



**FACULTAD DE  
FARMACIA**

Grado en Farmacia

**CREENCIAS, ADHESIÓN Y  
SATISFACCIÓN CON LA  
MEDICACIÓN DEL PACIENTE EN  
TRATAMIENTO ANSIOLÍTICO**

Memoria de Trabajo Fin de Grado

Sant Joan d'Alacant

Junio 2024

**Autor: Laura María Martínez Martínez**

Modalidad: Observacional

Tutor/es: Victoria Soto Sanz y María Dolores Van-Der Hofstadt Clavero

## ÍNDICE

<b>RESUMEN.....</b>	<b>3</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>4</b>
1.1 Adhesión terapéutica en farmacología.....	4
1.2 Factores relacionados con la adhesión terapéutica.....	5
1.3 Principales fármacos relacionados con la baja adhesión terapéutica.....	7
1.4 Importancia de la satisfacción del paciente para la adhesión terapéutica.....	9
1.5 Justificación de la necesidad del estudio.....	10
<b>2. HIPOTESIS Y OBJETIVOS.....</b>	<b>11</b>
2.1 Objetivos del estudio.....	11
2.2 Hipótesis.....	12
<b>3. METODOLOGÍA.....</b>	<b>13</b>
3.1 Diseño del estudio.....	13
3.2 Población de estudio.....	13
3.3 Selección de muestra.....	14
3.4 Instrumentos de recolección de datos.....	15
3.5 Procedimientos de recopilación de datos.....	17
3.6 Análisis de datos.....	17
3.7 Consideraciones éticas.....	18
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>20</b>
4.1 Descripción de la muestra.....	20
4.2 Resultados principales.....	23
<b>5. DISCUSIÓN.....</b>	<b>27</b>
<b>6. CONCLUSIÓN.....</b>	<b>30</b>
<b>7. BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>31</b>

## RESUMEN.

**Introducción:** La falta de adhesión es un grave problema en la actualidad, esta falta de adhesión tiene diferentes consecuencias que la convierten en un grave problema sanitario. Son varios los factores que influyen en el cumplimiento terapéutico entre ellos los relacionados con el paciente entre los que se encuentran las creencias. Los psicofármacos son uno de los grupos farmacológicos que mayores tasas de falta de adhesión presentan, dentro de los cuales encontramos los fármacos ansiolíticos. Además de las creencias, la satisfacción es otro factor que guarda una estrecha relación con la adhesión al tratamiento. La literatura previa que relaciona los fármacos ansiolíticos con la adhesión mediante el estudio de las creencias es escasa.

**Objetivo:** Conocer la prevalencia, así como la influencia de la edad y el sexo en el uso de ansiolíticos además de las creencias y satisfacción de las personas que los toman y como se relacionan con la adhesión.

**Materiales y métodos:** Se hizo un estudio observacional descriptivo transversal mediante un cuestionario vía online que recogía los ítems de BMQ, DAI y cuestionario SATAN para su posterior análisis estadístico.

**Resultados y discusión:** Se incluyeron 127 personas de las cuales 52 tomaban ansiolíticos. La prevalencia fue del 52%. Se observó que la edad tenía influencia en la toma de medicación y que las creencias guardaban relación con la adhesión terapéutica y que podrían llegar a ser predictivas. Se determinó que la edad y el nivel educativo influían en las creencias sobre la medicación.

**Conclusión:** Las creencias sobre la medicación son un punto importante a la hora de abordar el problema de falta de adhesión al tratamiento de la ansiedad.

**Palabras clave:** Creencias sobre medicación; Adherencia al tratamiento; Cumplimiento; Adhesión al tratamiento; Ansiolíticos; Satisfacción con el tratamiento

# 1. INTRODUCCIÓN.

## 1.1 Adhesión terapéutica en farmacología.

La OMS en 2003 definió la adhesión terapéutica como “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”.(1)

La tasa de no adherencia a los tratamientos en enfermedades crónicas se encuentra aproximadamente sobre el 50%. Es evidente que existe una necesidad de comprender el problema y de solucionarlo mediante la puesta en marcha de diferentes estrategias, puesto que el no cumplimiento con la terapéutica conduce a diferentes consecuencias tanto clínicas como económicas que derivan del incremento de la mortalidad o morbilidad presente en los pacientes que no son cumplidores.(2)

Se ha demostrado una clara y directa relación de asociación entre la no adhesión y la obtención de peores resultados en salud. La diferencia entre eficacia y efectividad de los tratamientos se hace todavía más notoria en presencia de situaciones de no cumplimiento farmacológico. El alcance de niveles aceptables de adhesión propicia a conocer los beneficios reales de las terapéuticas y evita la aparición de desconocimiento acerca de su efectividad.(3)

Actualmente, la falta de adhesión al tratamiento farmacológico está considerada como un problema prevalente de salud pública, y se sospecha que este problema va a aumentar debido al incremento de la esperanza de vida en la población.(4)

En España, los efectos del incumplimiento observados son: pérdidas económicas por aumento o variaciones no siempre necesarias en la medicación, almacenamiento desmesurado de medicamentos en los domicilios y posibles interferencias de la relación del paciente con el personal sanitario. (5)

Por sus características propias, se ha de hacer mención especial al no cumplimiento del tratamiento farmacológico en psiquiatría, que puede llevar al reingreso del paciente, o a diferentes problemas de carácter social de difícil solución como la persistencia de personas sin hogar.(5)

## **1.2 Factores relacionados con la adhesión terapéutica.**

Son varios los factores que influyen en la adhesión a un tratamiento, entre los que encontramos factores sociodemográficos, factores relacionados con el paciente, factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados con el equipo de asistencia sanitaria y factores relacionados con el tratamiento.(6)

Dentro de los factores relacionados con el paciente, se encuentran las creencias de este acerca de la medicación. Existe un amplio número de estudios científicos que declaran las creencias y actitudes de los pacientes en tratamiento psicofarmacológico como un buen predictor de la adhesión al tratamiento(7–9) y otros ensayos que determinan la influencia del sexo y edad en las creencias y prejuicios sobre la medicación. (10,11)

Son diferentes los modelos y teorías que han intentado explicar la adhesión al tratamiento. Desde modelos operantes y modelos sociocognitivos, como el Modelo de Creencias sobre la Salud (MCS) y la Teoría de la Acción Razonada (TAR), pero todos ellos no parecen ser suficientes. (12)

En la actualidad, la tendencia es explicar la adhesión mediante un conjunto de variables implicadas y que guardan relación con la persona, el tratamiento, la familia, el entorno, el personal sanitario y las interrelaciones entre ellos.

En cuanto a las *variables relacionadas con el paciente* encontramos que la edad, el entorno cultural y social del paciente, el nivel de educación, así como su personalidad, condicionan el resultado de la adhesión. En algunos casos el motivo del incumplimiento terapéutico es la creencia de que no han sido tratados de forma correcta, de que el medicamento no es efectivo o también la dificultad para entender las explicaciones e indicaciones del médico relacionadas con el tratamiento.(3) Dentro de estas variables, se incluyen también los olvidos o dificultades a la hora de disponer de la medicación y la clínica concomitante de depresión o trastornos cognitivos como el Alzheimer.(13)

Las *variables relacionadas con el tratamiento*, encontramos como una de las causas más comunes de falta de adhesión, la aparición de efectos adversos. Además, también influyen las características organolépticas del fármaco y si el paciente observa o no un resultado beneficioso a corto plazo. Por último, dentro de estas variables, encontramos también el precio de la medicación. (13)

Las *variables relacionadas con el entorno del paciente*: influye la actitud de la familia, la supervisión y el soporte sociofamiliar. Específicamente, contemplar la intervención psiquiátrica y psicológica como parte importante de la asistencia habitual es primordial para aumentar el cumplimiento y aliviar a los pacientes de las dificultades emocionales, así como la aceptación y motivación para realizar el tratamiento.(14)

En cuanto a las *variables relacionadas con el personal sanitario*, se conoce que guardan relación con la adhesión distintos factores como la confianza

recíproca entre el profesional sanitario y el paciente, la continuidad asistencial y una adecuada accesibilidad al centro dispensador.

Los *factores relacionados con el sistema sanitario* tienen efectos negativos en el cumplimiento; por ejemplo: centros de salud que poseen una mala infraestructura y un bajo nivel de recursos, consultas breves con poca calidad y cercanía a consecuencia de un personal de salud poco remunerado y con carga de trabajo excesiva, personal de salud que no se encuentra adecuadamente preparado, la escasa educación que reciben los pacientes por parte del sistema, la percepción de bajo seguimiento en enfermedades crónicas, falta de conocimiento sobre el cumplimiento terapéutico y las pocas intervenciones destinadas a mejorarlo.(15)

Un metaanálisis reciente de 94 estudios revisados por pares que abarcan 18 países y que involucran a más de 25.000 pacientes en 24 afecciones a largo plazo, mostró consistentemente que la falta de cumplimiento estaba relacionada con dudas sobre la medicación, necesidad y preocupaciones sobre posibles efectos adversos.(16)

Artículos recientes sugieren que explorar las creencias relacionadas con los medicamentos sería un aspecto importante para comprender a los consumidores, además en el caso de sus preocupaciones sobre los efectos adversos de las benzodiazepinas se ha demostrado que se asocian positivamente con su percepción de riesgo.(17)

### **1.3 Principales fármacos relacionados con la baja adhesión terapéutica.**

Las tasas de adhesión en enfermedades crónicas son bajas, independientemente del tipo de enfermedad y del estadio de gravedad. Por ejemplo, en el caso de la Diabetes, las tasas de adhesión oscilan entre el 36-87%(18), en la Hipertensión las tasas son del 33-84%(19) en el caso de los

tratamientos orales para el cáncer las tasas observadas son del 20-100%(20) o en la triple terapia para el VIH cuyas tasas oscilan entre 70-80%(21)

Los psicofármacos son otro grupo terapéutico cuyas tasas de adhesión son preocupantemente bajas, en el caso de los antipsicóticos estas tasas de falta de adhesión oscilan entre el 50 y el 90%(22) y si hablamos de trastorno depresivo los porcentajes de incumplimiento oscilan entre el 30 y el 50%(23)

Dentro de las psicopatologías, se encuentra el trastorno ansioso, son varios los fármacos que a lo largo de los años se han empleado como tratamiento para los síntomas de ansiedad, desde los fármacos barbitúricos, antihistamínicos, bloqueadores beta o fármacos ansiolíticos no sedativos como es el caso de la buspirona. No obstante, las benzodiazepinas, son los fármacos que constituyen la primera línea de tratamiento de la ansiedad.(24)

En función de su potencia, vida media y duración de acción las benzodiazepinas poseen otras indicaciones, además de en el tratamiento de trastornos de ansiedad, como son los síndromes depresivos, dependencia a alcohol, dolor crónico y como coadyuvantes en manejo de trastornos convulsivos, trastornos del sueño y del movimiento, deshabitación de drogas de abuso e inducción anestésica.(25)

Actúan como moduladores positivos del receptor ácido gamma-aminobutírico (GABA), el principal neurotransmisor inhibitorio del sistema nervioso central. Se unen al receptor GABA-A, lo que provoca una mayor apertura del canal de cloro, aumentando el flujo de iones al interior de la célula y reduciendo, por tanto, la excitabilidad neuronal.(26)

Las benzodiazepinas causan muchos efectos secundarios, los cuales abarcan sedación, deterioros leves de la memoria, estado de alerta disminuida y tiempo de reacción retrasado lo que puede originar accidentes. Además, en

las personas de edad avanzada, las benzodiazepinas aumentan el riesgo de caídas por lo que deben utilizarse cautelosamente.(27)

El consumo de este tipo de fármacos es llamativo ya que numerosos estudios demuestran que más de la mitad de los consumidores presentan un patrón de abuso(28) pero también encontramos estudios que revelan una falta de cumplimiento por parte de algunos pacientes.(29)

Otros estudios anteriores, centrados en benzodiazepinas, expresan que existe una relación estadísticamente significativa entre la alfabetización sanitaria y la adhesión a la medicación.(30)

## **1.4 Importancia de la satisfacción del paciente para la adhesión terapéutica.**

La satisfacción con el tratamiento se define como una evaluación por parte del paciente acerca del proceso de administración del tratamiento y sus resultados relacionados.(31)

Hace años predominaba el modelo paternalista donde es siempre el médico quien adopta las medidas que considera convenientes para el bien de su paciente, pero actualmente hay una tendencia hacia un modelo de decisiones compartidas en que el paciente va cobrando protagonismo.(31)

En este contexto, los clínicos consideran crucial contar con la opinión de sus pacientes. Una manera de conseguirlo es evaluando los resultados en salud percibidos y comunicados por el paciente de una manera objetiva, precisa y con rigor científico.(32)

La satisfacción con el tratamiento forma parte de la satisfacción con los cuidados sanitarios y puede definirse como la evaluación del proceso de la toma del tratamiento y de sus resultados asociados. La satisfacción con el

tratamiento está relacionada con la adhesión a este, pues un paciente más satisfecho toma la medicación correctamente durante el tiempo prescrito, lo que facilita el resultado terapéutico deseado.(33)

## **1.5 Justificación de la necesidad del estudio.**

El consumo a nivel mundial de benzodiazepinas ha aumentado en los últimos 10 años, siendo este aumento más llamativo si lo estudiamos a nivel nacional. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) informa que se ha pasado de consumir 50,88 dosis por 1000 habitantes día (DHD) en el año 2012 a 58,09 en 2022.(34)

La literatura disponible determina que la prevalencia de ansiedad en la población general es del 36,4%(35), que el uso de medicamentos ansiolíticos es mayor en mujeres que en hombres(36) y que la prevalencia aumenta con la edad(37)

La inusual situación vivida recientemente a causa de la pandemia ocasionada por la COVID-19, provocó el aumento de la prevalencia de trastornos de ansiedad y otros problemas de salud mental lo cual derivó en un aumento de las prescripciones de benzodiazepinas y otros ansiolíticos principalmente por parte de los médicos de atención primaria.(38)

La literatura acerca de este tema es escasa, pero existen diversas publicaciones centradas en el estudio de las creencias de los pacientes sobre otros tipos de psicofármacos de las cuales se extrae que las creencias de necesidad débiles y las creencias de gran preocupación acerca de la medicación están estrechamente relacionadas con una falta de adhesión, mientras que el cumplimiento terapéutico es un factor intermediario importante entre la creencia en la medicación y la eficacia del tratamiento.(39)

Son numerosos los estudios que coinciden en que la no-adhesión a la psicoterapia aún está poco estudiada y concluyen en que la búsqueda de la mejor adhesión posible debe procurarse en el contexto de una buena relación terapéutica, la evaluación de las creencias y actitudes frente a la medicación, el abordaje de aquellas creencias y actitudes negativas, la psicoeducación, y la consideración de las preferencias del paciente.(40)

Dada la relevancia de las creencias y actitudes de las personas a la hora de prever la adhesión terapéutica al tratamiento farmacológico, el aumento significativo del consumo de benzodiazepinas y otros ansiolíticos en España, y tras observar la escasa disponibilidad de bibliografía reciente que estudie las creencias sobre la medicación en personas con tratamiento ansiolítico, consideramos significativa la realización de este estudio con el fin de mejorar las conductas del paciente en relación a su medicación ansiolítica.

## **2. HIPOTESIS Y OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivos del estudio.**

Los objetivos generales de este trabajo son conocer las diferencias sociodemográficas de sexo y edad entre la gente que toma ansiolíticos y la gente que no los toma y estudiar la relación entre las creencias, la adhesión y la satisfacción de las personas en relación a su tratamiento farmacológico para el manejo de la ansiedad

Como objetivos específicos:

- Conocer la prevalencia de casos de personas en tratamiento ansiolítico

- Estudiar como el sexo y la edad influyen en la toma de medicación ansiolítica
- Estudiar la relación que existe entre los prejuicios sobre la medicación y la adhesión al tratamiento
- Conocer cómo se asocian las creencias positivas sobre la medicación al cumplimiento terapéutico
- Relacionar la satisfacción de las personas con su tratamiento a la adhesión a este

Como objetivos secundarios, este proyecto nos permitirá observar si existe también una relación entre la edad, sexo y nivel de estudios de las personas y sus creencias acerca de la medicación.

## **2.2 Hipótesis.**

Tras revisar la bibliografía reciente sobre las creencias de diferentes poblaciones (prescriptor, cuidador, paciente...) acerca de los psicofármacos, así como de los factores relacionados a la adhesión y no adhesión farmacológica, se espera que:

H1: La prevalencia de casos de personas mayores de 18 años en tratamiento ansiolítico es aproximadamente del 36%

H2: El sexo y la edad tienen influencia en el consumo de ansiolíticos siendo este mayor en mujeres y personas ancianas

H3: A mayor prejuicio percibido sobre la medicación, menor será la adhesión al tratamiento.

H4: Las creencias más positivas sobre la medicación estarán asociadas con una mayor adhesión al tratamiento.

H5: Las personas que están más satisfechas con el tratamiento tendrán una mayor adhesión al mismo.

H6: La edad, sexo y nivel de estudios de los participantes influirán en sus creencias sobre la medicación.

## **3. METODOLOGÍA**

### **3.1 Diseño del estudio.**

Se trata de un estudio transversal, ya que solo se realizó una única medición para la recopilación de las variables, observacional ya que no se realizó ninguna manipulación de las variables y descriptivo destinado a conocer las creencias de la población sobre los fármacos destinados a tratar la ansiedad (ansiolíticos), así como el grado de satisfacción con respecto a estos del paciente y la adhesión, llegando a determinar asociaciones entre estas distintas variables. Este estudio se realizó durante el periodo de Mayo de 2024.

### **3.2 Población de estudio.**

Los sujetos de estudio fueron personas mayores de edad que estaban en tratamiento con fármacos ansiolíticos. Como criterios de inclusión se establecieron:

- Participantes mayores de 18 años, sin existencia de margen superior de edad
- Participantes que estaban en tratamiento con algún fármaco perteneciente al grupo de los denominados “ansiolíticos”, es decir, aquellos pertenecientes al grupo N05B de la clasificación ATC

Como criterios de exclusión se establecieron:

- Participantes que no aceptaron ser incluidos en el estudio tras conocer la finalidad de este
- Participantes que no supieran leer
- Participantes menores de 18 años

### 3.3 Selección de muestra.

Para la selección de la muestra se comenzó calculando el tamaño muestral mediante una calculadora digital, empleando la fórmula:

$$n = \frac{Z^2 p(1-p)}{e^2}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

Z = valor de Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal (para una seguridad del 95%= 1,96)

p = probabilidad éxito/fracaso

e = margen de error

El tamaño muestral calculado fue de 384

La muestra total obtenida fue de 127 participantes cuya selección se realizó mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, participación voluntaria, de los cuales 52 estaban en tratamiento con fármacos ansiolíticos.

Se considera la existencia de un sesgo de Berkson debido al muestreo por conveniencia y un tamaño de muestra relativamente pequeño que podría implicar el no conseguir una muestra exacta de la población de estudio ya que es probable que exista una infracobertura de los siguientes grupos:

- Personas que no tienen acceso a un dispositivo electrónico con internet para participar en el cuestionario.
- Personas que no saben leer y por lo tanto no pueden cumplimentar el formulario

Para abordar este sesgo, se propuso la opción de que una tercera persona leyese el formulario al participante y lo cumplimentase en función de las respuestas que este proporcionaba.

### **3.4 Instrumentos de recolección de datos.**

Primero se analizó la variable “creencias sobre el tratamiento farmacológico”, para evaluarlas se usó el *BMQ* (The Beliefs about Medicines Questionnaire) general y específico compuesto por dos secciones, el *BMQ-General* (8 ítems) que incluye dos factores: abuso (4 ítems) y daño (4 ítems) y *BMQ-Específico* (10 ítems) incluye dos factores: necesidad (5 ítems) y preocupación (5 ítems). Horne y colaboradores desarrollaron el test *BMQ* para analizar las creencias de los participantes sobre la medicación y que pueden influir en la adhesión terapéutica. Cada ítem se evalúa mediante una escala Likert de cinco puntos (siendo 1 «totalmente en desacuerdo», mientras que 5 corresponde a «totalmente de acuerdo»). Existe una versión española validada de este test. Se ha observado que una mayor puntuación en la subescala «necesidad» está relacionada con una mejor adhesión terapéutica, mientras que una mayor puntuación en la subescala «preocupación» se ha correlacionado con una menor adhesión. El *BMQ* en español fue adaptado y validado en España por Beléndez, et al; para validar la sección *BMQ-General*, tomaron pacientes crónicos (n=156) y estudiantes universitarios (n= 256). El *BMQ-Específico* se estudió en 97 pacientes diabéticos tratados con insulina y 59 hipertensos tratados con antihipertensivos. La versión fue revisada aprobada por el autor de la versión original del *BMQ*.(41)

Los estudios psicométricos del *BMQ* versión original proporcionan evidencias de validez y confiabilidad, siendo considerado una medida útil para la evaluación de las creencias sobre la medicación.

La segunda variable que se analizó fue la adhesión al tratamiento, mediante el *Drug Attitude Inventory (DAI)*. Este cuestionario autoaplicado fue desarrollado para estudiar la adhesión terapéutica en el campo de la psiquiatría. Evalúa las actitudes y las creencias relativas a la medicación. En la versión *DAI10* hay seis ítems formulados en sentido positivo y cuatro en sentido negativo. Las afirmaciones deben clasificarse como verdaderas o falsas. Cada respuesta es puntuada como +1 si es correcta, o -1 si es incorrecta. La puntuación final va desde -10 a +10. Una puntuación más alta indica una actitud más positiva hacia la medicación psiquiátrica. Los estudios sobre las propiedades psicométricas de la versión original en inglés muestran que es un método fiable y válido. Existen estudios que aportan evidencia adicional sobre fiabilidad y validez de la medición *DAI* de actitudes hacia los fármacos antipsicóticos y presentan su traducción al español.(42)

La tercera variable analizada fue la satisfacción con el tratamiento, para ello se usó el *Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento Ansiolítico/Hipnótico (SATAN)* diseñado para evaluar la satisfacción con el tratamiento ansiolítico e hipnótico, diseñado como una escala Likert de 12 ítems que permite interpretar fácilmente el nivel de satisfacción con el tratamiento. Para su desarrollo se revisaron los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad y trastornos del sueño recogidos en el *DSM-5* y *CIE-10* y se evaluaron, a través de una revisión bibliográfica, todos los aspectos propiamente relacionados con el tratamiento ansiolítico e hipnótico. Se trata de un cuestionario fiable, presenta homogeneidad entre los ítems y su coherencia interna es muy elevada. Se trata de un cuestionario fácilmente interpretable mediante una única puntuación y representa un instrumento de medición centrado en el paciente.(43)

### 3.5 Procedimientos de recopilación de datos.

Para la realización de las evaluaciones, de modo que se pudiera abarcar al mayor número de individuos, y dada la limitación de tiempo existente para el desarrollo de este trabajo de fin de grado (la recogida de datos se realizó entre abril-mayo de 2024), se usó un documento creado a partir de GoogleForms (<https://www.google.com/forms/about>) que permite el diseño del interfaz del cuestionario, así como la recogida, seguimiento y evaluación de las respuestas. El documento de Google Forms fue completamente anónimo y no se realizó ninguna pregunta que pudiera ser identificable. La difusión de los cuestionarios fue vía redes sociales (Whatsapp, Instagram, X...). La muestra fue escogida, manteniendo el anonimato, de entre todas las respuestas al documento que se recibieron y cumplieron con los criterios de inclusión y no exclusión mencionados anteriormente.

### 3.6 Análisis de datos.

Una vez recogidos los datos y transcritos a símbolos numéricos, se calcularon las puntuaciones y se trataron estadísticamente mediante el paquete estadístico IBM SPSS versión 29 empleando los ordenadores que dispone la UMH en sus instalaciones. Los datos fueron previamente capturados en una base de Excel versión 16.84. En todas las pruebas estadísticas se consideró como nivel de significación ( $\alpha$ )  $p < 0.05$

Para garantizar la fiabilidad de los instrumentos, se calculó la consistencia interna de cada uno. Para ello se calculó el coeficiente alpha de Cronbach (media de las correlaciones entre las variables que forman parte de la escala)(44). El valor mínimo aceptable para el coeficiente alfa de Cronbach es 0,70; por debajo de ese valor la consistencia interna de la escala utilizada es baja. Por su parte, el valor máximo esperado es 0,90; por encima de este valor se considera que hay redundancia o duplicación.(45)

En primer lugar, se realizaron los análisis estadísticos descriptivos de los participantes en función del sexo, edad y nivel de estudios (frecuencias, medias y desviaciones típicas), además de las pruebas  $\chi^2$  y U de Mann Whitney para conocer así la prevalencia de participantes que tomaban medicación y la influencia de la edad y sexo en el consumo o no de ansiolíticos con los cuales comprobamos las hipótesis H1 y H2

En segundo lugar, se realizó un análisis de correlación bivariada empleando coeficiente de Spearman para poder estudiar la hipótesis H3 y conocer la relación que existe entre los prejuicios sobre la medicación (*BMQ*) y la adhesión al tratamiento (*DAI*).

En tercer lugar, mediante un análisis de regresión lineal, se examinó como las puntuaciones de las creencias sobre la medicación (*BMQ*) predicen la adhesión al tratamiento (*DAI*) y comprobar de esta manera la hipótesis H4.

En cuarto lugar, para el estudio de la hipótesis H5, se efectuó un análisis de regresión lineal para investigar cómo la satisfacción con el tratamiento (*SATAN*) se relaciona con la adhesión al tratamiento (*DAI*).

Por último, se comprobó la hipótesis H6 mediante el test U de Mann Whitney con el cual se exploró como influye el sexo en las creencias sobre la medicación (*BMQ*) y mediante un análisis de regresión lineal se estudió la influencia de la edad y el nivel de estudios en las creencias sobre la medicación (*BMQ*).

### **3.7 Consideraciones éticas.**

Las personas que participaron en el proyecto previamente facilitaron su consentimiento y/o autorización. El consentimiento incluyó tanto la “Hoja de información a los participantes” y el “Documento de consentimiento informado” donde se explicaron detalladamente, de manera escrita, los objetivos y los

métodos empleados en la investigación. Este documento de consentimiento informado contenía además la voluntariedad de la participación y la posibilidad de retirarse en cualquier momento sin ningún tipo de consecuencia. Además, se garantizó que el procedimiento cumpliera con los criterios éticos establecidos para estudios de este tipo siguiendo las indicaciones de la Oficina de Investigación Responsable de esta universidad

Se garantizó la confidencialidad de la información en el desarrollo del proyecto, de acuerdo con el Reglamento general (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, de protección de datos (RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales. Los cuestionarios fueron totalmente anónimos y no se hizo ninguna pregunta relacionada con datos que pudieran resultar identificativos ni identificables.

El protocolo de estudio fue enviado al comité de ética de la UMH con código provisional 240326101309

Se respetaron en todo momento los principios éticos presentados en la declaración de Helsinki (2013) ya que se consideró como preocupación principal, la salud del paciente. Se cumplió con lo expuesto en el Informe Belmont (1979) protegiendo la autonomía de todas las personas y tratándolas con cortesía y respeto. Teniendo en cuenta el consentimiento informado, se maximizaron los beneficios para el proyecto de investigación mientras se minimizaron los riesgos para los sujetos de la investigación y para ellos se utilizaron procedimientos razonables, no explotadores y bien considerados.

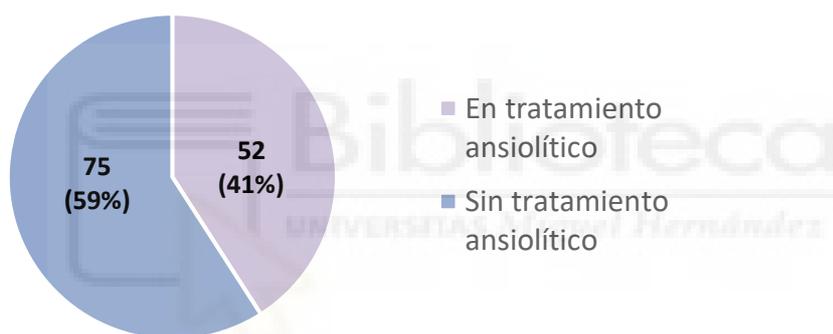
Asimismo, se siguió todo lo recogido en el instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina.

## 4. RESULTADOS

### 4.1 Descripción de la muestra.

La prevalencia de personas en tratamiento con ansiolíticos se muestra en el Gráfico 1. Nuestra muestra estuvo compuesta por 127 personas, de las cuales 52 (41%) estaba en tratamiento con ansiolíticos.

*Gráfico 1. Prevalencia personas en tratamiento con ansiolíticos.*



Las características de la muestra total se reflejan en la Tabla 1. La media de edad fue de 46 años ( $DT = 17,6$ ), con un rango de 18 años a 91 años. El 51,97% de los participantes fueron mujeres y el 48,03% hombres. En cuanto al nivel de estudios, el 7,09% no tenían estudios, el 39,37% tenía estudios primarios y/o medios y el 53,54% tenía estudios superiores.

**Tabla 1. Características de la muestra total.**

Características		Nº	%
<b>Sexo</b>	Hombre	61	48,03
	Mujer	66	51,97
<b>Nivel de estudios</b>	Sin estudios	9	7,09
	Estudios primarios y/o medios	50	39,37
	Estudios superiores	68	53,54
<b>Edad (años)</b>	18 a 40 años	54	42,52
	41 a 60 años	44	34,65
	Más de 60 años	29	22,83
<b>Edad media</b>	46 años (DT = 17,6)		

En cuanto a las características de la muestra correspondiente a personas que toman medicación ansiolítica, se reflejan en la Tabla 2. La media de edad fue de 50 años ( $DT = 19,19$ ), con un rango de 18 años a 91 años. El 63,46% de los participantes en tratamiento ansiolítico fueron mujeres y el 36,54% hombres. En cuanto al nivel de estudios, el 7,69% no tenían estudios, el 50% tenía estudios primarios y/o medios y el 42,31% tenía estudios superiores. Por otro lado, las características de la muestra correspondiente a personas que no toman medicación ansiolítica se muestran en la Tabla 3. La media de edad fue de 43 años ( $DT = 15,89$ ). El 44% de las personas sin tratamiento ansiolítico fueron mujeres mientras que el 56% fueron hombres. El 6,67% de las personas que no tomaban ansiolíticos no tenían estudios, el 26,67% reportaron poseer estudios medios y/o primarios y el 61,33% estudios superiores.

**Tabla 2. Características muestra con tratamiento ansiolítico.**

Características		Nº	%
<b>Sexo</b>	Hombre	19	36,54
	Mujer	33	63,46
<b>Nivel de estudios</b>	Sin estudios	4	7,69
	Estudios primarios y/o medios	26	50
	Estudios superiores	22	42,31
<b>Edad (años)</b>	18 a 40 años	18	34,62
	41 a 60 años	17	32,69
	Más de 60 años	17	32,69
<b>Edad media</b>	50 años (DT = 19,19)		

**Tabla 3: Características muestra sin tratamiento ansiolítico.**

Características		Nº	%
<b>Sexo</b>	Hombre	42	56,00
	Mujer	33	44,00
<b>Nivel de estudios</b>	Sin estudios	5	6,67
	Estudios primarios y/o medios	20	26,67
	Estudios superiores	46	61,33
<b>Edad (años)</b>	18 a 40 años	34	45,33
	41 a 60 años	29	38,67
	Más de 60 años	12	16,00
<b>Edad media</b>	43 años (DT = 15,89)		

## 4.2 Resultados principales

En cuanto a la influencia de la edad en la toma o no de medicación, los resultados que se muestran en la Tabla 4 determinan que existen diferencias significativas ( $p < 0,05$ )

*Tabla 4. Influencia de la edad en la toma o no de medicación.*

	<u>Variable edad</u>
<b>U de Mann-Whitney</b>	1522
<b>Z</b>	-2,1
<b>Sig</b>	0,036

Por otro lado, los análisis sobre la influencia del sexo en la toma o no de medicación no reflejaron diferencias significativas.

*Tabla 5. Influencia del sexo en la toma o no de medicación. Prueba chi cuadrado.*

	<u>Toma medicación</u>	<u>No toma medicación</u>
<b>Chi-cuadrado</b>	3,769	1,08
<b>Sig</b>	0,052	0,299

Las puntuaciones medias obtenidas en las diferentes escalas, así como la consistencia interna se muestran en la Tabla 6. En el caso de Abuso, Daño y Adhesión se observa que los alphas reflejan una baja consistencia interna ( $\alpha < 0,70$ ), en el caso de la Satisfacción el alpha indica la existencia de redundancia o duplicación ( $\alpha > 0,90$ ), sin embargo, en Necesidad y Preocupación se obtienen valores de alpha que demuestran una buena consistencia interna. Las

puntuaciones medias más altas se obtuvieron en Satisfacción (M = 39,69) y las más bajas se obtuvieron en Adhesión (M = 1,62).

**Tabla 6. Puntuaciones medias obtenidas en las diferentes escalas para la muestra de estudio N = 52**

	<b>Puntuación media</b>	<b>DT</b>	<b><math>\alpha</math> Cronbach</b>
<b>Abuso</b>	12,4	3,29	0,622
<b>Daño</b>	8,56	2,89	0,615
<b>Necesidad</b>	14,25	5,72	0,895
<b>Preocupación</b>	13,48	4,23	0,74
<b>Adhesión</b>	1,62	3,9	0,537
<b>Satisfacción</b>	39,69	8,98	0,915

En cuanto a la relación entre los prejuicios sobre la medicación y la adhesión al tratamiento, las correlaciones de Pearson se reflejan en la Tabla 7. mostraron que la subescala de Abuso del BMQ-General tenía una correlación negativa significativa con la adhesión ( $r = -0,289$ ,  $p < 0,05$ ). La subescala Daño del BMQ-General tenía una correlación negativa significativa con la adhesión ( $r = -0,338$ ,  $p < 0,05$ ), la subescala Necesidad del BMQ-Específico tenía una correlación positiva significativa con la adhesión ( $r = 0,059$ ,  $p < 0,01$ ), la subescala de Preocupación del BMQ-Específico tenía una correlación negativa significativa con la adhesión ( $r = -0,397$ ,  $p < 0,05$ ), mientras que la escala satisfacción tenía una correlación positiva significativa con la adhesión ( $r = 0,435$ ,  $p < 0,01$ ).

**Tabla 7. Correlaciones bivariadas. Coeficiente de Pearson**

		Abuso	Daño	Necesidad	Preocupación	Satisfacción
<b>Abuso</b>	r					
	sig					
<b>Daño</b>	r	0,455**				
	sig	<0,001				
<b>Necesidad</b>	r	-0,018	0,107			
	sig	0,901	0,45			
<b>Preocupación</b>	r	0,228	0,44**	-0,061		
	sig	0,104	0,001	0,667		
<b>Satisfacción</b>	r	-0,79	-0,311*	0,294*	-0,176	
	sig	0,577	0,025	0,034	0,213	
<b>Adhesión</b>	r	-0,289*	-0,338*	0,559**	-0,397**	0,435**
	sig	0,038	0,014	<0,001	0,004	0,001

Nota: \* La correlación es significativa en el nivel 0,05. \*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01

El análisis de regresión lineal, con el cual se examinó como las puntuaciones de las creencias sobre la medicación (*BMQ*), la satisfacción con el tratamiento (*SATAN*) la edad, el sexo y el nivel educativo predicen la adhesión al tratamiento (*DAI*) indicó, como se observa en la Tabla 8 que la creencia de daño del medicamento ( $B = -0.407$ ,  $p < 0.05$ ) predice significativa y negativamente la adhesión al tratamiento. Además, el análisis informó de que el 59% de la varianza de este modelo, era explicada por todos los factores que conforman las creencias y satisfacción con el tratamiento, la edad, el sexo y el nivel educativo.

**Tabla 8. Análisis de regresión lineal de creencias y satisfacción con el tratamiento en la predicción de la adhesión.**

<b>Variables</b>	<b>B</b>	<b>Error estándar</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>t</b>	<b>sig</b>	<b>R<sup>2</sup> ajustada</b>
<b>Abuso</b>	-0,088	0,135	-0,074	- 0,654	0,517	0,59
<b>Daño</b>	-0,407	0,173	-0,301	- 2,347*	0,024	
<b>Necesidad</b>	0,164	0,086	0,24	1,904	0,064	
<b>Preocupación</b>	-0,151	0,099	-0,163	- 1,517	0,137	
<b>Satisfacción</b>	0,078	0,051	0,179	1,537	0,132	
<b>Sexo</b>	0,088	0,748	0,011	0,117	0,907	
<b>Nivel educativo</b>	-1,834	0,921	-0,293	- 1,991	0,053	
<b>Rango de edad</b>	0,023	0,029	0,111	0,779	0,44	

Nota: \*  $p < 0,05$

El test U de Mann Whitney mostró, como se refleja en la Tabla 9 que no había diferencias significativas en las creencias según el sexo hombre o mujer.

**Tabla 9. U de Mann Whitney.**

<b>Variables</b>	<b>U de Mann-Whitney</b>	<b>Z</b>	<b>Sig</b>
<b>Abuso</b>	248,5	-1,244	0,214
<b>Daño</b>	269,5	-0,844	0,398
<b>Necesidad</b>	264	-0,943	0,346
<b>Preocupación</b>	263	-0,963	0,335

Nota: Variable de agrupación: Sexo

En cuanto a la relación entre la edad y el nivel de estudios con las creencias sobre la medicación (BMQ), las correlaciones de Pearson que se observan en la Tabla 10, muestran que la edad tenía una correlación negativa significativa con la creencia de abuso de medicación ( $r = -0,335$ ,  $p < 0,05$ ) mientras que demostraba una correlación positiva significativa con la creencia de necesidad ( $r = 0,523$ ,  $p < 0,01$ ). Por otro lado, se observó que el nivel educativo tenía una correlación negativa significativa con la creencia de necesidad ( $r = -0,604$ ,  $p < 0,01$ ).

**Tabla 10. Correlación edad, nivel de estudios con creencias sobre la medicación. Análisis de Pearson**

	Edad		Nivel Educativo	
	r	Sig.	r	Sig.
<b>Abuso</b>	-,335*	0,015	0,04	0,776
<b>Daño</b>	0,045	0,751	-0,201	0,153
<b>Necesidad</b>	,523**	<,001	-,604**	<,001
<b>Preocupación</b>	0,042	0,766	0,115	0,418
<b>Satisfacción</b>	0,227	0,106	-0,058	0,685

*Nota: \*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).*

*\* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).*

## 5. DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo era conocer la prevalencia de personas mayores de 18 años en tratamiento ansiolítico. En segundo lugar, estudiar como influyen el sexo y la edad en la toma de medicación ansiolítica. Otro de los objetivos

marcados fue conocer la relación existente entre las creencias positivas sobre la medicación y su cumplimiento terapéutico. Se propuso también conocer si la satisfacción con el tratamiento influye en la adhesión terapéutica y como las percepciones que tienen las personas de abuso, daños, preocupación, necesidad y satisfacción podían predecir la adhesión al tratamiento. Por último, se estudió como influyen el sexo, la edad y el nivel de estudios en las creencias sobre la medicación ansiolítica.

Los principales resultados obtenidos indican que la prevalencia de casos era del 52% y demostró ser superior a la reflejada en la literatura previa en la cual se determina una prevalencia del 36%(35), en cuanto a la influencia de la edad y el sexo, nuestros datos exponen que la edad tiene influencia positiva en la toma o no de medicación ansiolítica, en contraposición al sexo que demuestra no tener influencia, este resultado coincide con la literatura previa en cuanto a la edad, pero no en lo referente al sexo(36,37). Las creencias más potentes eran las de necesidad de medicación y preocupación, mientras que la creencia más débil fue la de daño causado por la medicación.

En cuanto a la relación entre prejuicio sobre la medicación y adhesión al tratamiento nuestros resultados sugieren que existe una relación significativa en ambos casos. Coincidiendo con nuestra hipótesis, encontramos que los participantes que reportaron mayores niveles de prejuicio también mostraron una menor adhesión al tratamiento prescrito. Este hallazgo respalda la idea de que las actitudes hacia la medicación pueden influir en la adherencia terapéutica, lo cual es consistente con la literatura previa(9)

Los análisis estadísticos de correlación confirman esta asociación y sugieren que abordar los prejuicios percibidos sobre la medicación podría mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con ansiedad.

Con relación a como las creencias sobre la medicación predicen la adhesión al tratamiento, nuestros datos reflejan que la creencia de daño predice la adhesión significativamente, afirmando así nuestra hipótesis. Observamos que los pacientes que presentaron mayores creencias de daño presentaban también menor adhesión al tratamiento. Con este descubrimiento, apoyamos la idea de que la adhesión es menor cuando el daño percibido es más alto(40)

Los análisis estadísticos de regresión lineal favorecen esta relación y nos hacen concluir que podría utilizarse la creencia de daño como un predictor de falta de adhesión.

En referencia a la asociación existente entre la satisfacción con el tratamiento y la adhesión al mismo, nuestro estudio revela que no existe ninguna relación significativa entre ambos conceptos, al contrario de lo que encontramos en la bibliografía previa(33). Se rechaza nuestra hipótesis al observar que mayores o menores niveles de satisfacción con el tratamiento no alteraban la adhesión al mismo.

En cuanto al abordaje de la influencia de la edad, sexo y nivel de estudios en las creencias sobre la medicación, nuestros resultados esclarecen que el sexo no influye. Sin embargo, la edad y el nivel de estudios influían de forma significativa. Esto apoya nuestra hipótesis de que los participantes con mayor edad presentaban menores creencias de abuso de medicación y mayores creencias de necesidad y, por otro lado, los participantes con mayor nivel de estudios reflejaron menores creencias de necesidad. Es por esto que respaldamos la idea de que la edad y el nivel de estudios tienen influencia en las creencias sobre la medicación(10,11) Los análisis estadísticos de regresión lineal coinciden en esta relación y proponen dirigir la educación sanitaria a estos perfiles que son más sensibles a poseer creencias negativas sobre la medicación y por tanto poseen mayor predisposición a una falta de adhesión.

Es importante tener en cuenta que nuestro estudio tiene algunas limitaciones. Por ejemplo, la muestra fue relativamente pequeña y provino de una única ubicación geográfica, lo que limita la generalización de nuestros resultados. Además, la naturaleza transversal del estudio impide establecer relaciones causales entre las variables estudiadas. Por otro lado, la medida de las creencias sobre la medicación, adhesión y satisfacción mediante autoinformes podría estar propensa a ciertos sesgos como el de recuerdo. En algunos casos los cuestionarios tenían un número demasiado bajo de ítems y una consistencia interna más baja de lo esperado.

El resultado de este estudio sugiere la necesidad de futuros estudios sobre las creencias y prejuicios sobre la medicación ansiolítica que mejoren el diseño disponiendo de una mayor muestra y más heterogénea para así poder ser representativa. Por otro lado, se sugiere emplear otros métodos para conocer las creencias, satisfacción y adhesión que pudieran complementar a los cuestionarios y así reducir el sesgo de respuestas por parte de los participantes. Por último, sería beneficioso el considerar el diseño de un estudio longitudinal ya que posibilitaría el obtener resultados más precisos.

## **6. CONCLUSIÓN**

En resumen, nuestro estudio proporciona evidencia de la importancia de las actitudes, creencias y satisfacción del paciente con respecto al tratamiento farmacológico para la ansiedad en la adherencia terapéutica. Estos hallazgos tienen importantes implicaciones para la práctica clínica y resaltan la necesidad de abordar estos factores durante la consulta médica para mejorar los resultados del tratamiento en pacientes con ansiedad.

## 7. BIBLIOGRAFIA

1. Burkhart P V, Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. *J Nurs Scholarsh*. 2003;35(3):207.
2. Carral-Tellitu N. Impacto de la adherencia terapéutica sobre la eficacia antimicrobiana de Amoxicilina, Levofloxacino y Moxifloxacino, como probabilidad de alcanzar un índice farmacocinético-farmacodinámico, en pacientes ambulatorios con neumonía adquirida en la comunidad, teniendo en cuenta su variabilidad interindividual. Carral Tellitu. Universidad del País Vasco; 2017.
3. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten Primaria*. 2009 Jun;41(6):342–8.
4. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharmaceutica (Internet)*. 2018 Dec 20;59(4).
5. Rigueira García AI. Cumplimiento terapéutico: ¿qué conocemos de España? *Aten Primaria*. 2001;27(8):559–68.
6. Ortiz P M, Ortiz P E. Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Rev Med Chil*. 2007 May;135(5).
7. Chakraborty K, Avasthi A, Kumar S, Grover S. Attitudes and beliefs of patients of first episode depression towards antidepressants and their adherence to treatment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009 Jun 13;44(6):482–8.
8. Jónsdóttir H, Friis S, Horne R, Pettersen KI, Reikvam Å, Andreassen OA. Beliefs about medications: measurement and relationship to adherence in patients with severe mental disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2009 Jan 9;119(1):78–84.

9. Russell J, Kazantzis N. Medication beliefs and adherence to antidepressants in primary care. *N Z Med J.* 2008 Nov 7;121(1286):14–20.
10. KESSING LV, VIBE HANSEN H, DEMYTTENAERE K, BECH P. Depressive and bipolar disorders: patients' attitudes and beliefs towards depression and antidepressants. *Psychol Med.* 2005 Aug 1;35(8):1205–13.
11. Beléndez-Vázquez M, Hernández-Mijares A, Horne R, Weinman J. Evaluación de las creencias sobre el tratamiento: validez y fiabilidad de la versión española del Beliefs about Medicines Questionnaire. *International Journal of Clinical and Health Psychology.* 2007;7(3):767–79.
12. Pisano González MM, González Pisano A. La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *Enferm Clin.* 2014 Jan;24(1):59–66.
13. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten Primaria.* 2009 Jun;41(6):342–8.
14. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to Medication. *New England Journal of Medicine.* 2005 Aug 4;353(5):487–97.
15. Ortega-Cerda JJ, Sánchez-Herrera D, Rodríguez-Miranda OA, Ortega-Legaspi JM. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Médica Grupo Angeles.* 2018;16(3).
16. Horne R, Chapman SCE, Parham R, Freemantle N, Forbes A, Cooper V. Understanding Patients' Adherence-Related Beliefs about Medicines Prescribed for Long-Term Conditions: A Meta-Analytic Review of the Necessity-Concerns Framework. *PLoS One.* 2013 Dec 2;8(12):e80633.
17. Sake FTN, Wong K, Bartlett DJ, Saini B. Benzodiazepine use risk: Understanding patient specific risk perceptions and medication beliefs. *Research in Social and Administrative Pharmacy.* 2019 Nov;15(11):1317–25.

18. Lee WC, Balu S, Cobden D, Joshi A V, Pashos CL. Prevalence and economic consequences of medication adherence in diabetes: a systematic literature review. *Manag Care Interface*. 2006 Jul;19(7):31–41.
19. Conlin PR, Gerth WC, Fox J, Roehm JB, Boccuzzi SJ. Four-year persistence patterns among patients initiating therapy with the angiotensin II receptor antagonist losartan versus other antihypertensive drug classes. *Clin Ther*. 2001 Dec;23(12):1999–2010.
20. Partridge AH. Adherence to Therapy With Oral Antineoplastic Agents. *CancerSpectrum Knowledge Environment*. 2002 May 1;94(9):652–61.
21. Williams M, Clarke T, Williams P, Barton E. The mean levels of adherence and factors contributing to non-adherence in patients on Highly Active Antiretroviral Therapy. *West Indian Medical Journal*. 2007 Jun;56(3).
22. Pérez-Escudero A, Gil-Molina S, Pina-Camacho L, García-Cabeza I. Psychopharmacology of Psychosis: Choice of Drug, Treatment Adherence and New Horizons. *Clin Salud*. 2010;21(3).
23. Párraga Martínez I, López-Torres Hidalgo J, del Campo del Campo JM, Villena Ferrer A, Morena Rayo S, Escobar Rabadán F. Seguimiento de la adherencia al tratamiento antidepresivo en pacientes que inician su consumo. *Aten Primaria*. 2014 Aug;46(7):357–66.
24. Cardoner Álvarez N, Segalàs Cosí J. Fármacos ansiolíticos. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2003 Jan;8(104):5612–9.
25. Gonzalez-Rodriguez MP, Montealegre-Aponte KA, Sanchez-Diaz L V, Bernal-Restrepo MF. Mitos y tabús sobre dependencia a psicofármacos. *Scientific & Education Medical Journal*. 2022;5(2).
26. Abellán CM, Rojo SF, Álvarez-Mon MÁ, Mora F. Protocolo terapéutico de uso de benzodiazepinas y antipsicóticos. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2023 Sep;13(84):4978–84.
27. Vázquez-Núñez MA, Santiesteban-Alejo RE, Quirós-Enríquez M, Ramírez-Pérez A. Consumo de benzodiazepinas en pacientes que

- asisten al Centro ambulatorio geriátrico del Hospital Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos. *Revista Científica Estudiantil UNIMED*. 2020;2(2).
28. Noguera-Marín M. Consumo abusivo de psicofármacos entre la población que acude a un servicio de urgencias. [Alcalá de Henares]: Universidad de Alcalá; 2017.
  29. Alberto D, Rubio C, Hardisson A. Falta de adherencia terapéutica en pacientes en tratamiento con Benzodiazepinas. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2022 Jun 15;14.
  30. Kelley CJ, Niznik JD, Ferreri SP, Schlusser C, Armistead LT, Hughes TD, et al. Patient Perceptions of Opioids and Benzodiazepines and Attitudes Toward Deprescribing. *Drugs Aging*. 2023 Dec 4;40(12):1113–22.
  31. Revicki DA. Patient assessment of treatment satisfaction: methods and practical issues. *Gut*. 2004 May 1;53(suppl\_4):iv40–4.
  32. Villar López J, Lizán Tudela L, Soto Álvarez J, Peiró Moreno S. La satisfacción con el tratamiento. *Aten Primaria*. 2009 Nov;41(11):637–45.
  33. López-Torres Hidalgo J, López Gallardo Y, Párraga Martínez I, Campo del Campo JM del, Villena Ferrer A, Morena Rayo S. Satisfacción con el tratamiento antidepresivo: validación del cuestionario “ESTA.” *Rev Esp Salud Publica*. 2013 Dec;87(6):615–27.
  34. Vázquez Canales L de M, Frutos Fernández M. La prevención cuaternaria en el uso de benzodiazepinas y cómo deprescribirlas. *Atención Primaria Práctica*. 2023 Oct;5(4):100183.
  35. Mejía-Zambrano H, Ramos-Calsín L. Prevalencia de los principales trastornos mentales durante la pandemia por COVID-19. *Rev Neuropsiquiatr*. 2022 Mar 21;85(1):72–82.
  36. Matud-Aznar M, García-Pérez L, Bethencourt-Pérez J, Rodríguez-Wangüemer C. Gender and the use of anxiolytic and hypnotic drugs in Spain. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*. 2017;5(2017).
  37. Bejarano Romero F, Piñol Moreso JL, Mora Gilabert N, Claver Luque P, Brull López N, Basora Gallisa J. Elevado consumo de benzodiazepinas en mujeres ancianas asignadas a centros de salud urbanos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2008 Dec;40(12):617–21.

38. García Díez S, De Nicolás Valdés M, Diéguez Varela C, Fernández Martínez P, Suárez Gil P, Navarro Rodríguez Y. Impacto del confinamiento por COVID-19 en la prescripción de benzodiazepinas. *Aten Primaria*. 2023 Mar;55(3):102552.
39. Kong FZ, Ji CF, Du XD, Logan R, Zhao HY, Wu GH, et al. Baseline beliefs about medication are associated with outcomes of antidepressants in inpatients with first-diagnosed depression under supervised therapeutic compliance. *Aging*. 2021 Sep 2;13(17):21400–7.
40. Acosta F, Rodríguez L, Cabrera B. Creencias sobre la depresión y sus tratamientos: variables asociadas e influencia de las creencias en la adherencia. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2013 Apr;6(2).
41. Herrera Guerra E del P, Robles González JR, Bautista Arellano LR. Validez y confiabilidad del Beliefs About Medicines Questionnaire en pacientes hipertensos colombianos. *Revista Cuidarte*. 2021;
42. Robles García R, Salazar Alvarado V, Páez Agraz F, Ramírez Barreto F. [Assessment of drug attitudes in patients with schizophrenia: psychometric properties of the DAI Spanish version]. *Actas Esp Psiquiatr*. 2004;32(3):138–42.
43. Garcia Atienza EM. Evaluación de la satisfacción con el tratamiento en pacientes que consumen fármacos ansiolíticos o hipnóticos. Validación del cuestionario SATAN. [Albacete]: Universidad de Castilla La Mancha; 2021.
44. Álvarez Velázquez E, Vargas Hernández AN, Martínez Sánchez CE. Escala de medición de la satisfacción laboral. *HUMAN REVIEW International Humanities Review / Revista Internacional de Humanidades*. 2023 Feb 13;12(3):1–11.
45. Rocha K, Perez K, Rodriguez-Sanz M, Borrell C, Obiols J. Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2011;11(1):125–39.