChanceMean	Inter-grupos	9,897	1	9,897	7,901	,005
	Intra-grupos	295,624	236	1,253		
	Total	305,522	237			
DoctorMean	Inter-grupos	8,495	1	8,495	6,784	,010
	Intra-grupos	295,537	236	1,252		
	Total	304,032	237			
OtherPeopleMean	Inter-grupos	,067	1	,067	,044	,834
	Intra-grupos	358,153	236	1,518		
	Total	358,220	237			