



El papel de la opinión sobre el medicamento en la adherencia al tratamiento

Trabajo de fin de Grado de la facultad de Ciencias de la Salud, sección de

Psicología y Logopedia, Universidad de La Laguna

Curso: 2016/2017

Pedro Marrero Briones

DNI: 78729523V

Tania Isabel Reina Rodríguez

DNI: 45780715C

Tutores: Ascensión Fumero Hernández y Wenceslao Peñate Castro

Resumen

Objetivo: Analizar la relación entre ciertos factores de la personalidad (opinión sobre el medicamento), variables sociodemográficas, otros factores de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes que toman medicación de manera crónica. Método: La muestra está compuesta por 502 participantes que consumen fármacos regularmente, a los que se le administraron autoinformes para recoger datos sobre variables sociodemográficas, clínicas, factores de personalidad y grado de adherencia al tratamiento. Resultados: La variable sociodemográfica que se relacionó con la opinión sobre el medicamento fue la edad: a mayor edad, mayor farmacofilia. Se encontró también una correlación significativa positiva entre el locus de control interno, una correlación significativa negativa entre locus de control externo y la farmacofilia. La muestra del estudio presentó, en su mayoría, tendencia a la farmacofilia. Las otras correlaciones encontradas con la farmacofilia fueron una correlación significativa negativa con las variables reactancia psicológica, una correlación significativa positiva con la actitud hacia los fármacos, y finalmente, una correlación significativa negativa con el nivel de adherencia. El análisis de diferencia de medias no mostró diferencias significativas entre los grupos de alta y baja adherencia.

Palabras clave: opinión, medicación, adherencia, tratamiento, crónico, farmacofobia, farmacofilia.

Abstract

Objective: To analyze the relationship between certain personality factors (opinion about the medication), sociodemographic variables, other personality factors and level of adherence to treatment in patients who take chronic medication. Method: The sample consisted of 502 participants with chronic prescribed medication, who were given self-reports to collect data on sociodemographic variables, clinical variables, personality factors and level of adherence

to treatment. Results: The socio-demographic variable that was related to the opinion about the medication was age: older age implies higher pharmacophilia. The study sample showed, for the most part, a tendency towards pharmacophilia. The other correlations found with pharmacophilia were a significant negative correlation with the variables reactancia psychological, a significant positive correlation with the attitude toward the drugs, and finally, a significant negative correlation with the level of adherence. The mean difference analysis did not show significant differences between the high and low adherence groups.

Key words: opinion, medication, adherence, treatment, chronic, pharmacophobia, pharmacophilia.

Introducción

Se entiende por adherencia al tratamiento la medida en que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones acordadas por el profesional de la salud (Aguirrezabalaga, Aguado & Aizpurua, 2011). La adherencia, entre otras cosas, muestra la actitud del paciente hacia el consumo real de medicamentos. Esta definición de adherencia implica que el paciente y el profesional sanitario han llegado a un acuerdo sobre el medicamento prescrito.

Inicialmente, el término cumplimiento de las prescripciones terapéuticas definió la medida en la que un paciente lleva a cabo la pauta marcada por el médico. Sin embargo, se ha cuestionado esta manera de entenderlo, ya que considera que el paciente tiene un rol pasivo en su tratamiento, en el que se limita a tomar el medicamento estrictamente como se lo prescribió el médico. Por el contrario, el término incumplimiento se ha entendido como la responsabilidad del paciente que ha errado a la hora de seguir las instrucciones del prescriptor. Hoy en día se prefiere utilizar el término adherencia porque evidencia la

participación activa del paciente en el proceso de la toma de medicamentos, así como la responsabilidad del médico, de tal manera que se propicia la toma de decisiones compartidas.

Los medicamentos no funcionan si los pacientes no los toman. La falta de adherencia a los tratamientos farmacológicos prescritos es una barrera significativa para el tratamiento exitoso de los trastornos psiquiátricos en la práctica clínica y esto se ha relacionado con resultados de tratamiento deficientes, como un mayor riesgo de recaída y recurrencia, además del aumento de los costos sanitarios (Sabaté, 2003, De las Cuevas, 2011). El estudio de los posibles determinantes de la adherencia es un tema complejo porque está influenciado por muchos factores que, solos o en combinación, pueden llevar al paciente a no adherirse al tratamiento, al equipo de atención médica y los factores relacionados con el sistema de salud, los factores relacionados con la condición médica, las características de las terapias y los factores relacionados con el paciente (Sabaté, 2001). Hoy en día, sigue existiendo una evidente necesidad de identificar los factores que determinan la falta de adherencia y que podrían ser manipulados en las intervenciones. Usar de la mejor manera los medicamentos no sólo aporta beneficios y resultados positivos sobre los pacientes, sino que además previene posibles recaídas, de ahí la importancia de que esos factores sean identificados. La literatura existente sobre los predictores de cumplimiento del tratamiento psiquiátrico prescrito ha puesto en evidencia la incongruencia en la capacidad explicativa de las variables sociodemográficas y clínicas (Sabaté, 2001).

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico o el no cumplimiento de la terapia, es un problema importante y que prevalece en la práctica clínica, en especial en el caso de las enfermedades crónicas. Aproximadamente un 20-50 % de los pacientes no sigue la pauta farmacológica prescrita por su facultativo, aunque la tasa de no cumplimiento puede variar mucho según la enfermedad padecida (Kripalani, Yao & Haynes, 2007). En lo que respecta a las enfermedades crónicas, la OMS considera la falta de adherencia un tema de

máxima prioridad en la sanidad pública, por las consecuencias negativas que conlleva: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costes sanitarios (Palop & Martinez, 2004).

De las Cuevas, De León, Peñate & Betancort (2017) sobre los factores que influyen en la adherencia a los medicamentos psicofarmacológicos en pacientes psiquiátricos ponen de relieve la relevancia de las variables de control de salud percibidas en la comprensión del nivel de adherencia de los pacientes psiquiátricos a los medicamentos psicofarmacológicos. El estudio de estas características psicológicas es especialmente relevante, ya que las variables de control de salud de cada paciente determinan su enfoque hacia las intervenciones diagnósticas y terapéuticas administradas, lo que afecta la adherencia al tratamiento y, en consecuencia, el pronóstico de tal paciente. Según los autores, existe una brecha asistencial entre médicos y pacientes, que se ve favorecida por la falta de adherencia al tratamiento farmacológico de los trastornos psiquiátricos. Esto es un problema mundial de grave y de elevada magnitud. La efectividad de los tratamientos disponibles se ve comprometida por la falta de adherencia a los medicamentos adecuadamente prescritos, lo que interfiere con la recuperación de los pacientes e implica un importante costo económico para los sistemas nacionales de salud.

La revisión de la literatura científica existente ha puesto en evidencia que las tasas de falta de adherencia al tratamiento farmacológico presentan una gran variabilidad (De las Cuevas, De León, Peñate & Betancort, 2017). La adherencia al tratamiento farmacológico es importante en el caso de que el médico justifique clínicamente su prescripción y sea la adecuada para las necesidades cambiantes de los pacientes. Es muy complejo tratar de definir qué se entiende por una adecuada prescripción de medicamentos psicotrópicos, ya que se deben tener en cuenta aspectos farmacológicos, clínicos, sociales y económicos. Esta dificultad probablemente facilita la gran variación que existe en la cantidad y tipos de

psicofármacos prescritos entre los distintos países, dentro de un mismo país, e incluso dentro de un mismo hospital por parte de diferentes facultativos de manera individual.

En relación a los estudios que se están mencionando, el objetivo de este trabajo es analizar el papel de la opinión sobre el medicamento, así como de las variables sociodemográficas (género, edad y nivel educativo) en relación con el nivel de adherencia al tratamiento. Además, se pretende observar si existen diferencias significativas entre las variables.

La clasificación de pacientes psiquiátricos como "farmacófilos" o "farmacofóbicos" según sus actitudes positivas o negativas hacia el uso de fármacos (Amering y Katschnig, 1993) podría ser de interés porque corresponden a las opiniones polarizadas sobre el uso de fármacos que prevalecen en el público en general, lo cual muestra diferencias considerables entre países y culturas (Sibitz et al., 2005).

Christudas, Gupta, Undela, Isaac, Ram & Ramesh (2016) sobre la evaluación del impacto de la farmacofilia y la farmacofobia en la adherencia a la medicación en pacientes con trastornos psiquiátricos, observaron que las reacciones adversas a los medicamentos resultaron ser significativamente mayores en el grupo de pacientes con farmacofobia que en el grupo de pacientes con farmacofilia. Hubo evidencia de que los antipsicóticos eran los medicamentos que con mayor frecuencia se le prescribió al grupo de pacientes con farmacofobia. En este estudio, se halló que los pacientes con farmacofilia puntuaron más alto en adherencia (Puntuación media de 6.98) que los pacientes farmacofóbicos. Este estudio concluyó que la farmacofobia hacia los agentes psicofarmacológicos redujo significativamente la adherencia a la medicación entre los pacientes con trastornos psiquiátricos.

Revisiones recientes (Christudas, Gupta, Undela, Isaac, Ram & Ramesh, 2016) han concluido que la actitud de los pacientes hacia la medicación desempeña un papel

significativo en la adherencia a la medicación. Farmacofobia define la expresión de actitudes negativas hacia la medicación mientras que farmacofilia define la expresión de actitudes positivas. Ambos son de gran interés y traen consecuencias importantes sobre los pacientes a la hora de usar fármacos. Los hallazgos de los estudios dirigidos a identificar los factores que influyen en la actitud del paciente frente a los agentes psicofarmacológicos mostraron poca consistencia. Se observó que las reacciones adversas a fármacos fueron significativamente mayores en el grupo farmacofóbico que en el grupo farmacofílico. Alrededor del 83% de los pacientes con farmacofobia experimentaron uno o más de las reacciones adversas a los fármacos durante su tratamiento, lo que es más alto en comparación en el grupo farmacofílico. Se encontró que el número medio de hospitalizaciones fue significativamente mayor entre los pacientes con farmacofobia en comparación con los pacientes con farmacofilia. Sin embargo, no se encontró diferencia significativa entre ambos grupos con respecto a la duración de la enfermedad y el tratamiento, el número de medicamentos recibidos por los pacientes del estudio, y el costo por prescripción. De los 54 pacientes farmacofóbicos, sólo 3 (5.6%) pacientes fueron adherentes y el resto (94.4%) resultaron ser no adherentes. La puntuación de adherencia media se encontró significativamente mayor entre los pacientes con farmacofilia en comparación con los pacientes con farmacofobia.

De las Cuevas & Peñate (2015) acerca de la opinión sobre el medicamento en psiquiatría, y su relación con la adherencia al tratamiento, mostraron que hubo diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto al género, el número de medicamentos psiquiátricos utilizados, el número de ingresos psiquiátricos o las subescalas de control de locus de control internas, de riesgo y de otras personas. Los pacientes farmacofílicos eran significativamente mayores que los farmacofóbicos, lo que podría apoyar una de las hipótesis que se planteará a continuación en el presente trabajo. Los pacientes farmacofóbicos tenían niveles educativos más altos, lo que va en la dirección contraria de otra de las hipótesis que se

van a plantear en este estudio. En cuanto a los diagnósticos, el grupo farmacofílico incluía más pacientes con trastorno esquizofrénico y bipolar, mientras que los farmacofóbicos incluían más trastornos de ansiedad y personalidad. Los pacientes farmacofílicos autoinformaron mayor adherencia al tratamiento. Sólo la subescala de locus de control de salud del doctor muestra una clara distinción entre los dos grupos. Los pacientes farmacofóbicos registraron valores significativamente más altos en la reactancia psicológica afectiva y cognitiva y disminuyeron su autoeficacia general. Como se esperaba, un mayor nivel de adherencia al tratamiento se asoció con la farmacofilia, lo que va en contraposición a la hipótesis principal que a continuación será planteada en este trabajo de investigación. El locus externo de variables de control (dependen de los médicos o confiar en otras personas significativas) se asoció en diferentes direcciones: confiar en los médicos se asoció con la farmacofilia, y confiar en otras personas significativas se asoció con la farmacofobia, lo que apoyaría la última de las hipótesis que seguidamente formularemos en este estudio.

Son de enorme importancia las variables de control de salud percibidas para conformar la actitud hacia los fármacos. Las condiciones más favorables para alentar la adherencia al tratamiento de pacientes psiquiátricos incluyen la falta de coerción durante la prescripción, una relación positiva con el prescriptor, la persuasión verbal, la información que contiene experiencia vicaria, la participación del paciente en las decisiones de tratamiento y por supuesto, un régimen de medicamentos que minimice los efectos adversos.

La hipótesis principal que se plantea en este trabajo fue que mayor farmacofilia se relaciona con mayor adherencia al tratamiento. La farmacofilia es definida como una actitud favorable hacia el consumo de fármacos, mientras que la farmacofobia es entendida como el miedo persistente y anormal al consumo de los mismos. Sin embargo, De las Cuevas y Peñate (2011) revelaron resultados contrarios a los planteados en este estudio.

Otras hipótesis planteadas son que a mayor nivel educativo, a mayor edad, y a mayor locus de control externo, mayor farmacofilia, y por lo tanto, mayor adherencia al tratamiento. Los resultados del estudio realizado por De las Cuevas & Peñate (2015) evidenciaron estas tres hipótesis, y además mostraron que los pacientes farmacofóbicos tenían niveles educativos más altos.

Método

Participantes

La muestra compuesta por 502 personas, de las cuales el 28.3% (142) son hombres y 360 son mujeres. El 71.7%, con un rango de edad entre los 17 y 70 años de edad. La media de edad es de 36.59 años con una desviación típica de 17.66. Se tuvo en cuenta el nivel educativo de los participantes, desde saber leer y escribir hasta estudios universitarios. Un 3.8 de la muestra no tiene estudios, solo saben leer y escribir, el 11.8% posee estudios primarios, el 44.6% estudios secundarios y un 39.8% estudios universitarios. A los participantes se les informó sobre el objetivo de la investigación y firmaron estar de acuerdo en la realización del mismo mediante el uso del consentimiento informado. En la muestra también se registró el tipo de fármaco y el tiempo de consumo de estos.

Instrumentos

Se les administró una batería compuesta por la escala que mide BMQ (Horne, Weinman & Hankins, 1999), reactancia psicológica (De las Cuevas, Peñate, Betancort & de Rivera, 2014) y locus de control, la escala de “Experiencia con este medicamento”, y además la escala de “Opiniones sobre el medicamento” que evalúa DAI (Drug Attitudes Inventory) (García, Alvarado, Agraz & Barreto, 2004).

Cuestionario de creencias personales en salud (De las Cuevas & Peñate, 2017)

Esta escala evalúa creencias personales acerca de la salud. Se evalúan locus de control, reactancia psicológica y actitud hacia los fármacos. Está formada por veintitrés ítems que evalúan las creencias sobre salud con una escala de respuesta tipo Likert desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo). El valor del α de Cronbach de esta escala es de 0.88 (De las Cuevas, Peñate, Betancort, & Cabrera, 2015).

Cuestionario de opinión sobre el medicamento (DAI)

Esta escala evalúa la opinión del evaluado acerca del medicamento que consume. Está compuesta por diez ítems con una escala de respuesta tipo Likert desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo) que evalúa la opinión del paciente sobre la medida en la que su salud depende del fármaco. Con este test se evalúa la opinión sobre el medicamento. La farmacofilia se entiende como una actitud positiva hacia la toma de medicamentos, mientras que la farmacofobia se define como el rechazo continuo al consumo de los mismos. 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 unas actitudes más positivas hacia la medicación. Una puntuación total positiva significa una respuesta subjetiva positiva mientras que una puntuación total negativa significa una respuesta subjetiva negativa. El DAI-10 se ha correlacionado positivamente tanto con la adherencia valorada por el clínico como con las medidas bioquímicas de la adherencia (Nielsen, Lindström, Nielsen y Levander, 2012) así como con el MMAS-8 (De las Cuevas y Peñate, 2015). La consistencia interna de esta escala, tiene un valor de alfa de Cronbach = .67 (Roble, Salazar, Páez & Ramírez, 2004).

Cuestionario de la experiencia con el medicamento

Esta escala evalúa la experiencia del evaluado con el medicamento que consume. Está formada por cinco ítems con diferente escala de respuesta. Los ítems uno y dos utilizan una escala de respuesta dicotómica. El ítem tres incluye tres alternativas de respuesta: “no, nunca o por un día”, “sí, a veces durante 2-3 días”, y “sí, a veces por 6-7 días o más”. El ítem cuatro incorpora las alternativas de respuestas: “no, nunca”, “sí, una o dos veces al mes”, y “sí, una vez a la semana o más”. Por último, el ítem cinco incluye como alternativas de respuesta: “Sí, a veces tomo este medicamento con un retraso de 12 horas o más”, “Sí, a veces tomo este medicamento con un retraso de 4 horas o más”, y “No, nunca tomo este medicamento al mismo tiempo, en el mismo horario”. La escala evalúa la medida en la que el paciente sigue con rigurosidad la pauta marcada para el fármaco prescrito. Puntuaciones más altas hacen referencia a la falta de adherencia.

Procedimiento

Los participantes que se incluyeron en el estudio tenían que cumplir unos requisitos. Tomar algún medicamento prescrito por el facultativo. Se les habló del propósito de la investigación y de que los datos recogidos eran anónimos. Se les dio oralmente las instrucciones a seguir para rellenar los cuestionarios aunque estaban presentes en los mismos.

Análisis de datos

En este trabajo se ha llevado a cabo un análisis de correlaciones de Pearson para ver la relación existente entre las variables opinión sobre el medicamento y el nivel de adherencia al tratamiento. Así mismo, se ha realizado una prueba de diferencia de medias usando la t de Student entre los grupos de baja y alta adherencia en variables sociodemográficas (nivel

educativo, género y edad) y opinión sobre el medicamento. Todos estos análisis estadísticos se han obtenido mediante la versión 21 del programa estadístico SPSS.

Resultados

Se dividió la muestra en dos grupos según las puntuaciones en adherencia: alta adherencia y baja adherencia. Dentro de “alta adherencia” se encuentran las puntuaciones de moderada, buena y alta adherencia. Dentro de “baja adherencia”, se hallan las puntuaciones de abandono o suspensión del tratamiento, muy pobre adherencia y pobre adherencia.

En este estudio, el 43% de los participantes presentan una adherencia al tratamiento moderada, el 14.9% una buena adherencia, el 18.3% pobre adherencia y el 7.6% una muy pobre adherencia. El 13.3% de los participantes ha suspendido voluntariamente su tratamiento mientras que solo el 2.8% siguen el tratamiento prescrito con rigurosidad.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las variables relevantes

	Media	Desviación típica
Adherencia	3.53	1.29
Opinión sobre el medicamento	1.50	3.51

En la *tabla 1*, se muestran los estadísticos descriptivos de las variables más importantes recogidas en este trabajo, es decir, el nivel de adherencia y la opinión sobre los medicamentos.

Tabla 2. Porcentajes de la distribución de la muestra según la puntuación en la opinión sobre el medicamento

Valores	Frecuencia	Porcentaje
De -10 a -2	117	23.3
De 2 a 10	280	55.8

En la *tabla 2* se observa la distribución del grupo según su opinión sobre el medicamento. Puntuaciones de -2 a -10 indicará que la población muestra tendencia hacia la farmacofobia, y puntuaciones de 2 a 10 señalará que la población muestra tendencia hacia la farmacofilia. Los resultados del análisis reflejan una tendencia general hacia la farmacofilia (N=280), habiendo un menor número de farmacofóbicos (N=117).

Tabla 3. Correlaciones entre variables sociodemográficas, locus de control, reactancia psicológica, actitud hacia los fármacos y nivel de adherencia con opinión sobre el medicamento

	Género	Edad	Nivel educativo	Locus de control interno	Locus de control externo	Reactancia psicológica	Actitud hacia los fármacos	Nivel de adherencia
Opinión sobre el medicamento	-.020	.101*	.018	.145**	-.112*	-.156*	.249**	-.148*

En la *tabla 3* se observa que hay una correlación significativa entre edad y opinión sobre los medicamentos, a mayor edad, mayor farmacofilia. En relación con otras variables observamos que existe una correlación negativa entre locus de control y opinión sobre los

medicamentos, cuanto más locus de control externo, mayor farmacofobia. Hay una correlación positiva significativa entre locus de control interno y opinión sobre los fármacos. A mayor locus de control interno, mayor farmacofilia. Encontramos una correlación negativa significativa entre la reactancia psicológica y opinión sobre los medicamentos. Cuando mayor es la amenaza a la libertad de la conducta percibida por las personas, mayor es la farmacofobia. También podemos observar una correlación significativa positiva entre opinión sobre los medicamentos y actitud hacia los fármacos. A mayor actitud hacia los fármacos, menor es la farmacofobia. Por último, se evidencia que a mayor farmacofobia, mayor es la adherencia al tratamiento.

Tabla 4. Diferencia de medias entre los grupos de alta y baja adherencia en las variables sociodemográficas y el locus de control

	Baja adherencia		Alta adherencia		T de Student (Sig.)
	(N=196)		(N=304)		
	X	dt	X	dt	
Opinión sobre el medicamento	.88	3.27	1.89	3.59	3.27

En las *tabla 4* se observa la diferencia de medias. Los resultados del análisis diferencial entre los grupos de alta y baja adherencia en la variable opinión sobre el medicamento no muestran valores significativos entre ambos grupos.

Discusión

El objetivo de este trabajo fue analizar el papel de la opinión sobre los medicamentos, así como de las variables sociodemográficas (género, edad y nivel educativo) en relación con el nivel de adherencia al tratamiento.

Se comprueba la hipótesis principal planteada en este trabajo. Con respecto a las hipótesis secundarias no han resultado significativas el nivel educativo y se ha refutado la hipótesis sobre el locus de control interno, en ambos casos en relación a la farmacofilia. Tras el estudio estadístico realizado donde nos hemos centrado en el estudio entre opinión sobre el medicamento y adherencia al tratamiento podemos observar lo siguiente:

Hemos encontrado relación positiva con la edad, el locus de control interno y la actitud hacia los fármacos. Estos resultados tienen coherencia al pensar que las personas, cuanto mayor edad tienen, mayor es el número de fármacos que consumen, y mayor propensión al consumo de éstos, como también el aumento de visitas que realizan al sistema sanitario. Esto también podría interpretarse de otra forma, al pensar que acuden más al médico pero tienen una mayor desconfianza hacia los medicamentos que les prescriben los médicos, por lo cual, se rigen por los medicamentos que han consumido previamente y los que ellos piensan que les son más útiles. Asimismo, a mayor edad mayores son las dolencias que sufren las personas por lo que también están sometidos a un mayor consumo de fármacos (Garrido-Garrido, 2011). Estos resultados concuerdan con los obtenidos en la investigación de De las Cuevas & Peñate, 2015, en el que encontraron que a mayor edad había mayor farmacofilia.

Si en consecuencia, la persona cree que tiene control sobre los acontecimientos de su vida al tomar el medicamento o medicamentos prescritos, lo asume como decisión propia en el que ella tiene control sobre los acontecimientos futuros de la evolución de la patología. Y

si además tiene una actitud positiva hacia los fármacos, mayor será la creencia de que los medicamentos prescritos serán de utilidad y serán beneficiosos para su salud.

En cambio, si la persona posee un locus de control externo, el pensamiento de que haga lo que haga no tiene el control sobre el transcurso de su enfermedad, y que no tiene manera de poder manejarla, expresará un mayor rechazo hacia el consumo de fármacos y así evitará ingerir estos, aumentando o no mejorando la sintomatología de la enfermedad, con un mayor número de visitas al centro médico por no notar una mejora y aumentando el costo de los servicios sanitarios. Por otro lado, cuando la persona piensa que los medicamentos le están siendo impuestos, su reacción será evitar en la medida de lo posible el consumo. La amenaza que supone para la persona la no libertad de decisión favorece el rechazo a los medicamentos. Por otro lado, cuanto mayor farmacofilia, mayor es la falta de adherencia a seguir con los medicamentos prescritos así como el tiempo estimado del consumo de estos, propiciando una menor eficacia de los fármacos y una menor adherencia a estos. Esto está en contradicción con los resultados de la investigación realizada por De las Cuevas y Peñate (2011, 2015) donde encontraron que a mayor farmacofilia mayor adherencia al tratamiento.

Las limitaciones que hemos observado son: la muestra no es homogénea ya que en su mayoría son estudiantes universitarios con una gran proporción de tratamiento para la regulación hormonal, más de la mitad de la muestra son mujeres y el consumo de fármacos recetados es muy heterogéneo. Asimismo, la batería de cuestionarios utilizados presenta ambigüedades en la redacción de algunos de sus ítems, no siendo del todo adecuados para los diversos fármacos/ enfermedades.

En cuanto a las futuras líneas de investigación se debería tener en cuenta el tipo de fármaco para que los resultados puedan ser más generalizables, usando para ello una muestra con proporciones más equitativas. Por otro lado, sería conveniente adaptar el instrumento

para que pueda ser utilizado por persona con todo tipo de enfermedades y tratamientos, y reducir la ambigüedad.

Como conclusión, podemos afirmar que existe relación significativa entre opinión sobre el medicamento y adherencia al tratamiento, lo que indica la importancia que tiene el papel de la opinión sobre el medicamento sobre el nivel de adherencia. Con vistas al futuro, se puede investigar cómo se reduciría el gasto el gasto público en sanidad con el control de estas variables.

Referencias

- Aguirrezabalaga, J. R., Aguado, M., & Aizpurua, I. (2011). Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. *Infac, 19*, 1-6.
- Amering, M., & Katschnig, H. (1993). Psychopharmaka im Spannungsfeld zwischen Patienten, Angehörigen und Betreuern. In *Brennpunkte der Schizophrenie* (pp. 223-231). Springer Vienna.
- Christudas, M. J., Gupta, B. S., Undela, K., Isaac, N. M., Ram, D., & Ramesh, M. (2016). Assessment of impact of pharmacophilia and pharmacophobia on medication adherence in patients with psychiatric disorders: A cross-sectional study. *Indian Journal of Pharmacology, 48*(6), 701.
- De las Cuevas, C. (2011). Towards a clarification of terminology in medicine taking behavior: Compliance, adherence and concordance are related although different terms with different uses. *Current Clinical Pharmacology, 6*, 74-77.
<http://dx.doi.org/10.2174/157488411796151110>
- De las Cuevas, C., De Leon, J., Peñate, W., & Betancort, M. (2017). Factors influencing adherence to psychopharmacological medications in psychiatric patients: a structural equation modeling approach. *Patient Preference and Adherence, 11*, 681.
<http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S133513>

De las Cuevas, C. y De Rivera, L. (1994). Cumplimiento de la medicación neuroléptica y curso de la esquizofrenia. *Psiquis*, 15, 11-20.

De las Cuevas, C. y Peñate, W. (2015). Psychometric Properties of the eight-Item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in Psychiatric Outpatient Setting. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15, 121-129.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.11.003>

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

De las Cuevas, C., Peñate, W., Betancort, M. & Cabrera, C. (2015). What Do Psychiatric Patients Believe Regarding Where Control Over Their Illness Lies?: Validation of the Multidimensional Health Locus of Control Scale in Psychiatric Outpatient Care. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(2), 81-86.

<http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0000000000000244>

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>

De las Cuevas, C., & Sanz, E. J. (2016). Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 7(1), 25-30.

De las Cuevas, C., Zereck, E., Domínguez, A., Touriño, R., Winter, G., Domínguez, P., Ebro, S. y De la Fuente, J. (1996). Cumplimiento de las citas concertadas. *Psiquis*, 17, 445-464.

Gaceta Médica. (2017). Rivero: “Con el coste que supone la falta de adherencia se podría cubrir la mayor parte del gasto farmacéutico anual”. 2 de junio de 2017, de Gaceta Médica Sitio web: <http://www.gacetamedica.com/politica/rivero-con-el-coste-que-supone-la-falta-de-adherencia-se-podria-cubrir-la-mayor-parte-del-gasto-farmacautico-anual-IE897974>

García, R. R., Alvarado, V. S., Agraz, F. P., & Barreto, F. R. (2004). Assessment of drug attitudes in patients with schizophrenia: psychometric properties of the DAI Spanish version. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32(3), 138-142.

Garrido-Garrido, E. M., García-Garrido, I., García-López-Durán, J. C., García-Jiménez, F., Ortega-López, I., & Bueno-Cavanillas, A. (2011). Estudio de pacientes polimedicados mayores de 65 años en un centro de asistencia primaria urbano. *Revista de Calidad Asistencial*, 26(2), 90-96.

Kripalani, S., Yao, X., & Haynes, R. B. (2007). Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions: a systematic review. *Archives of Internal Medicine*, 167(6), 540-549.

<http://dx.doi.org/10.1001/archinte.167.6.540>

Nielsen, R. E., Lindström, E., Nielsen, J. & Levander, S. (2012). DAI-10 is as good as DAI-30 in schizophrenia. *European Neuropsychopharmacology*, 22, 747---750.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2012.02.008>

Palop Larrea, V., & Martínez Mir, I. (2004). Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 28(5), 113-120.

Pomar, C. I., Torres, P. R., Iglesias, M. P., & Blasco, N. G. (2000). Características de las personas que acuden a las consultas de demanda del centro de salud sin citación previa. *Revista Española de Salud Pública*, 74(3), 00-00.

Prieto Orzanco, A. (1990). ¿Se puede gestionar la presión asistencial en los servicios de atención primaria?. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 64(5-6), 329-341.

Sabaté, E. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. World Health Organization.

Sibitz, I., Katschnig, H., Goessler, R., Unger, A., & Amering, M. (2005). Pharmacophilia and pharmacophobia: determinants of patients' attitudes towards antipsychotic medication. *Pharmacopsychiatry*, 38(03), 107-112.

<http://dx.doi.org/10.1055/s-2005-864119>