



FACULTAD DE FARMACIA

Grado en Farmacia

EFFECTO BOCA A BOCA EN EL USO RACIONAL DE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES Y SU IMPACTO EN LA ADHESIÓN TERAPÉUTICA EN MUJERES DE 18-34 AÑOS

Memoria de Trabajo Fin de Grado

Sant Joan d'Alacant

Diciembre 2024

Autor: Jaime Antonio Gómez Ferrà

Modalidad: Observacional

Tutoras: Victoria Soto Sanz; María Dolores Van-Der Hofstadt Clavero

“Las palabras pueden inspirar. Y las palabras pueden destruir. Elige bien tus palabras.”

Robin Sharma

A mi madre, por volcar tu pasión en la profesión farmacéutica durante décadas y transmitírmela a mi desde que tengo uso de razón.

A mi tío, Antonio Gómez Robles, por lo mucho que te esforzaste siempre en sacarnos una sonrisa incluso cuando te faltaban las fuerzas para hacerlo.

D.E.P.

Índice de contenido

RESUMEN	4
ANTECEDENTES	5
Uso racional del medicamento	6
Adhesión terapéutica.....	6
Comunicación boca a boca y efecto boca a boca	7
HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	12
Objetivos del estudio	12
Hipótesis.....	13
METODOLOGÍA	14
Diseño del estudio.....	14
Población del estudio	14
Selección de la muestra	15
Instrumentos de recolección de datos	15
Procedimientos de recopilación de datos	16
Análisis de datos	17
Consideraciones éticas	18
RESULTADOS	18
Participantes.....	18
Consistencia interna del <i>BMQ</i>	18
Experiencia de uso	19
Grado de adhesión terapéutica a los ACOs: Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ).....	21
Experiencia comunicativa - Creación de mensajes sobre ACOs.....	21
Experiencia comunicativa - Difusión de mensajes sobre ACOs	23
Experiencia comunicativa - Riesgo percibido	24
Uso de ACOs en función de las puntuaciones del <i>BMQ</i>	25
Interés de abandono de los ACOs según las puntuaciones del <i>BMQ</i>	26
Aconsejar/desaconsejar ACOs según las puntuaciones del <i>BMQ</i>	27
Puntuaciones del <i>BMQ</i> según la finalidad de uso	29
Puntuaciones del <i>BMQ</i> según el grado de impacto emocional y comportamental	29
DISCUSIÓN	32
Objetivo 1: Evaluar la experiencia de uso de ACOs	32
Objetivo 2: Evaluar el grado de adhesión terapéutica a los ACOs	33
Objetivo 3: Evaluar la experiencia comunicativa sobre los ACOs	34
Objetivo 4: Relación entre la comunicación boca a boca y el uso racional de ACOs	35
CONCLUSIONES	35
LIMITACIONES	37
REFERENCIAS	38

Índice de figuras y tablas

Figura 1. Un modelo de comunicación boca a boca en el sector sanitario. Fuente: Martin 2017 (11)	8
Figura 2. Un modelo revisado de comunicación boca a boca en el sector sanitario. Fuente: Pauli et al 2023 (12)	9
Figura 3. Diagrama de flujo del proceso de inclusión y exclusión de respuestas.	18
Tabla 1. Experiencia de uso de anticonceptivos orales en las participantes.	19
Tabla 2. Puntuaciones del <i>Beliefs about Medicines Questionnaire</i>	20
Tabla 3. Experiencia comunicativa de los anticonceptivos orales – Creación de los mensajes.	21
Tabla 4. Experiencia comunicativa de los anticonceptivos orales – Difusión de los mensajes.	22
Tabla 5. Experiencia comunicativa de los anticonceptivos orales – Impacto de los mensajes.	23
Tabla 6. Influencia de las puntuaciones del <i>Beliefs about Medicines Questionnaire</i> sobre la decisión de usar o no anticonceptivos orales.	24
Tabla 7. Influencia de las puntuaciones del <i>Beliefs about Medicines Questionnaire</i> sobre el interés de abandono de anticonceptivos orales.	26
Tabla 8. Influencia de las puntuaciones del <i>Beliefs about Medicines Questionnaire</i> sobre aconsejar y desaconsejar anticonceptivos orales.	27
Tabla 9. Análisis de varianzas (ANOVA) para evaluar las diferencias en las puntuaciones del <i>Beliefs about Medicines Questionnaire</i> según la finalidad de uso de los ACOs	28
Tabla 10. Influencia de las puntuaciones del <i>Beliefs about Medicines Questionnaire</i> según el grado de los impactos emocional y comportamental.....	29
Tabla 11. Correlaciones de Pearson para los impactos emocional y comportamental.	30

RESUMEN

Introducción: El efecto boca a boca se describe como cualquier efecto sobre el interés de adquisición de un producto, resultante de la comunicación boca a boca entre consumidores. Existen estudios que exponen que las recomendaciones entre mujeres pueden influenciar sobre las decisiones de uso y abandono de los anticonceptivos orales (ACO).

Objetivo: evaluar cómo afecta la comunicación boca a boca entre mujeres al uso racional de los ACOs y su impacto sobre la adhesión terapéutica.

Metodología: Se llevó a cabo un estudio transversal, observacional, descriptivo y correlacional. Se estableció como población diana a mujeres españolas de 18 a 34 años. Se elaboró un cuestionario a partir de una escala validada (*Beliefs about Medicines Questionnaire*) y dos apartados *ad hoc*. Para analizar los datos, se emplearon un análisis descriptivo de porcentajes y medias, pruebas t de Student, regresiones logísticas, análisis de varianzas y correlaciones de Pearson.

Resultados: Participaron un total de 398 mujeres. Se observó que los impactos emocional y comportamental de los mensajes sobre ACOs influyen significativamente a las percepciones de necesidad y preocupación, las cuales influyen significativamente en si las participantes desaconsejan o no el uso de ACOs a otras mujeres, la probabilidad de uso, etc. Por lo que se puede afirmar que existe un efecto boca a boca negativo en el uso de ACOs.

Discusión: Es necesario establecer sistemas de información que sean efectivos para combatir la desinformación sanitaria de los ACOs, junto con campañas de divulgación sanitaria que empleen el propio efecto boca a boca, debido a su elevada utilidad transmitiendo mensajes que causen un impacto.

Palabras clave: uso racional de los medicamentos; adhesión terapéutica; anticonceptivos orales; efecto boca a boca; comunicación interpersonal;

ANTECEDENTES

Uso racional del medicamento

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), “el uso racional de los medicamentos implica que los pacientes reciban la medicación apropiada a sus necesidades clínicas, con las dosis precisas según sus características, durante un periodo de tiempo adecuado, con el menor coste posible para ellos y para la comunidad”. El uso racional de los medicamentos debe lograrse no solo por medio de los profesionales sanitarios, sino también por medio de los consumidores de medicamentos, “estableciendo sistemas efectivos de información para proporcionar información médica independiente e imparcial al público general, mejorando así el uso de medicamentos por los consumidores” (2).

Adhesión terapéutica

La adherencia terapéutica fue definida en 2003 por la OMS (3) 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”.

Aunque el término más empleado y aceptado por la comunidad científica hispanohablante es el de ‘adherencia’, Amigo Vázquez et al. (4) explican en su ‘Manual de Psicología de la Salud’ que es preferible el uso del término adhesión, “en cuanto a que refiere una “acción”, en detrimento del vocablo “adherencia”, que indicaría una “propiedad”. Este planteamiento puede entenderse mejor si buscamos la definición de adherencia terapéutica en el Diccionario Panhispánico de Términos Médicos de la Real Academia Nacional de Medicina de España (5) donde se nos indica que el uso del término está desaconsejado por ser considerado un anglicismo. El Jefe de Sección de Gastroenterología del Servicio de Gastroenterología y Hepatología del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid (6), apoyó esta propuesta etimológica en una carta al director de la Revista Clínica Española en 2006, argumentando que el efecto de adherirse se

da “conviniendo un dictamen o partido”, tachando el término “adherencia” de una mala traducción del inglés.

Es por ello por lo que, aun siendo mayoritario y prácticamente unánime el uso del término adherencia sobre el de adhesión, se va a emplear el término minoritario a lo largo de este Trabajo de Fin de Grado por los motivos expuestos anteriormente.

Comunicación boca a boca y efecto boca a boca

Previamente a este Trabajo de Fin de Grado, en un estudio sobre adhesión terapéutica a los anticonceptivos orales (ACOs) en mujeres jóvenes expuesto durante el XIX Congreso de Estudiantes de Farmacia de Alicante (CEFA), se pudo observar que el 41,1% de las participantes afirmaba sentir una mayor influencia por las recomendaciones de otras mujeres antes que las recomendaciones de un profesional sanitario. Entre las usuarias de ACOs, existe también unas elevadas tasas de preocupación por las reacciones adversas de estos fármacos (68,7% de las participantes), aun cuando el número de participantes que realmente conocía los efectos adversos graves era bajo (22,2% de las participantes). En este estudio, se concluyó que la influencia de otras mujeres podía causar un ‘efecto boca a boca’ en las usuarias de ACOs, afectando negativamente en la adhesión al tratamiento (7).

Por otro lado, en mercadotecnia, está ampliamente descrito el llamado ‘efecto boca a boca’, de donde tomamos prestado el término para nuestra investigación. Se define como ‘comunicación boca a boca’ a aquella realizada “por y entre consumidores sobre un producto particular u ofertas de servicios, promociones, firmas o mercados, en general de manera informal y frecuentemente de persona a persona” (8). El ‘efecto boca a boca’ se define como “cualquier efecto resultante de la comunicación boca a boca entre consumidores” y puede ser “positivo, negativo o neutral dependiendo de la magnitud y contenido de la comunicación” (9).

Desde hace décadas, existen estudios interesados en este tema, como el de Arndt (10); en él se indica que “la exposición a comentarios favorables aumentaba las probabilidades de compra; la exposición a comentarios desfavorables disminuía la probabilidad [...] A diferencia de los perceptores de bajo riesgo (aquellos que perciben un menor riesgo asociado a la compra del producto), los perceptores de alto riesgo (aquellos que perciben un mayor riesgo asociado a la compra del producto) eran menos propensos a comprar el producto nuevo, pero eran más afectados por la información recibida” y “los comentarios tendían a reflejar intercambios de opinión más que intentos de controlar las acciones de compra de los receptores de la comunicación boca a boca”, por lo que pudo concluir que “el proceso del boca a boca, tal y como se observa aquí, se explica mejor como la búsqueda de apoyo social para la adopción o no adopción [del producto] y como la reducción de riesgo mediante acción grupal”.

Martin (11) hizo una primera propuesta de modelo de comunicación boca a boca en el sistema sanitario, explicando que se pueden diferenciar tres fases (la creación, la difusión y el impacto). Cada una de ellas presenta diferentes factores que influyen en este proceso. El modelo se basa en tres teorías de la psicología social para explicar el funcionamiento de la comunicación boca a boca en el sector sanitario: la teoría de la disonancia cognitiva, la teoría de la fuerza de los lazos débiles y la teoría del riesgo percibido (Figura 1).

Según Martin (11), la teoría de la disonancia cognitiva de Festinger (1957) explica que cuando los procesos cognitivos de un individuo son contrarios a los de su conducta, se produce un malestar emocional. El individuo entonces procede a aplicar una serie de estrategias para reducir ese malestar. En el caso del sector sanitario, un ejemplo de disonancia cognitiva podría ser, un paciente que contrata un determinado servicio de salud no sintiéndose completamente seguro de su decisión, procedería a recomendarlo a otros individuos con el fin de convencerse a si mismo de que ha tomado la decisión correcta. Este mecanismo puede considerarse como una búsqueda de apoyo externo que valide su decisión.

Modelo de comunicación boca a boca en el sector sanitario

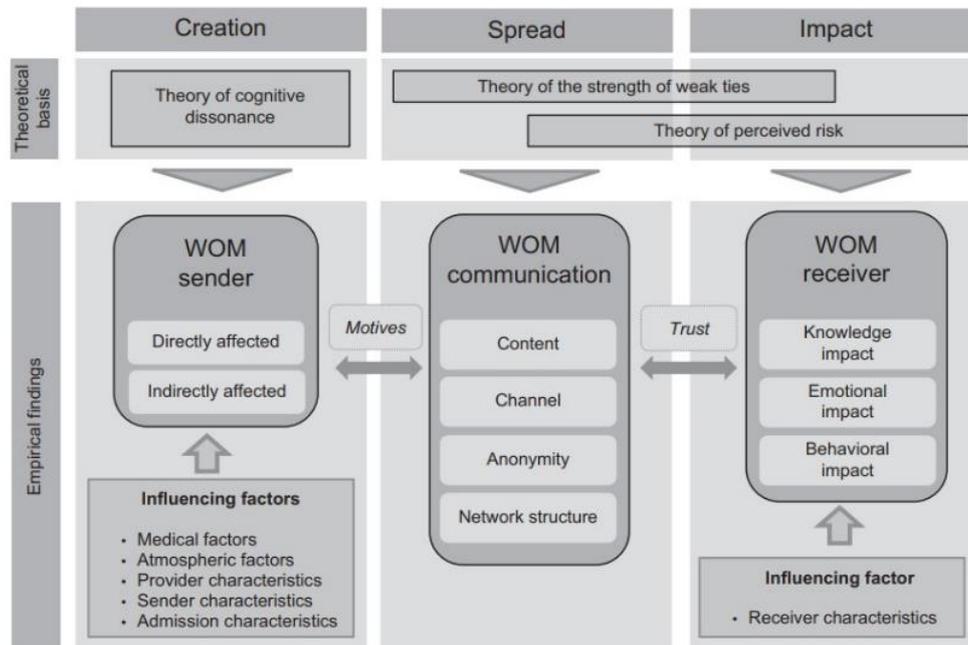


Figura 1. Un modelo de comunicación boca a boca en el sector sanitario. Fuente: Martin 2017 (11).

Según Martin (11), la teoría de la fuerza de los lazos débiles de Granovetter (1973) establece que la difusión de un mensaje alcanza a más personas cuando se produce entre lazos débiles (compañeros de trabajo, amigos esporádicos...), al contrario de cuando se produce entre lazos fuertes (familiares, amigos cercanos...). Esto se debe a que los lazos fuertes frecuentan personas que pertenecen a un mismo clúster de personas, mientras que los lazos débiles permiten la difusión de mensajes entre miembros de diferentes clústeres. Sin embargo, los mensajes difundidos por lazos fuertes producen un mayor impacto conductual sobre los consumidores debido a una mayor confianza entre ambos.

Según Martin (11), la teoría del riesgo percibido de Bauer y Cox (1967) indica que el grado de incertidumbre en un consumidor juega un papel importante en la obtención de un producto y su uso, dado que cuando el riesgo percibido es demasiado alto, el individuo busca reducir ese riesgo adoptando estrategias de reducción de riesgo, entre ellas la búsqueda de información por medio del consejo de otros consumidores como pueden ser los amigos o familiares.

Pauli et al. (12) amplían este modelo añadiendo nuevos factores a las fases previamente establecidas, y propone que debido a la creciente importancia de la comunicación a través de medios electrónicos, la comunicación puede ser “bidireccional o multidireccional, ilustrando la involucración de múltiples compañeros de discusión a lo largo del proceso comunicativo”, planteando una “distinción entre las comunicaciones de uno a uno, de uno a varios y de varios a varios” (Figura 2).

Modelo revisado de la comunicación boca a boca en el sistema sanitario

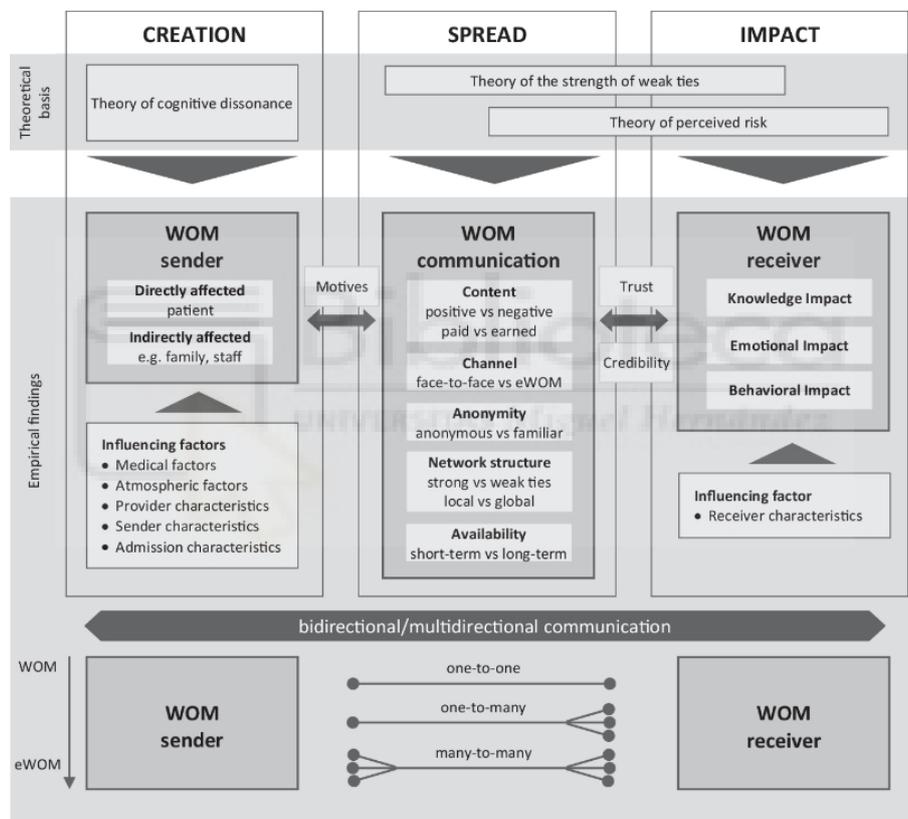


Figura 2. Un modelo revisado de comunicación boca a boca en el sector sanitario basado en Martin 2017. Fuente: Pauli et al 2023 (12).

Por otro lado, en el sector farmacéutico concretamente, Holdford (13) explica la importancia de emplear el ‘marketing boca a boca’ (“el uso de recomendaciones personales y referencias en el mercado como base principal del marketing de la firma” (14)) en la “promoción de diversas ideas, servicios y productos, incluyendo fármacos”. En este mismo artículo, se explica cómo el uso de la comunicación

boca a boca en una campaña para la concienciación de las resistencias a los antibióticos en un centro de salud de Norfolk (Virginia) logró que la prescripción de antibióticos disminuyera en más de un 13% en tan solo un año. En esta campaña, únicamente se emplearon mensajes simples y contundentes que se oponían a los comportamientos arraigados de los pacientes, como por ejemplo “La resistencia mata”.

No obstante, aunque existan estudios que relacionan el efecto boca a boca con el sector sanitario, estos se limitan más al uso del sistema sanitario en sí, sin indagar mucho en el uso racional del medicamento y la adhesión terapéutica. La bibliografía reciente no establece la comunicación entre personas como un posible factor de la adherencia terapéutica. Algunos factores descritos, aun pudiendo tener su origen en la comunicación boca a boca, se describen como factores personales, dependiendo únicamente del paciente más que del entorno que le rodea. Sí se habla de estigma como factor social en el que interviene fundamentalmente el efecto boca a boca, pero las revisiones actuales se centran en el estigma de la enfermedad, más que en el estigma de los medicamentos (15-17).

En relación al mal uso del medicamento y falta de adhesión terapéutica en diversos grupos farmacológicos según si tienen presentaciones de venta libre (AINEs, antihistamínicos...) o si son exclusivamente de prescripción (ansiolíticos, antidepresivos, ACOs...), observamos que en el caso de los grupos farmacológicos de prescripción, existen percepciones negativas y estigmas que pueden influenciar la adherencia terapéutica (18,19, 25); en el caso de los grupos farmacológicos que presentan presentaciones de venta libre, parece ser que existe una menor concienciación sobre los posibles efectos adversos, que junto a la cotidianidad de su empleo hacen que se den más casos de automedicación (20-24)

Si centramos la búsqueda en los ACOs, existen estudios en los que se plantea que las percepciones negativas originadas por la presencia de efectos adversos

tienen un impacto negativo sobre la adhesión terapéutica, pudiendo resultar en pedir al médico el intercambio a otro método anticonceptivo o, en el peor de los casos, en el abandono de su uso sin cambiar a otros métodos anticonceptivos (28). Incluso se llegó a observar que existe influencia por parte de otras mujeres a la hora de tomar decisiones relacionadas a la anticoncepción (26-27), especialmente en mujeres más jóvenes, las cuales consultan en menor medida a los profesionales sanitarios (29,).

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Objetivos del estudio

Objetivo principal: evaluar cómo afecta la comunicación boca a boca entre mujeres al uso racional de los ACOs y su impacto sobre la adhesión terapéutica.

Objetivos específicos:

1. Evaluar la experiencia de uso de ACOs de las participantes:
 - a. Conocer tanto el número de participantes que han usado ACOs alguna vez (actual o anteriormente)
 - i. Conocer la finalidad de uso (fines anticonceptivos, fines no anticonceptivos o ambos)
 - ii. Conocer cuantas participantes han abandonado/han considerado abandonar el tratamiento
 - Conocer los motivos de abandono del tratamiento
 - b. Conocer el número de participantes que no han usado ACOs nunca
 - i. Conocer los motivos por los cuales no han usado ACOs nunca
2. Evaluar el grado de adhesión terapéutica a los ACOs de las participantes
 - a. Evaluar las percepciones sobre medicación general
 - b. Evaluar las percepciones específicas sobre los ACOs
3. Evaluar la experiencia comunicativa sobre el uso de ACOs de las participantes

- a. Conocer los motivos que llevan a las participantes a aconsejar o desaconsejar el uso de ACOs
 - b. Conocer los medios por los cuales se difunde la información sobre ACOs, así como el grado de cercanía de las personas con las que se comparte
 - c. Conocer cual es el impacto que tienen en las participantes los mensajes sobre ACOs
4. Comparar los resultados de los objetivos 1, 2 y 3 para establecer una relación entre el efecto boca a boca y el uso racional de los ACOs.

Hipótesis

Hipótesis principal: la comunicación boca a boca entre mujeres influye negativamente sobre el uso racional de los ACOs, al compartirse percepciones (positivas o negativas) que dan lugar a su mal uso e incluso produciendo un impacto negativo sobre la adhesión terapéutica.

Hipótesis específicas:

1. Se espera encontrar que los ACOs pueden experimentar un efecto boca a boca negativo (estigmatización de los efectos adversos, abandono del tratamiento, falta de adhesión terapéutica, etc.) debido a la difusión de percepciones negativas
2. En menor medida, se espera encontrar que los ACOs pueden experimentar cierto grado de efecto boca a boca positivo (banalización de los efectos adversos, sobreutilización, automedicación, etc.) en algunos casos debido a la difusión de percepciones positivas
3. Se espera encontrar que las participantes comparten información sobre los ACOs con el fin de disminuir el malestar emocional ocasionado por la incertidumbre de emplear el tratamiento, tal y como expone la teoría de la disonancia cognitiva de Festinger
4. Se espera encontrar que la difusión de la información sobre los ACOs tiene un mayor alcance entre vínculos débiles, pero un mayor impacto

emocional y conductual entre vínculos fuertes, tal y como expone la teoría de la fuerza de los vínculos débiles de Granovetter

5. Se espera encontrar que los mensajes sobre los ACOs tienen un fuerte impacto negativo sobre las participantes, generando un riesgo percibido elevado ante su uso, dando lugar a que las participantes busquen información de terceros para reducir ese riesgo, tal y como expone la teoría del riesgo percibido de Bauer y Cox

METODOLOGÍA

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, descriptivo y correlacional. La investigación se centró en evaluar la influencia de la comunicación boca a boca en el uso racional de los ACOs y su impacto en la adhesión terapéutica en mujeres de 18 a 34 años. El enfoque descriptivo permitió caracterizar las experiencias y percepciones de las participantes sin manipular variables, mientras que el carácter observacional implicó la recolección de datos sin intervención directa en los comportamientos de las participantes. Adicionalmente, el estudio tuvo un componente retrospectivo al recopilar información sobre experiencias previas con ACOs.

Población del estudio

Se usó el documento “Perfil de utilización de medicamentos por edad y sexo” de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria del Ministerio de Sanidad (30) para seleccionar la población más adecuada. En dicho documento, se indica que los ACOs son el grupo farmacológico más empleado por las mujeres de entre 15 y 34 años. Este documento emplea la medida estandarizada ‘dosis por 1000 habitantes y día’ (DHD) para medir el consumo anual de diferentes grupos farmacológicos. Esta medida se obtiene estableciendo la dosis diaria definida (DDD), se suman todas las DDD dispensadas en un año y se divide entre 365 días y entre la población. El consumo de ACOs en este grupo de edad y sexo en

2022 se situó en 108 DHD, cifra que supone el 26% consumo total de fármacos por mujeres en ese año, y la mitad de la diferencia de DHD entre sexos (415 DHD en mujeres; 198 DHD en hombres).

Debido a su alta tasa de consumo de ACOs, se estableció como población de estudio a las mujeres españolas de 18-34 años. Aunque el grupo de edad mencionado en el documento abarca desde los 15 años, se decidió no incorporar en el estudio a mujeres menores de edad por motivos ético-legales.

Selección de la muestra

El tamaño de la población diana en España se sitúa en 4.484.021 individuos (31). El tamaño de muestra para un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5% es de 385 individuos.

Se emplearon los métodos de muestreo por conveniencia, al compartir la encuesta por redes sociales (Instagram, WhatsApp y LinkedIn); y muestreo de bola de nieve, al pedir a las participantes que compartiesen el cuestionario a otras posibles participantes. Se emplearon los métodos mencionados debido a que son métodos económicos, simples y con un gran alcance de difusión (WhatsApp e Instagram son la primera y tercera red sociales más empleada en España respectivamente (32), y LinkedIn, aun teniendo un menor alcance, permite llegar a otros profesionales sanitarios, pudiendo compartir el enlace de participación).

Instrumentos de recolección de datos

Se creó un cuestionario *ad hoc* (anexo 1) compuesto de 4 apartados:

1. Sexo y Edad
2. Experiencia de uso de ACOs: instrumento *ad hoc* que consta de 5 ítems de respuesta tipo opción múltiple/sí o no. Algunos ítems están condicionados según la respuesta (solo se responden según la respuesta dada en el ítem anterior).

3. Grado de adhesión terapéutica a los ACOs: se empleó el inventario validado *Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ)* (33), el cual consta de 18 ítems. Se divide en 2 apartados: *BMQ-general*, el cual evalúa las percepciones sobre la medicación en general, y está compuesto de las dimensiones “abuso” y “daño”; y *BMQ-específico*, el cual evalúa las percepciones sobre un tratamiento en concreto (ACOs en este caso), y está compuesto de las dimensiones “necesidad” y “preocupación”. Se considera que el grado de adhesión terapéutica es bajo cuando la “necesidad” percibida del paciente es baja y la “preocupación percibida del paciente es alta.
4. Evaluación de la comunicación boca a boca: instrumento *ad hoc* que consta de 45 ítems, mayoritariamente evaluados mediante escala de tipo Likert (1: completamente en desacuerdo – 5: completamente de acuerdo); y en menor medida por medio de respuestas de opción múltiple/sí o no y/o respuesta corta. Algunos ítems están condicionados según la respuesta. Consta de 3 dimensiones: creación del mensaje, difusión del mensaje e impacto del mensaje

El cuestionario fue ideado durante los meses de marzo a junio de 2024, empleando como base el estudio preliminar (7) para el apartado 2, la escala validada *BMQ* para el apartado 3 y el modelo propuesto por Pauli et al (12) para el apartado 4.

Procedimientos de recopilación de datos

El cuestionario se realizó en la aplicación ‘Google Forms’. Se creó un grupo focal para comprobar que el enlace funcionase, que el cuestionario fuese coherente y entendible, y que el tiempo medio de realización no fuese demasiado largo.

El cuestionario se compartió por historias de Instagram, grupos de WhatsApp y como publicación en LinkedIn. En Instagram, se contactó con un conocido divulgador científico de farmacia (Marcos Díaz Tobaruela, alias Polifarmaceuticx) para intentar aumentar la difusión del enlace. El cuestionario se abrió el día 26

de junio de 2024 y se cerró el día 30 de junio de 2024 al alcanzar el número de participantes necesarias.

Análisis de datos

Para evaluar cómo la comunicación boca a boca influye en el uso racional de los ACOs y su impacto en la adhesión terapéutica, los datos recolectados fueron analizados utilizando la última versión del software estadístico SPSS y Excel. La consistencia interna de los instrumentos empleados se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach, asegurando la fiabilidad de las escalas utilizadas.

Para los análisis descriptivos, se emplearon frecuencias y porcentajes para describir la prevalencia de percepciones negativas y positivas sobre los ACOs, así como las tasas de abandono del tratamiento. Estos análisis permitieron caracterizar las experiencias y percepciones de las participantes en relación con los ACOs, proporcionando una base para la comprensión de las influencias del efecto boca a boca.

En los análisis correlacionales, se utilizaron coeficientes de correlación de Pearson para explorar la relación entre percepciones negativas y la falta de adhesión terapéutica, así como entre percepciones positivas y la sobreutilización de los ACOs. Según Cohen (34), los valores de correlación se interpretan como sigue: 0,10 - 0,29 (baja), 0,30 – 0,49 (moderada) y $\geq 0,50$ (alta).

Los modelos de regresión logística lineal se aplicaron para identificar los factores que influyen en el abandono del tratamiento debido a percepciones negativas y para evaluar el impacto de las percepciones sobre la adhesión terapéutica. En los modelos de regresión, un valor de $p < 0,05$ se considera estadísticamente significativo, indicando que los resultados no son debidos al azar (34).

Además, se emplearon pruebas de t de Student o ANOVA para comparar las percepciones y la adhesión terapéutica entre diferentes grupos de participantes, como aquellas que han recibido información positiva vs negativa sobre los ACOs.

Consideraciones éticas

La investigación obtuvo la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Miguel Hernández de Elche (UMH), cumpliendo con las normativas éticas de la institución y los principios de la Declaración de Helsinki. Al inicio del cuestionario, se proporcionó a las participantes un texto detallado sobre las condiciones ético-legales de la participación en el estudio. La cumplimentación del cuestionario implicó la aceptación de dichas condiciones.

Para garantizar la confidencialidad y anonimato, no se recolectaron datos personales identificativos más allá del sexo y la edad de las participantes. Se aseguraron medidas estrictas para proteger la privacidad de la información proporcionada. Los resultados del estudio se utilizarán exclusivamente con fines académicos y no se divulgarán datos personales en ninguna publicación o presentación de los resultados.

RESULTADOS

Participantes

Cumplimentaron el cuestionario un total de 407 participantes, de los cuales 5 no cumplían el criterio de inclusión “mujeres”, y 4 no cumplían el criterio “18 – 34 años”, por lo que el número final de participantes se redujo a 398. La edad media de las participantes fue 26,77 años (Figura 3).

Consistencia interna del *BMQ*

Se calculó el alfa de Cronbach de las diferentes dimensiones del *BMQ* para determinar la consistencia interna de la escala. La dimensión “Abuso” obtuvo un alfa igual a 0,638, lo cual indica una consistencia interna cuestionable. Las dimensiones “Daño” y “Preocupación” obtuvieron un alfa igual a 0,702 y 0,709 respectivamente, lo cual indica una consistencia interna aceptable. La dimensión necesidad obtuvo un alfa igual a 0,836, lo cual indica una buena consistencia interna.

Proceso de inclusión de participantes

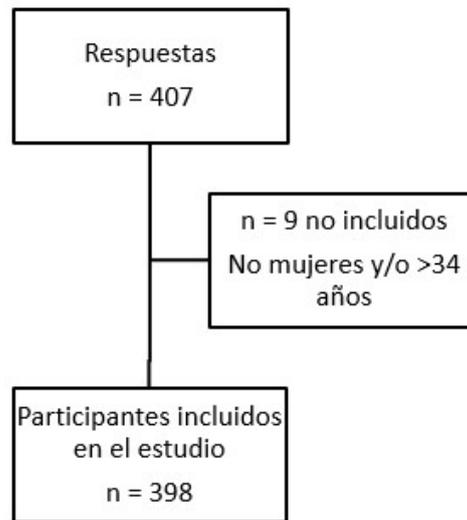


Figura 3. Diagrama de flujo del proceso de inclusión y exclusión de respuestas.

Experiencia de uso

Los resultados de la experiencia se recogen en la tabla 1. El 69,35% de las participantes (n = 276) empleó anticonceptivos en algún momento de su vida. La finalidad de uso se distribuyó uniformemente entre fines anticonceptivos, fines no anticonceptivos y ambos, siendo los porcentajes 29,71% (n = 82), 35,14% (n = 97) y 35,14% (n = 97) respectivamente. De este grupo, el 83,33% (n = 230) ha considerado en algún momento dejar de usar los ACOs o dejó de usarlos en el pasado (Tabla 1). El principal motivo para su rechazo (Tabla 1) fue la presencia de reacciones adversas (81,74%; n = 188). El 19,13% (n = 44) indicó que su motivo de rechazo fue el cambio a un método anticonceptivo diferente.

Por el lado contrario, el 30,65% del total de participantes (n = 122) no ha empleado ACOs nunca. El principal motivo para su rechazo también fue la presencia de reacciones adversas (58,20%; n = 71), aunque otros motivos de peso también fueron el uso de otros métodos anticonceptivos (46,72%; n = 57) y simplemente no haber considerado la opción (27,04%; n = 33).

Tabla 1. Experiencia de uso de anticonceptivos orales en las participantes

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%; N = 398)
¿Usa/ha usado ACOs?	No	122	30,65
	Sí	276	69,35
Total		398	100
Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%; N = 276)
¿Ha considerado dejar de usar/dejó de usar ACOs (N = 276)	No	46	16,67
	Sí	230	83,33
Total		276	100
Finalidad de uso		Frecuencia	Porcentaje (%; N = 276)
Fines anticonceptivos		82	29,71
Fines no anticonceptivos		97	35,14
Ambas		97	35,14
Total		276	99,99
Motivos para el abandono de ACOs		Frecuencia	Porcentaje* (%; N = 230)
Reacciones adversas		188	81,74
Razones médicas		39	16,96
Pauta posológica inconveniente		17	7,39
Fin de vida sexual		24	10,43
No mantiene relaciones heterosexuales		1	0,43
Interés de quedarse embarazada		9	3,91
valores religiosos/culturales		1	0,43
Creencia de ineffectividad		4	1,74
Cambio de método anticonceptivo		44	19,13
Forma farmacéutica inconveniente		2	0,87
Tomar un descanso		5	2,17
Otros		2	0,87
Motivos para no haber usado ACOs antes		Frecuencia	Porcentaje* (%) (N = 122)
No lo ha considerado		33	27,04
Reacciones adversas		71	58,20
Razones médicas		14	11,48
Pauta posológica inconveniente		11	9,02
Inactividad sexual		23	18,85
Interés de quedarse embarazada		1	0,82
Valores religiosos/culturales		2	1,64
Uso de otros métodos anticonceptivos		57	46,72
Forma farmacéutica inconveniente		1	0,82
No previenen contra las ITS		1	0,82

*El ítem correspondiente a esta tabla permitía la selección de más de una respuesta por participante, por lo que la suma de los porcentajes no es igual a 100.

ACOs: anticonceptivos orales

Grado de adhesión terapéutica a los ACOs: Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ)

Los resultados del *BMQ* pueden observarse en la tabla 2. El apartado “Abuso” del *BMQ*-General (puntuación máxima posible = 15) obtuvo una respuesta media de 10,79, lo cual indica que las participantes creen que los médicos abusan de los medicamentos. El apartado “Daño” (puntuación máxima posible = 25) obtuvo una respuesta media de 8,79, lo cual indica que las participantes no consideran que los medicamentos sean dañinos.

El apartado “Necesidad” (puntuación máxima posible = 25) obtuvo una respuesta media de 8,40, lo cual indica que las participantes no perciben los ACOs como necesarios en su vida. El apartado “Preocupación” (puntuación máxima posible = 25) obtuvo una respuesta media de 12,27, lo cual indica que las participantes no están preocupadas por el uso de ACOs.

Tabla 2. Puntuaciones del *Beliefs about Medicines Questionnaire*.

Dimensiones del <i>BMQ</i>		Rango de puntuación		
		obtenible	<i>M</i>	<i>DE</i>
General	Abuso	[3 – 15]	10,79	2,30
	Daño	[5 – 25]	8,79	3,37
Específico	Necesidad	[5 – 25]	8,40	4,11
	Preocupación	[5 – 25]	12,27	4,24

Nota: *BMQ*: *Beliefs about Medicines Questionnaire*; *M*: media; *DE*: desviación estándar

Experiencia comunicativa - Creación de mensajes sobre ACOs

Los resultados del apartado “Creación de mensajes” se recogen en la tabla 3. El 35,43% de las participantes ha aconsejado alguna vez el uso de ACOs a otras mujeres. En este grupo, los principales motivos que impulsaron a aconsejar fueron el altruismo (67,38%) y necesidad de compartir la información conocida (52,48%). Los factores relacionados con el médico prescriptor fueron influyentes,

teniendo especial importancia la cualificación del mismo (71,63%) y la credibilidad de la indicación de los ACOs (72,34%).

Tabla 3. Experiencia comunicativa de los anticonceptivos orales – Creación de los mensajes.

¿Ha aconsejado/desaconsejado el uso de ACOs?	Aconsejado		Desaconsejado	
	Frecuencia	Porcentaje (%) (N = 398)	Frecuencia	Porcentaje (%) (N = 398)
Sí	141	35,43	185	46,48
No	257	64,57	213	53,52
Total	398	100	398	100

Motivos para la aconsejar/desaconsejar	Aconsejado		Desaconsejado	
	Frecuencia a favor*	Porcentaje* (%) (N = 141)	Frecuencia a favor*	Porcentaje* (%) (N = 185)
Altruismo	95	67,38	128	69,19
Afirmación personal	8	5,67	27	14,59
Comparación social	30	21,28	40	21,62
Necesidad de compartir la información compartida	74	52,48	139	75,14

Factores asociados al profesional sanitario	Aconsejado		Desaconsejado	
	Frecuencia a favor*	Porcentaje* (%) (N = 141)	Frecuencia a favor*	Porcentaje* (%) (N = 185)
Cualificación	101	71,63	55	29,73
Competencia percibida	95	67,38	64	34,59
Calidad del servicio	87	61,70	69	37,30
Comportamiento hacia el paciente	88	62,41	68	36,76
Credibilidad de la indicación	102	72,34	76	41,08

Nota: ACOs: anticonceptivos orales

*Frecuencia y porcentaje a favor en función al número de respuestas igual o superior a 4 en la escala tipo Likert del ítem correspondiente.

El 46,48% de las participantes ha desaconsejado alguna vez el uso de ACOs. En este caso, los principales motivos para desaconsejar vuelven a ser el altruismo (69,19%) y la necesidad de compartir la información conocida (75,14%). En este caso, los factores relacionados con el médico prescriptor no

son tan influyentes, siendo el de mayor importancia la credibilidad de la indicación de los ACOs (41,08%).

Experiencia comunicativa - Difusión de mensajes sobre ACOs

Los resultados del apartado “Difusión de mensajes” se recogen en la tabla 4. Los comentarios recibidos sobre ACOs son más frecuentes de parte de vínculos fuertes (64,07%), seguido de vínculos débiles (32,66%) y vínculos muy débiles (27,63%). La realización de comentarios por parte de las propias participantes es más frecuente también hacia vínculos fuertes (66,83%), seguido de vínculos débiles (19,10%) y vínculos muy débiles (7,04%).

Tabla 4. Experiencia comunicativa de los anticonceptivos orales – Difusión de los mensajes.

Ítem	Recibir comentarios		Realizar comentarios	
	Frecuencia a favor*	Porcentaje* (%; N = 398)	Frecuencia a favor*	Porcentaje* (%; N = 398)
1: Nunca – 5: Siempre				
Vínculos fuertes	255	64,07	266	66,83
Vínculos débiles	130	32,66	76	19,10
Vínculos muy débiles	110	27,63	28	7,04
1: CD – 5: CA				
Los mensajes son positivos	53	13,32	86	21,61
Mayor frecuencia cara a cara antes que online	205	51,51	253	63,57
Los comentarios online son anónimos	54	13,57	35	8,79

Nota: CD: completamente en desacuerdo; CA: completamente de acuerdo

*Frecuencia y porcentaje a favor en función al número de respuestas igual o superior a 4 en la escala tipo Likert del ítem correspondiente.

Tanto los comentarios recibidos como realizados no son positivos (13,32% y 21,61% respectivamente). Las participantes no creen que la prescripción de ACOs esté ligada a incentivos económicos (12,81%; valor no incluido en la tabla). La comunicación se da principalmente de forma presencial frente a redes sociales, tanto al recibir comentarios (51,51%) como al realizarlos (63,57%), y en

el caso de darse por redes sociales, no es de forma anónima (13,57% y 8,79% respectivamente).

Experiencia comunicativa - Riesgo percibido

Los resultados del apartado “Impacto de los mensajes” se recogen en la tabla 5. Las participantes indicaron percibir algún tipo de riesgo asociado al uso de ACOs (69,60%) y la necesidad de buscar información para aclarar dudas (73,12%). El impacto emocional negativo (44,7%) fue superior al positivo (22,11%). El impacto comportamental negativo (35,68%) también fue superior al positivo (21,86%). Los vínculos fuertes no influyen tanto en la percepción y creencias de los ACOs (30,15%), al contrario de los comentarios de personas con problemas de salud similares (52,26%) y las experiencias previas, propias o de terceras personas

Tabla 5. Experiencia comunicativa de los anticonceptivos orales – Impacto de los mensajes.

Ítem	Frecuencia a favor*	Porcentaje* (%; N = 398)		
Percibe riesgo	277	69,60		
Buscar información	291	73,12		
Nivel de conocimiento superior a la media	268	67,34		
Mayor influencia de:				
Vínculos fuertes	120	30,15		
Experiencias previas	204	51,26		
Personas con problemas similares	208	52,26		
Ítem	Positivo		Negativo	
	Frecuencia a favor*	Porcentaje* (%; N = 398)	Frecuencia a favor*	Porcentaje* (%; N = 398)
Impacto emocional	88	22,11	178	44,72
Impacto comportamental	87	21,86	142	35,68

Nota: *Frecuencia y porcentaje a favor en función al número de respuestas igual o superior a 4 en la escala tipo Likert del ítem correspondiente.

(51,26%). Las participantes consideran que tienen un nivel de conocimientos superior a la media (67,34%).

Uso de ACOs en función de las puntuaciones del *BMQ*

Se realizó una prueba t de muestras independientes para comparar las puntuaciones del *BMQ* entre quienes han utilizado ACOs y quienes no, junto con una regresión logística para establecer una correlación entre ambas variables. En la tabla 6 se presentan los resultados de dichas pruebas.

Tabla 6. Influencia de las puntuaciones del *Beliefs about Medicines Questionnaire* sobre la decisión de usar o no anticonceptivos orales.

Prueba t de Student – Uso de ACOs										
		Emplea/ha empleado		No ha empleado				d de Cohen		
		ACOs		ACOs						
Dimensiones del <i>BMQ</i>		M	DE	M	DE	gl.	t	p-valor*	d	Interpretación
General	Abuso	10,92	2,22	10,51	2,44	396	-1,640	0,051	-0,18	Pequeño
	Daño	8,90	3,48	8,53	3,10	396	-1,000	0,160	-0,11	Pequeño
Específico	Necesidad	9,35	4,47	6,24	1,82	393,971	-9,852	< 0,001	-0,81	Grande
	Preocupación	12,56	4,30	11,62	4,04	396	-2,030	0,021	-0,22	Moderado

Nota: en negrita los valores estadísticamente significativos.

ACOs: anticonceptivos orales; *BMQ*: *Beliefs about Medicines Questionnaire*; M: media; DE: desviación estándar; gl.: grados de libertad; t: valor t; d: d de Cohen

*Intervalo de confianza al 95%

Regresión logística* - Uso de ACOs							
Dimensiones del <i>BMQ</i>		B	Error estándar	Wald	gl.	p-valor [¶]	Exp(B)
General	Abuso	0,090	0,054	2,73	1	0,098	1,094
	Daño	0,001	0,039	0,001	1	0,981	1,001
Específico	Necesidad	0,347	0,057	37,306	1	<0,001	1,415
	Preocupación	0,003	0,029	0,012	1	0,914	1,003

Nota: en negrita los valores estadísticamente significativos.

*Exactitud global del modelo: 69,1%

ACOs: anticonceptivos orales; *BMQ*: *Beliefs about Medicines Questionnaire*; B: coeficiente B; gl.: grados de libertad; Exp(B): odds ratio

¶: intervalo de confianza al 95%

Los resultados de la prueba t indicaron que hay diferencias significativas en las puntuaciones de las dimensiones “Necesidad” ($p < 0,001$) y “Preocupación” ($p = 0,021$) entre quienes han usado ACOs y quienes no. No hubo diferencias significativas en las dimensiones del apartado “General”. El tamaño del efecto para la dimensión “Necesidad” fue grande ($d = -0,80$), lo que sugiere una diferencia considerable entre quienes usan y quienes no usan ACOs en cuanto a su percepción de necesidad. El tamaño de efecto para la dimensión “Preocupación” fue moderado ($d = -0,22$), mientras que para las dimensiones del apartado general del *BMQ* el tamaño del efecto fue pequeño.

La tabla de clasificación de la regresión logística mostró que el modelo predice correctamente el 69,1% de los casos sobre si las participantes han usado ACOs o no. Los resultados de la regresión muestran que las puntuaciones de la dimensión “Necesidad” fueron un predictor significativo para el uso de ACOs, con un odds ratio de 1,415, lo que indica que un aumento en la necesidad de los ACOs está asociado con una mayor probabilidad de usarlos ($p < 0,001$). Las demás dimensiones del *BMQ* no fueron indicadores significativos del uso de ACOs.

Interés de abandono de los ACOs según las puntuaciones del *BMQ*

Se llevó a cabo una prueba t para muestras independientes para comparar las percepciones del *BMQ* entre quienes han considerado discontinuar el uso de ACOs y quienes no, junto con una regresión lineal para establecer una correlación entre ambas variables. La tabla 7 recoge los resultados de ambas pruebas.

Los resultados de la prueba t indicaron que no hubo diferencias significativas en las dimensiones del *BMQ* entre quienes han considerado abandonar los ACOs y quienes no en ninguna de las dimensiones. El tamaño del efecto calculado utilizando d de Cohen indica que las diferencias entre los grupos que han considerado abandonar y quienes no lo han hecho son pequeñas o insignificantes en todas las dimensiones del *BMQ*.

La tabla de clasificación de la regresión logística mostró que el modelo predice correctamente el 83,3% de los casos sobre si las participantes han considerado abandonar el uso de ACOs o no. Los resultados muestran que ninguna de las dimensiones del *BMQ* fue un predictor significativo para la consideración de abandonar el uso de ACOs. Aunque el modelo predice el 83,3% de los casos correctamente, las puntuaciones del *BMQ* no mostraron una influencia significativa en la probabilidad de considerar el abandono.

Tabla 7. Influencia de las puntuaciones del *Beliefs about Medicines Questionnaire* sobre el interés de abandono de anticonceptivos orales.

Prueba t de Student – Abandono de ACOs										
Dimensiones del <i>BMQ</i>		Ha considerado abandonar		No ha considerado abandonar		gl.	t	p-valor [¶]	d de Cohen	
		M	DE	M	DE				d	Interpretación
General	Abuso	10,78	2,18	10,78	2,30	273	0,003	0,998	0,22	Pequeño
	Daño	8,88	3,30	9,20	3,94	273	0,576	0,565	0,34	Moderado
Específico	Necesidad	8,70	4,22	7,89	3,77	273	-1,212	0,113	-0,20	Pequeño
	Preocupación	12,43	4,31	12,04	3,86	273	-0,562	0,575	-0,09	Pequeño

Nota: ACOs: anticonceptivos orales; *BMQ*: *Beliefs about Medicines Questionnaire*; M: media; DE: desviación estándar; gl.: grados de libertad; t: valor t; d: d de Cohen
[¶]: intervalo de confianza al 95%

Regresión logística* - Abandono de ACOs							
Dimensiones del <i>BMQ</i>		B	Error estándar	Wald	gl.	p-valor [¶]	Exp(B)
General	Abuso	0,019	0,081	0,055	1	0,815	1,019
	Daño	-0,04	0,052	0,577	1	0,447	0,961
Específico	Necesidad	0,05	0,045	1,256	1	0,262	1,051
	Preocupación	0,019	0,041	0,231	1	0,631	1,02

Nota: *BMQ*: *Beliefs about Medicines Questionnaire*; B: coeficiente B; gl.: grados de libertad; Exp(B): odds ratio
 *Exactitud global del modelo: 83,3%
[¶]: Intervalo de confianza al 95%

Aconsejar/desaconsejar ACOs según las puntuaciones del *BMQ*

Se realizó una regresión logística para predecir si las participantes han aconsejado el uso de ACOs en función de las puntuaciones del *BMQ*, y otra regresión logística para predecir si las participantes han desaconsejado el uso

de ACOs en función de las puntuaciones del *BMQ*. La tabla 8 recoge los resultados de ambas regresiones.

En el caso de aconsejar, la tabla de clasificación mostró que el modelo predice correctamente el 61,1% de los casos en cuanto a si las participantes han aconsejado o no el uso de ACOs. Los resultados de la regresión logística muestran que ninguna de las dimensiones del *BMQ* tuvo un efecto significativo en la probabilidad de aconsejar el uso de ACOs.

Tabla 8. Influencia de las puntuaciones del *Beliefs about Medicines Questionnaire* sobre aconsejar y desaconsejar anticonceptivos orales.

Regresión logística – Aconsejar*							
Dimensiones del <i>BMQ</i>		<i>B</i>	Error estándar	Wald	<i>gl.</i>	p-valor [¶]	<i>Exp(B)</i>
General	Abuso	0,085	0,104	0,678	1	0,410	1,089
	Daño	0,118	0,081	2,114	1	0,146	1,125
Específico	Necesidad	-0,018	0,054	0,106	1	0,745	0,983
	Preocupación	-0,069	0,053	1,683	1	0,195	0,934

Nota: en negrita los valores estadísticamente significativos.

*Exactitud global del modelo: 61,1%

¶ Intervalo de confianza al 95%

BMQ: *Beliefs about Medicines Questionnaire*; *B*: coeficiente *B*; *gl.*: grados de libertad; *Exp(B)*: odds ratio

Regresión logística – Desaconsejar*							
Dimensiones del <i>BMQ</i>		<i>B</i>	Error estándar	Wald	<i>gl.</i>	p-valor [¶]	<i>Exp(B)</i>
General	Abuso	0,124	0,052	5,698	1	0,017	1,132
	Daño	0,072	0,035	4,177	1	0,041	1,075
Específico	Necesidad	-0,079	0,029	7,543	1	0,006	0,924
	Preocupación	0,171	0,029	34,839	1	<0,001	1,187

Nota: en negrita los valores estadísticamente significativos.

*Exactitud global del modelo: 66,1%

BMQ: *Beliefs about Medicines Questionnaire*; *B*: coeficiente *B*; *gl.*: grados de libertad; *Exp(B)*: odds ratio

¶ Intervalo de confianza al 95%

En el caso de desaconsejar, la tabla de clasificación muestra que el modelo predice correctamente el 66,1% de los casos en cuanto a si las participantes han desaconsejado el uso de ACOs. Los resultados muestran que todas las

dimensiones del *BMQ* influyen significativamente en la probabilidad de desaconsejar el uso de ACOs. Un aumento de la percepción de abuso o preocupación está asociado con un mayor *odds ratio* de desaconsejar el uso de ACOs, mientras que un aumento en la percepción de necesidad reduce la probabilidad de desaconsejar ACOs.

Puntuaciones del *BMQ* según la finalidad de uso

Se realizó un análisis de varianza (ANOVA) para evaluar las diferencias en las percepciones del *BMQ* entre las participantes según la finalidad de uso de los ACOs (fines anticonceptivos, no anticonceptivos o ambos) (Tabla 9). Los resultados mostraron diferencias significativas en la dimensión de necesidad del *BMQ* entre los diferentes grupos de finalidad de uso. Las comparaciones *post-hoc* (Tukey) indicaron que las participantes que usaban ACOs para ambos fines tenían puntuaciones significativamente mayores en la dimensión de necesidad en comparación con las que los usaban solo para fines anticonceptivos.

Tabla 9. Análisis de varianzas (ANOVA) para evaluar las diferencias en las puntuaciones del *Beliefs about the Medicación Questionnaire* según la finalidad de uso de los ACOs.

Dimensiones del <i>BMQ</i>		F	p-valor*
General	Abuso	2,013	0,109
	Daño	0,568	0,566
Específico	Necesidad	5,46	0,005
	Preocupación	1,134	0,323

Nota: en negrita: valores estadísticamente significantes
*intervalo de confianza al 95%

Puntuaciones del *BMQ* según el grado de impacto emocional y comportamental

Se realizaron pruebas t de muestras independientes para evaluar cómo los impactos emocional y comportamental (tanto positivo como negativo) afectan las puntuaciones del *BMQ*. La tabla 10 recoge los resultados de estas pruebas.

Tabla 10. Influencia de las puntuaciones del *Beliefs about Medicines Questionnaire* según el grado de los impactos emocional y comportamental.

Prueba t de Student - Impacto emocional positivo										
Dimensiones del BMQ		Bajo (N=194)				Alto (N=88)		d de Cohen		
		M	DE	M	DE	gl.	t	p-valor*	d	Interpretación
General	Abuso	12,63	2,81	13,17	2,77	280	-1,505	0,067	-0,193	Pequeño
	Daño	6,80	2,60	7,07	2,96	280	-0,756	0,225	-0,097	Pequeño
Específico	Necesidad	8,06	3,97	9,39	4,53	150,03	-2,361	0,010	-0,319	Pequeño
	Preocupación	13,70	4,11	10,26	3,99	280	6,575	<0,001	0,845	Grande

Prueba t de Student - Impacto emocional negativo										
Dimensiones del BMQ		Bajo (N=103)				Alto (N=178)		d de Cohen		
		M	DE	M	DE	gl.	t	p-valor*	d	Interpretación
General	Abuso	12,48	2,70	13,03	2,90	279	-1,594	0,056	-0,197	Pequeño
	Daño	6,64	2,58	7,09	2,65	279	-1,381	0,084	-0,171	Pequeño
Específico	Necesidad	8,45	4,13	8,26	4,15	279	0,356	0,361	0,044	Pequeño
	Preocupación	9,36	3,34	14,04	4,13	249,455	-10,358	<0,001	-1,213	Grande

Prueba t de Student - Impacto comportamental positivo										
Dimensiones del BMQ		Bajo (N=203)				Alto (N=87)		d de Cohen		
		M	DE	M	DE	gl.	t	p-valor*	d	Interpretación
General	Abuso	12,69	2,80	12,97	2,91	288	-0,759	0,224	-0,097	Pequeño
	Daño	6,86	2,73	6,77	2,75	288	-0,263	0,397	-0,218	Pequeño
Específico	Necesidad	7,65	3,82	9,10	4,05	288	-2,923	0,002	-0,375	Pequeño
	Preocupación	13,09	4,29	10,62	4,23	288	4,506	<0,001	0,577	Moderado

Prueba t de Student - Impacto comportamental negativo										
Dimensiones del BMQ		Bajo (N=140)				Alto (N=142)		d de Cohen		
		M	DE	M	DE	gl.	t	p-valor*	d	Interpretación
General	Abuso	12,42	2,91	12,93	2,75	280	-1,505	0,067	-0,179	Pequeño
	Daño	6,71	2,66	6,92	2,74	280	-0,626	0,266	-0,075	Pequeño
Específico	Necesidad	9,06	4,57	7,61	3,42	257,521	3,017	0,001	0,360	Pequeño
	Preocupación	10,54	3,99	14,13	3,95	280	-7,577	<0,001	-0,902	Grande

Nota: En negrita valores significativamente estadísticos

BMQ: *Beliefs about Medicines Questionnaire*; M: media; DE: desviación estándar; gl.: grados de libertad; t: valor t; d: d de Cohen

*Intervalo de confianza al 95%

Se compararon las medias de las dimensiones entre participantes con impacto alto (puntuación mayor o igual a 4) y bajo (puntuación menor o igual a 2). Los resultados muestran que la diferencia de medias en las dimensiones “Necesidad” y “Preocupación” son estadísticamente significativas en cada uno de los impactos, a excepción del impacto emocional negativo, ya que el p-valor de “Necesidad” no fue significativo.

También se llevaron a cabo correlaciones de Pearson para explorar relaciones entre las dimensiones del *BMQ* y los impactos. Los resultados de estas correlaciones se recogen en la tabla 11.

Tabla 11. Correlaciones de Pearson para los impactos emocional y comportamental.

		Impacto emocional			
		Abuso	Daño	Necesidad	Preocupación
Positivo	<i>r</i>	0,086	0,069	0,156	-0,334
	p-valor*	0,087	0,171	0,002	<0,001
	<i>N</i>	398	398	398	398
Negativo	<i>r</i>	0,115	0,068	-0,064	0,453
	p-valor*	0,022	0,177	0,205	<0,001
	<i>N</i>	398	398	398	398
		Impacto comportamental			
		Abuso	Daño	Necesidad	Preocupación
Positivo	<i>r</i>	0,045	0,055	0,197	-0,221
	p-valor*	0,373	0,273	<0,001	<0,001
	<i>N</i>	398	398	398	398
Negativo	<i>r</i>	0,080	0,034	-0,176	0,366
	p-valor*	0,110	0,502	<0,001	<0,001
	<i>N</i>	398	398	398	398

Nota: en negrita valores estadísticamente significativos. *r*: coeficiente de Pearson

*intervalo de confianza al 95%

Los resultados de las correlaciones muestran que, igual que en las pruebas t de Student, los impactos emocional y comportamental son significantes en las dimensiones de “Necesidad” y “Preocupación”, a excepción del impacto emocional negativo en la dimensión de “Necesidad” ($p = 0,205$). Estos resultados sugieren que a mayor preocupación menor serán los impactos positivos y mayor serán los impactos negativos, mientras que a mayor necesidad, mayor serán los impactos positivos y menor será el impacto negativo comportamental (el impacto negativo emocional no se vería afectado).

DISCUSIÓN

Objetivo 1: Evaluar la experiencia de uso de ACOs

Los resultados muestran que la mayoría de las participantes (69,35%) han utilizado ACOs en algún momento, con un 83,33% dentro de este grupo que ha abandonado su uso o ha considerado abandonarlos. Los motivos de abandono incluyen reacciones adversas y cambios en los métodos anticonceptivos. Esto cumple con lo expuesto por Perelló-Capo et al (26), que observaron que la ausencia de efectos adversos es el segundo motivo más importante en la elección de un método anticonceptivo. Las puntuaciones de la dimensión “Necesidad” del apartado específico del *BMQ* fueron significativamente mayores entre quienes utilizan ACOs en comparación con quienes no, lo que sugiere que las participantes que usan ACOs tienden a percibirlos como más necesarios para su bienestar. También se observaron diferencias significativas en la percepción de preocupación sobre los ACOs, aunque el tamaño del efecto fue más moderado.

Los resultados de las regresiones logísticas mostraron que la percepción de la necesidad de los ACOs es un predictor significativo del uso de ACOs, con un odds ratio ($OR = 1,415$) que sugiere que las participantes con mayores percepciones de necesidad tienen más probabilidades de usar ACOs (por cada unidad que aumenta la puntuación de “Necesidad”, la probabilidad de que una participante use ACOs aumenta un 41,50%). Esto indica que las creencias sobre

la importancia de los ACOs para la salud personal juegan un papel clave en el uso continuo de estos medicamentos, tal y como expone Hall (28).

El análisis de varianza (ANOVA) reveló diferencias significativas en la dimensión “Necesidad” del BMQ según la finalidad de uso de los ACOs; los participantes que utilizan ACOs tanto para fines anticonceptivos como no anticonceptivos perciben una mayor necesidad de los ACOs en comparación con quienes los usan solo para fines anticonceptivos. Estos resultados sugieren que las percepciones de la necesidad de los ACOs varían según el motivo por el cual se usan, lo que podría influir en la adhesión terapéutica, y refuerza nuevamente las observaciones de Hall (28) respecto a las percepciones de beneficio-riesgo.

Objetivo 2: Evaluar el grado de adhesión terapéutica a los ACOs

En el análisis descriptivo se puede observar que existe una mayor preocupación que necesidad en las participantes. Horne y Weinman (33) exponen que una diferencia de puntuaciones negativa entre las dimensiones de “Necesidad” y “Preocupación” (diferencial Necesidad-Preocupación) suele ser indicador de un mayor riesgo de baja adhesión al tratamiento. A nivel de medicación general, las puntuaciones del *BMQ* fueron elevadas para la dimensión “Abuso” y bajas para la dimensión “Daño”. Aunque el apartado general del *BMQ* no se centra en los ACOs, podemos inferir que una percepción negativa a los medicamentos en general puede influir una percepción negativa a los ACOs, ya que estos mismos no dejan de ser medicamentos. En este caso, una puntuación de “Abuso” elevada podría tener relación con la elevada tasa de participantes que consideran la credibilidad de la indicación de los ACOs como un factor influyente en la creación de mensajes sobre ACOs.

Sin embargo, los resultados de la prueba t muestran que no hay diferencias significativas en las percepciones del *BMQ* entre quienes han considerado abandonar los ACOs y quienes no. Por otro lado, ninguna de las dimensiones del *BMQ* fue un predictor significativo de la consideración de abandono del uso de ACOs, lo que sugiere que las percepciones generales sobre los ACOs no

influyen de manera notable en la decisión de considerar abandonar el tratamiento.

Objetivo 3: Evaluar la experiencia comunicativa sobre los ACOs

Los resultados del apartado de experiencia comunicativa sugieren que la teoría del riesgo percibido se cumple tal y como exponen Pauli et al (12). Sin embargo, la teoría de la disonancia cognitiva se cumple parcialmente, ya que priman los motivos altruistas antes que los motivos personales, y la teoría de la fuerza de los vínculos débiles no se cumple, ya que, a mayor fuerza de los vínculos, más frecuente la difusión de mensajes, y los vínculos fuertes han resultado ser poco influyentes. Estos resultados nos hacen cuestionarnos la utilidad de extrapolar completamente el modelo (Figura 2) aplicado a la recomendación de centros sanitarios planteado por Pauli et al (12) para evaluar el efecto boca a boca en los ACOs.

Los resultados muestran que ninguna de las dimensiones del BMQ fue significativa para predecir si las participantes aconsejan el uso de ACOs. Sin embargo, en el análisis para predecir si las participantes desaconsejan el uso de ACOs, todas las dimensiones influyeron significativamente; a mayor puntuación en las dimensiones de “Abuso”, “Daño” y “Preocupación”, mayor probabilidad de desaconsejar ACOs, mientras que a mayor puntuación de la dimensión “Necesidad” menor es dicha probabilidad. Este hallazgo sugiere que cuando las mujeres tienen mayores preocupaciones sobre los ACOs o creen que pueden ser abusados o dañinos, es más probable que desaconsejen su uso. No obstante, aquellas mujeres que perciben una mayor necesidad de los ACOs tienden a no desaconsejarlos. Este fenómeno por el contrario no se observa a la hora de aconsejar los ACOs.

Las pruebas t para comparar las puntuaciones del BMQ en función del grado de los impactos emocional y comportamental, al igual que las correlaciones de Pearson, confirman que las percepciones de necesidad y, en mayor medida, la

preocupación, son significativas en ambos tipos de impacto, tal y como expone Hall (28).

Objetivo 4: Relación entre la comunicación boca a boca y el uso racional de ACOs

Si un alto impacto, ya sea emocional o comportamental, tiene diferencias significativas en las percepciones de las participantes a nivel de necesidad y preocupación, y a su vez estas dimensiones son predictores significativos de si una participante desaconsejará o no el uso de ACOs, podemos suponer entonces que un elevado impacto de los mensajes sobre ACOs influirá también en la creación de mensajes negativos sobre ACOs. Por ende, podemos afirmar que en los ACOs existe un efecto boca a boca negativo que influye sobre las percepciones de los ACOs, y consecuentemente impacta negativamente sobre el uso racional y la adhesión al tratamiento.

CONCLUSIONES

La comunicación boca a boca, y más específicamente el efecto boca a boca, resulta ser un factor importante en el uso racional de los ACOs. Las tasas de abandono de los ACOs son muy altas entre las mujeres españolas, principalmente por la presencia de reacciones adversas tal y como pudimos observar en el estudio preliminar presentado en el XIX Congreso de Estudiantes de Farmacia de Alicante (7). Al igual que el efecto boca a boca en productos convencionales descrito por Arndt (10), el efecto boca a boca en los ACOs refuerza las percepciones negativas hacia los posibles riesgos debido al impacto negativo de los mensajes que se comparten entre consumidoras, tal y como prevén Pauli et al (12) con la teoría del riesgo percibido. No obstante, la teoría de la disonancia cognitiva y la teoría de la fuerza de los vínculos débiles no son aplicables al uso racional de ACOs, por lo que no son útiles en predecir la experiencia comunicativa de este grupo farmacoterapéutico.

El *BMQ*, el cual es una herramienta muy útil en la evaluación del riesgo de mala adhesión terapéutica en diversos grupos farmacoterapéuticos, ha demostrado

también su utilidad en el caso de los ACOs. Concretamente, la dimensión “Necesidad” es un predictor muy importante de la adhesión terapéutica a los ACOs. No obstante, al igual como ocurre con otros grupos farmacoterapéuticos, es recomendable seguir desarrollando nuevas escalas que sean específicas para los ACOs.

El uso racional de los ACOs no es solo responsabilidad de las pacientes, pero también de los profesionales sanitarios que participan en el proceso de la cadena terapéutica (1). Es necesario garantizar sistemas de información que sean efectivos en garantizar un conocimiento básico sobre el uso de la medicación y sus indicaciones, con tal de disminuir el auge de sesgos y creencias erróneas que puedan acarrear la difusión de información de baja calidad, ya que esto podría dar lugar a un ascenso en el número de embarazos no deseados (en caso de no emplear un tratamiento anticonceptivo alternativo) y/o un mayor aumento en el número de complicaciones de las indicaciones tratadas con ACOs (en el caso de no buscar una alternativa terapéutica), ambas situaciones suponiendo problemas de Salud Pública. Sobre todo, se hace hincapié en la importancia de individualizar el tratamiento con ACOs, dado que así lograremos evitar en la medida de lo posible resultados negativos de la medicación (RNM) de inseguridad (presencia de efectos adversos) y, consecuentemente, conseguir que las participantes perciban la indicación de su tratamiento como necesaria y correcta, caso contrario a lo observado en este Trabajo de Fin de Grado.

Aunque el efecto boca a boca actúa como una barrera social más de la adhesión al tratamiento, no podemos ignorar su gran potencial como posible herramienta en la lucha contra el uso irracional de medicamentos. Tal y como expuso Holdford (13), el efecto boca a boca puede aplicarse en campañas publicitarias para combatir percepciones negativas e ideas erróneas. Es por ello que consideramos que la combinación entre divulgación sanitaria aplicando técnicas de marketing boca a boca y una correcta evaluación médica de las pacientes para individualizar su tratamiento sea el mejor método para disminuir algunas de las percepciones negativas que puedan tener.

Por último, se considera recomendable realizar estudios sobre el efecto boca a boca en otros grupos farmacoterapéuticos, debido a la posible presencia de este fenómeno en otros fármacos de uso cotidiano como los antiinflamatorios no esteroideos (24) y los antihistamínicos (22-23). Debido a su uso cotidiano, sería de esperar que ambos grupos farmacoterapéuticos experimenten un posible efecto boca a boca positivo, que fomente la automedicación con presentaciones de venta libre.

LIMITACIONES

La principal limitación de este trabajo es el empleo de un cuestionario *ad hoc* para su realización, por lo que podemos esperar que la consistencia interna del cuestionario no sea aceptable. También, el modelo de Pauli et al (12) que se empleó de base para la realización de este apartado aplica a los factores que influyen en la elección de centros sanitarios en EE. UU., por lo que su aplicación en el uso de ACOs constituye otra limitación importante.

Algunas de las respuestas que no se incluyeron fueron excluidas por marcar las opciones “Hombre” o “Prefiero no decirlo” en el ítem “Sexo” del apartado de preguntas demográficas. No obstante, al analizar individualmente cada una de estas respuestas, se pudo suponer que algunos de estos participantes podían ser hombres transexuales. Por motivos de simplificar el proceso, no se incluyeron estas respuestas debido a que era difícil saber a ciencia cierta si esto era así. Sin embargo, no se puede negar que la realización de este estudio no se ha llevado a cabo con perspectiva de género. En futuros estudios, es importante tener esto en cuenta con tal de poder incluir la opinión y participación de este grupo poblacional.

Aunque las participantes cumplen con las características establecidas para la población diana, al haber realizado la difusión del cuestionario en mayor medida por Instagram y en menor medida por WhatsApp y LinkedIn, es muy probable que la muestra no sea representativa al no incluir las respuestas de aquellas mujeres que no emplean redes sociales. Al limitar nuestra población diana a un

rango de edad específico y reducido, también se excluyen las opiniones y percepciones de mujeres que pertenecen a otros rangos de edad. Estas limitaciones se pueden corregir en futuros estudios ampliando el rango de edad y ampliando el número de canales de difusión, incluyendo canales de difusión tradicionales no digitales.

REFERENCIAS

1. Consejo General de Colegios Farmacéuticos. Medicamentos, uso racional. Consejos de Salud. 2017. Disponible en: <https://www.farmaceuticos.com/tu-farmaceutico-informa/consejos-de-salud/uso-racional-de-los-medicamentos/>
2. Organización Mundial de la Salud. World Health Organization. 2024. Promoting rational use of medicines. Disponible en: <https://www.who.int/activities/promoting-rational-use-of-medicines>
3. Organization WH. Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action. Geneva: World Health Organization; 2003. 206 p.
4. Amigo Vázquez I, Fernández Rodríguez C, Pérez Álvarez M. La adhesión a los tratamientos terapéuticos. En: Manual de Psicología de la Salud. Primera. Pirámide; 1998. p. 229-69.
5. Real Academia Nacional de Medicina de España. Diccionario Panhispánico de Términos Médicos. 2023. Adherencia terapéutica. Disponible en: <https://dptm.es/dptm/>
6. López San Roman A. ¿Adhesión al tratamiento, adherencia al tratamiento o cumplimiento del tratamiento?. 2006. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-endoscopia-335-pdf-13090520>
7. Gómez Ferrà JA. Anticonceptivos orales: estudio cualitativo de la adherencia terapéutica en mujeres de 18–27 años. Comunicación oral presentado en: XIX Congreso de Estudiantes de Farmacia de Alicante; 2023 oct; Universidad Miguel Hernández de Elche.
8. Dacko S. Word-of-mouth communication. En: The Advanced Dictionary of Marketing: Putting Theory to Use. Oxford: Oxford University Press; 2008. p. 574-5.
9. Dacko S. Word-of-mouth effect. En: The Advanced Dictionary of Marketing: Putting Theory to Use. Oxford: Oxford University Press; 2008. p. 575-6.
10. Arndt J. Role of Product-Related Conversations in the Diffusion of a New Product. J Mark Res. agosto de 1967;4(3):291-5.
11. Martin S. Toward a Model of Word-of-Mouth in the Health Care Sector. J Nonprofit Public Sect Mark. 2 de octubre de 2017;29(4):434-49.

12. Pauli G, Martin S, Greiling D. The current state of research of word-of-mouth in the health care sector. *Int Rev Public Nonprofit Mark.* 1 de marzo de 2023;20(1):125-48.
13. Holdford DA. Using Buzz Marketing to Promote Ideas, Services, and Products. *J Am Pharm Assoc.* mayo de 2004;44(3):387-96.
14. Dacko S. Word-of-mouth marketing. En: *The Advanced Dictionary of Marketing: Putting Theory to Use.* Oxford: Oxford University Press; 2008. p. 576-576.
15. Kvarnström K, Westerholm A, Airaksinen M, Liira H. Factors Contributing to Medication Adherence in Patients with a Chronic Condition: A Scoping Review of Qualitative Research. *Pharmaceutics.* 20 de julio de 2021;13(7):1100.
16. Labarta Pueyo A, García Lanzón C, Martín Bernad D, Pelet Lafita EM, Mata Sierra C, Aznárez Lahuerta M. Factores condicionantes y estrategias para mejorar la adherencia terapéutica. Revisión sistemática. *Rev Sanit Investig [Internet].* 22 de enero de 2023;4(1). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/factores-condicionantes-y-estrategias-para-mejorar-la-adherencia-terapeutica-revision-sistemica/>
17. Peh KQE, Kwan YH, Goh H, Ramchandani H, Phang JK, Lim ZY, et al. An Adaptable Framework for Factors Contributing to Medication Adherence: Results from a Systematic Review of 102 Conceptual Frameworks. *J Gen Intern Med.* septiembre de 2021;36(9):2784-95.
18. Lahera, Andrade-González N, Gasull V, Pagés-Lluyot JR, Roca M. The public perception of depression in Spain. *An Sist Sanit Navar.* 25 de abril de 2019;42(1):31-9.
19. psiquitria.com [Internet]. 2017 [citado 25 de noviembre de 2024]. ¿Hay prejuicios contra los psicofármacos? Disponible en: <https://psiquitria.com/laboratorios/hay-prejuicios-contra-los-psicofarmacos/>
20. Gama A, Secoli S. Self-medication among nursing students in the state of Amazonas – Brazil. *Rev Gaúcha Enferm.* marzo de 2017;38(1).
21. Ylä-Rautio H, Siissalo S, Leikola S. Drug-related problems and pharmacy interventions in non-prescription medication, with a focus on high-risk over-the-counter medications. *Int J Clin Pharm.* 2020;42(2):786-95.
22. Nemanich A, Liebelt E, Sabbatini AK. Increased rates of diphenhydramine overdose, abuse, and misuse in the United States, 2005–2016. *Clin Toxicol.* 2 de noviembre de 2021;59(11):1002-8.
23. Roussin A, Bouyssi A, Pouché L, Pourcel L, Lapeyre-Mestre M. Misuse and Dependence on Non-Prescription Codeine Analgesics or Sedative H1 Antihistamines by Adults: A Cross-Sectional Investigation in France. *PLoS ONE.* 3 de octubre de 2013;8(10):e76499.

24. Zamir Q, Nadeem A. Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs vs. Paracetamol: Drug Availability, Patients' Preference and Knowledge of Toxicity. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 1 de diciembre de 2016;28(4):746-9.
25. Stone AM, Merlo LJ. Attitudes of college students toward mental illness stigma and the misuse of psychiatric medications. *J Clin Psychiatry*. febrero de 2011;72(2):134-9.
26. Perelló-Capo J, Quílez-Conde JC, Gutiérrez-Alés J, Lobo-Abascal P, Parra-Ribes I, Cristóbal-García I, et al. Use of Contraceptive Methods Among Women in the General Population and Female Gynecologists in Spain: the ELEGIAN Survey. *Womens Health Rep*. 9 de octubre de 2023;4(1):478-86.
27. D'Souza P, Bailey JV, Stephenson J, Oliver S. Factors influencing contraception choice and use globally: a synthesis of systematic reviews. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 3 de septiembre de 2022;27(5):364-72.
28. Hall KS. The Health Belief Model Can Guide Modern Contraceptive Behavior Research and Practice. *J Midwifery Womens Health*. 2012;57(1):74-81.
29. Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva. Encuesta de Anticoncepción en España 2022 - Hábitos de la población femenina en relación al uso de métodos anticonceptivos. España: Sociedad Española de Contracepción; 2022. Disponible en: <https://hosting.sec.es/descargas/Encuesta2022.pdf>
30. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria. Perfil de utilización de de medicamentos por edad y sexo. España: Ministerio de Sanidad; 2023 ago. Report No.: 10. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/10Perfil_uso_medicamentos.pdf
31. Instituto Nacional de Estadística. INE-INEbase. 2024. Población residente por fecha, sexo y edad (a fecha de 1 de abril de 2024). Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=59583>
32. Bordonaba M. Esta es la red social que más utilizamos en España, según un estudio. *20minutos*. 25 de mayo de 2024; Disponible en: <https://www.20minutos.es/tecnologia/aplicaciones/esta-es-red-social-mas-utilizamos-espana-5285916/>
33. Horne R, Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *J Psychosom Res*. diciembre de 1999;47(6):555-67.
34. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2nd ed. Hoboken: Taylor and Francis; 2013. 567 p.