



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN-MANAGUA

**RECINTO UNIVERSITARIO RUBÉN DARÍO  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
UNAN-MANAGUA.**

**Informe final de investigación para optar al título de especialista en psiquiatría general.**

**TEMA: Factores asociados a la falta de adherencia farmacológica en pacientes con trastorno afectivo bipolar, atendidos en la consulta externa del hospital psicosocial periodo de enero 2020 - diciembre 2021.**

**Autor:**

**Dr. Cesar Augusto Hernández Blandón.  
Residente del III año de la especialidad de Psiquiatría.**

**Tutor:**

**DR. Rafael Ernesto García Ruiz.  
Especialista en Psiquiatría general.**

Managua, Nicaragua 04 de marzo 2022.

**Dirección General de Docencia e Investigaciones – MINSA**  
**Hospital Docente de Atención Psicosocial Dr. José Dolores Fletes Valle**

**TRIBUNAL EXAMINADOR**

ACEPTADO POR EL MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA Y POR LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA – LEON.

Dr. Cesar Augusto Hernández Blandón

No. cédula: 612-140187-0000H culminó la Especialidad de Psiquiatría en el  
año Académico: 2019 – 2022.

Realizó Defensa de Tesis: Factores asociados a la falta de adherencia farmacológica en pacientes con trastorno afectivo bipolar, atendidos en la consulta externa del hospital psicosocial periodo de enero 2020 - diciembre 2021.

En la ciudad de: Managua Fecha: 04 marzo 2022.

Dr. Rafael García Ruiz

Firma del presidente

Dra. Sterling Arroliga Selva

Firma del secretario

Dra. Elda Jirón González

Firma del Vocal

\_\_\_\_\_  
Dra. Elda Jirón González  
Sub Director Docente  
Hospital Docente de Atención Psicosocial  
Dr. José Dolores Fletes Valle

LIBERTAD, DIGNIDAD, FRATERNIDAD...!

NICARAGUA TRIUNFA, EN PAZ Y UNIDAD...!

## **Dedicatoria.**

En primer lugar, le dedico este trabajo de investigación a Dios, por haberme permitido llegar hasta donde me encuentro, él es bueno y en todo momento está con Nosotros, Gracias Dios por haberme dado esta oportunidad.

En segundo lugar, al eterno comandante, Hugo Rafael Chávez Frías, y nuestro presidente José Daniel Ortega Saavedra, por haber depositado su confianza en jóvenes nicaragüenses con muchos deseos de superación y crear entre ambos gobiernos convenios para enviarnos a estudiar a la Escuela Latinoamericana de Medicina, en Venezuela destinada a materializar los sueños e ideales de los jóvenes pertenecientes al gremio poblacional más desfavorecido.

También a mi familia a mis padres, esposa e hijo por ser ellos mis impulsores y motivos por los cual nunca perdí el horizonte de mi meta.

**DR: CESAR HERNÁNDEZ**

## **Agradecimientos.**

A DIOS, por su eterno amor y bondad, el cual se manifiesta en todos los eventos de nuestra vida.

Y por haberme dado la oportunidad de realizar la más humana de las especialidades médicas.

A mi familia por su apoyo constante en estos años de estudio intenso.

A los docentes que fueron participe de mi formación durante estos tres años de arduo trabajo.

A mi tutor Dr. Rafael García incansable y arduo docente, por sus consejos durante estos años, por su apoyo incondicional y motivación que infundo.

Al claustro de docentes de la Especialidad de Psiquiatría del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle, en especial a la Dra. Yeti Vásquez que hoy nos acompaña desde el cielo, por enseñarme que no es repitiendo como se logra tener un aprendizaje, si no comprendiendo lo que se hace. Gracias por instruirme en el arte del entendimiento del ser humano, y estar dispuestos a compartir sus conocimientos.

**DR: CESAR HERNÁNDEZ.**

## **Resumen.**

Con el objetivo de determinar los factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento psicofarmacológico en pacientes con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar atendido en consulta externa, Hospital Psicosocial Dr. José Dolores Fletes Valle, en el periodo enero 2020- diciembre 2021, se realizó un estudio descriptivo, correlacional y analítico. Se describieron las características sociodemográficas y se determinaron variables clínicas y psicofarmacológicas, que se relacionaron con la falta de adherencia farmacológica, se utilizó la escala de Morisky Green, para medir el grado de cumplimiento psicofarmacológico, se estableció correlación entre el resultado de esta escala y las variables clínicas y farmacológicas, para determinar el grado de asociación en la falta de adherencia al tratamiento. Los análisis estadísticos efectuados fueron: descriptivos, pruebas de Correlación no Paramétrica de Spearman, pruebas de hipótesis alterna, Del análisis y discusión de los resultados obtenidos, se alcanzaron los siguientes resultados:

Las edades de 20-29 predominio con 38.3%, el sexo femenino con un 59.8%, el 69.2% de los pacientes procedían de zona urbana, con un nivel cultural bajo, estudios de primaria 43.9%, solteros 48%, con un nivel económico bajo 67.3% y un alto nivel de desempleo 49.5%. La mayoría iniciaron síntomas entre los 15-19 años 64.5% , el 43% de los pacientes había presentado un ingreso, un 34.6% había consumido cannabis, 39.3% presentaron pobre nivel de conciencia de enfermedad, el 54% de los pacientes tomaba como mínimo dos grupos farmacológicos antidepresivos más eutimizantes y más de 4 tabletas al día, el aumento de peso fue la reacción adversa más referida que incurrió en la falta de adherencia farmacológica, la escala de Morisky Green revelo que hasta un 93% de los pacientes presentaron baja adherencia al tratamiento, al correlacionar la variables clínicas con los resultados de la escala la edad de inicio de síntomas, el número de ingreso hospitalarios, el antecedente de consumo de psicotrópico (Cannabis) y un bajo nivel de conciencia de enfermedad presento un alto índice de correlación con un Rho de Spearman mayor de (0.50).

Palabras claves: Falta de adherencia psicofarmacológica. Trastorno bipolar. Factores asociados. Sociodemográficos, clínicos y psicofarmacológicos.

## **Indicé**

<b>1. Introducción.....</b>	<b>6</b>
<b>2. Antecedentes.....</b>	<b>9</b>
<b>3. Justificación ..</b>	<b>15</b>
<b>4.Planteamiento del problema .....</b>	<b>18</b>
<b>5. Objetivos.....</b>	<b>20</b>
<b>6.Marco teórico: .....</b>	<b>21</b>
<b>7. Hipótesis.....</b>	<b>47</b>
<b>8. Diseño metodológico.....</b>	<b>48</b>
<b>9. Resultados.....</b>	<b>65</b>
<b>10. Discusión de los resultados .....</b>	<b>68</b>
<b>11. Conclusiones.....</b>	<b>75</b>
<b>12. Recomendaciones.....</b>	<b>76</b>
<b>13. Bibliografía.....</b>	<b>77</b>
<b>14. Anexos.....</b>	<b>82</b>

## 1.Introducción

El trastorno afectivo bipolar es una enfermedad crónica con una afección potencialmente discapacitante de por vida, caracterizada por trastorno en el estado de ánimo puede cursar con episodios de manía, hipomanía, estado de ánimo deprimido y mixto en algunos casos asociados a síntomas psicóticos, este trastorno afecta alrededor de 45 millones de personas en todo el mundo la edad de aparición se sitúa en torno a los 15-35 años y suele iniciarse con un episodio depresivo hasta en 60% de los casos (OMS 2016).

Chakrabarti (2017) realizo un estudio de no adherencia a la medicación en el Trastorno Bipolar reviso la de tasas, predictores demográficos y clínicos, encontrando una no adherencia casi universal (96%); esta discrepancia se debió más a razones metodológicas. A pesar de las importantes discrepancias en la metodología, basadas en estos 132 estudios obtuvieron tasas medias de 40-41% para la no adherencia a la medicación.

Inocenti (2009) valoro la falta de Adherencia a la medicación y satisfacción con el tratamiento obteniendo que el (85,7%) de las personas entrevistadas era del sexo femenino. El estado civil, unión de hecho estable (42,8%). En cuanto al grado de escolaridad de los pacientes estos presentaban enseñanza fundamental completa (52,5%), se destacó que 19,1% estaban desempleados, también que la mayoría (57,2%) es no adherente por comportamiento no intencional, 14,3% son no adherentes por comportamiento intencional y apenas 28,5% son adherentes.

Navarro (2016) realizo un estudio titulado variables asociadas a la no adherencia en pacientes con trastorno bipolar en estabilidad clínica, con una muestra total de 76 pacientes, obtuvo que la mayor proporción fueron mujeres (63,2%), la media de edad fue de 49 años, 28

pacientes fueron no adherentes (36,8%) y 48 adherentes (63,2%). No hallaron asociación de la no adherencia al tratamiento farmacológico con ninguna variable sociodemográfica.

Bates (2010) en estudio con una muestra 1052, donde estableció correlación de la adherencia a la medicación en pacientes con trastorno afectivo bipolar, mediante la escala de adherencia a la medicación de Morisky, y las puntuaciones  $\geq 2$ , obtuvo falta de adherencia de un (49,5%). La adherencia se asoció positivamente con: un título universitario y el tratamiento en monoterapia. La falta de adherencia se asoció con el sexo femenino.

Existen varias opciones de medicación de mantenimiento eficaces para el trastorno bipolar y se consideran la base del tratamiento a largo plazo, sin embargo la falta de adherencia a la medicación es común en esta patología, lo que conlleva a un alto riesgo de recaída debido a la naturaleza recurrente de la enfermedad y al hecho de la interrupción abrupta del tratamiento, aumentando significativamente mayor el riesgo de recaídas, recurrencias, hospitalización e intentos de suicidio y menor probabilidad de lograr la remisión y recuperación, así como con mayores costos generales de tratamiento para el paciente, familiar o institución que brinda la atención.

Los factores asociados con la falta de adherencia son múltiples, depende de la propia persona así como: sus características sociodemográficas, variables clínicas y farmacológicas que este presentando el usuario, los regímenes de medicación complejos como la polifarmacia, actitudes negativas del paciente hacia la medicación, falsas creencias, conocimiento deficiente, recaídas con ciclos rápidos, uso indebido de sustancias concomitantes y una alianza terapéutica deficiente, aumentan la falta de adherencia farmacológica.

La baja adherencia farmacológica puede estar asociado al consumo de psicotrópico y aumento de peso, se consideran principales factores de riesgo para aumentar la falta de adherencia



farmacológica de los pacientes con trastorno afectivo bipolar de la consulta externa del hospital psicosocial.

En el país no se encontraron estudios sobre falta de adherencia al tratamiento en pacientes con trastorno afectivo bipolar, en la práctica clínica se ha observado alta incidencia de pacientes con esta problemática, con este estudio se determinaron los factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar atendidos en consulta externa, Hospital Psicosocial Dr. José Dolores Fletes Valle, en el periodo enero 2020 - diciembre 2021, se describieron las características sociodemográficas, se identificaron variables clínicas y farmacológicas, se estimó el grado de cumplimiento al tratamiento a través de la escala de Morisky Green y se estableció correlación entre los resultados obtenidos y las variables clínicas con el fin de identificar de forma objetiva estos factores, lo que permitirá obtener mayor respuesta al tratamiento psicofarmacológico mejorando a la vez la calidad de vida de los paciente y familiares en vista de mejorar su pronóstico y evitar recurrencia de síntomas, recaídas, hospitalizaciones que son comunes en estos pacientes y primordialmente ser más objetivos al momento de abordar un paciente con falta de adherencia a su tratamiento.

## 2. Antecedentes.

Para desarrollar la investigación se realizó una rigurosa revisión bibliográfica en repositorio UNAN-Managua, UNAN-León, también búsquedas en repositorios de universidades Internacionales, revistas científicas de psiquiatría y se constató la presencia de investigaciones relacionadas sobre el tema: Falta de adherencia farmacológica en pacientes con trastorno afectivo bipolar, atendidos en la consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle en el periodo de enero 2020 - diciembre 2021.

A nivel internacional se encontró estudios de posgrado relacionadas con el tema, por tal razón de acuerdo a la relevancia del contenido y al enfoque de esta investigación se seleccionaron los siguientes. No adherencia a la medicación en el Trastorno Bipolar: Revisión de tasas, predictores demográficos y clínicos, elaborado por Chakrabarti (2017), concluyo: una no adherencia casi universal (96%); esta discrepancia se debió más a razones metodológicas diferentes, que ha verdaderas variaciones en las tarifas. A pesar de las importantes discrepancias en la metodología, basadas en estos 132 estudios obtuvieron tasas medias de 40-41% para la no adherencia a la medicación.

En un estudio titulado: Variables asociadas a la no adherencia en pacientes con trastorno Bipolar en estabilidad clínica, realizado por Navarro (2016), se obtuvieron los siguientes resultados de una muestra total de 76 pacientes, la mayor proporción fueron mujeres (63,2%), la media de edad fue de 49 años. Según los criterios establecidos, 28 pacientes fueron no adherentes (36,8%) y 48 adherentes (63,2%). No hallaron asociación de la no adherencia al tratamiento farmacológico con ninguna variable sociodemográfica.

Inocenti (2009) en un estudio realizado en pacientes con trastorno Afectivo Bipolar, en el que valoro la falta de Adhesión al medicamento y satisfacción con el tratamiento obtuvo que: el (85,7%) de las personas entrevistadas era del sexo femenino. El estado civil, unión de hecho estable se observó un mayor porcentaje (42,8%). En cuanto al grado de escolaridad, para la mayoría de los pacientes, este fue igual o superior a la enseñanza fundamental completa (52,5%). Se destaca que 14,3% de los pacientes eran divorciados siendo que, para todos, el divorcio ocurrió después del surgimiento del Trastorno Afectivo Bipolar. De los 21 pacientes, apenas 23,8% poseían vínculo de empleo. Se destaca que 19,1% estaban desempleados, 9,5% recibieron licencias del trabajo del Instituto Nacional del Seguro Social (INS) y 14,3% estaban jubilados como consecuencia del trastorno mental. Se constató que, entre los pacientes investigados, la mayoría (57,2%) es no adherente por comportamiento no intencional, 14,3% son no adherentes por comportamiento intencional y apenas 28,5% son adherentes.

De igual manera se encontró el trabajo titulado Variables asociadas a la no adherencia en pacientes con trastorno Bipolar en estabilidad clínica, realizado por Navarro (2016), obteniendo los siguientes resultados: de una muestra total de 76 pacientes, la mayor proporción fueron mujeres (63,2%), la media de edad fue de 49 años. Según los criterios establecidos, 28 pacientes fueron no adherentes (36,8%) y 48 adherentes (63,2%). No hallaron asociación de la no adherencia al tratamiento farmacológico con ninguna variable sociodemográfica.

En un estudio titulado Incumplimiento de la medicación en el trastorno bipolar, realizado por Javad (2018.), en una revisión narrativa, realizado en el año 2018, para avances terapéutico en la psicofarmacología, encontraron que la prevalencia de la no adherencia estará influenciada por la metodología adoptada para evaluarla, así como por las características de los pacientes en estudio, sin embargo, las tasas de incumplimiento son de aproximadamente el 50% se informan

comúnmente para los pacientes trastorno bipolar y en una encuesta de más de 2000 psiquiatras, con base en ocho países europeos, los encuestados estimaron que la mayoría de los pacientes (57%) con Bipolaridad no se adhirieron o se adhirieron parcialmente al tratamiento.

En otro estudio titulado Correlación de la adherencia a la medicación en pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar, mediante la Escala de adherencia a la medicación de Morisky, y las puntuaciones  $\geq 2$ , realizado por Bates (2010), obteniendo los siguientes resultados: considerando no adherentes (49,5%) de los 1.052 pacientes estudiado. La adherencia se asoció positivamente con: un título universitario y el tratamiento en monoterapia. La falta de adherencia se asoció con el sexo femenino.

En un estudio titulado Estigma internalizado como factor asociado a no adherencia al tratamiento en pacientes de la consulta externa con trastorno Afectivo Bipolar, realizado por Rodríguez (2019), obtuvo los siguientes resultados: Los pacientes con falta de adherencia al tratamiento presentaron atención ambulatoria por más de un psiquiatra en promedio que en el otro grupo (2.1 vs 1.8,  $p=0.003$ ), así mismo el estar asintomático y presentar estigmatización, se asociaron a la no adherencia ( $X^2$ : 2.671, y 4.087, respectivamente), además este último incrementó en 1.73 veces más las probabilidades de no adherencia al tratamiento psiquiátrico; sin embargo, solo el estigma internalizado (ORa: 1.89,  $p=0.015$ ).

En otro estudio titulado Colombia investigo la Prevalencia y factores asociados a la no adherencia en el tratamiento farmacológico de mantenimiento en adultos con Trastorno Afectivo Bipolar, realizado por Pardo (2011), e obtuvieron los siguientes resultados: de 124 pacientes obtuvo que un 26,6% de ellos procedían del área rural; el género más común fue el femenino (67,7%). El promedio de edad fue de 43 años. El 50% de los pacientes habían cursado un grado menor a quinto de primaria. La prevalencia de no adherencia al tratamiento farmacológico de mantenimiento, medida a través del cuestionario de Morisky-Green fue del 29,8% ( $n=37$ ). No

hubo diferencia significativa en la edad de adherentes y no adherentes ( $41,4 \pm 15,3$  años vs.  $44,1 \pm 12,6$  años,  $p=0,346$ ); tampoco en género, procedencia, estrato socioeconómico, situación laboral, régimen de seguridad social ni estado civil.

En un estudio titulado La adherencia farmacológica en relación con la funcionalidad familiar en el tratamiento ambulatorio de pacientes con Esquizofrenia, Depresión y trastorno Bipolar. Realizado por Burbano (2019), se obtuvieron los siguientes resultados: en el estudio descriptivo de corte transversal con 160 pacientes ambulatorios mayores de 18 años y menores de 65 años con diagnósticos de esquizofrenia, depresión y bipolaridad se les aplicó el cuestionario de Morisky – Green y test de Apgar de familiar obteniendo los siguientes resultados la aplicación del Apgar familiar mostro una frecuencia de familia disfuncionales en el 36.3%, la escala de Morisky se mostró falta de adherencia al tratamiento total de 53.8%.

En otro estudio titulado Factores que inciden en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con Trastorno Afectivo Bipolares atendidos en el periodo de enero-diciembre 2011, realizado por Galindo (2016), se obtuvieron los siguientes resultados: El (96.6%) respondieron que no toman sus medicamentos, como su médico se los indicaba, el 99.1% de pacientes refirieron no comprender la manera en la que debían tomar sus medicamentos, el 95% de los entrevistados mencionan no recibir apoyo de parte de familiares, para la toma de medicamentos. Contrariamente, 87.5% de los pacientes mencionan que algún miembro de su familia o comunidad les dijo que dejaran de tomar sus medicamentos, el 30.83% mencionan que desearían dejar de tomar medicamentos comparado con 69.17% que sí desean continuar tomando medicamentos. Un 95% no cree necesitar los medicamentos prescritos, comparado con 5% que cree si necesitarlos. Sin embargo, en nuestro país no hay estudios de pregrado ni de posgrado que se relacionen al tema en estudio, pero se han desarrollados investigaciones que se aproximan al tema.

En un estudio titulado manejo farmacológico del trastorno bipolar afectivo en mujeres de 45 a 65 años ingresadas en los pabellones 2 y 3. Hospital Psicosocial Nicaragüense Dr. José Dolores Fletes Valle distrito II Managua enero-septiembre 2012. Realizado por Ortiz (2013) obteniendo los siguientes resultados: En la población de pacientes con Trastornos Afectivos Bipolares, ingresadas durante el período de enero a septiembre del 2012, se demostró que la edad predominante fue el rango de 45 a 55 años. Se indicó del grupo de los antipsicóticos Haloperidol tableta 5 mg, seguido de los anticonvulsivantes, el de mayor uso fue Ácido Valproico tableta 250 mg, luego las benzodiazepinas el de mayor uso fue Lorazepam tableta de 2 mg. Y por último los antidepresivos con Citalopram tableta de 40 mg. El fármaco más prescrito para el diagnóstico trastorno Afectivo Bipolar, fue Haloperidol de 5 mg, aun no siendo el de primera elección, pero tomando en cuenta los niveles de eficacia en dicha patología.

En otro estudio titulado Reacciones adversas medicamentosas, asociadas al uso de carbamazepina tableta 200 mg en pacientes de 15 a 60 años, ingresados en los pabellones 3 y 4 del hospital psicosocial “José Dolores Fletes” Enero - Agosto 2016, realizado por Rojas (2019), Obteniendo los siguientes resultados :Carbamazepina tableta 200 mg fue administrada principalmente a pacientes entre las edades de 31 a 45 años (57.4%), esto es debido a factores como el descontrol del tratamiento ambulatorio, o la evolución de la enfermedad, los cuales propician las hospitalizaciones en pacientes entre estas edades. En cuanto al sexo, se medicó más hombres, aunque con poca diferencia, de las mujeres (54.1%). Las patologías a tratar con la prescripción de Carbamazepina fueron mayoritariamente el trastorno afectivo bipolar (29.5%), trastorno mental orgánico (24.6%), y la epilepsia (19.7%), lo que coincide con el uso de Carbamazepina no sólo como anticonvulsivante sino también como estabilizador del estado de ánimo. De las reacciones adversas identificadas un 96.6% fueron clasificadas como frecuentes, las

cuales son la somnolencia, inestabilidad, reacciones alérgicas cutáneas, leucopenia, vómito y visión borrosa. Solamente un 3.4% de ellas (la diarrea) fueron clasificadas como menos frecuentes.

En otro estudio titulado Manejo de trastornos bipolares en adultos en el Hospital “José Dolores Fletes Valle”, Managua julio a diciembre del 2011, realizado por Trujillo (2012). Obteniendo los siguientes resultados: Al analizar la población de pacientes bipolares ingresados en sala de pabellón de agudos 3 y 4 en el periodo de julio a diciembre 2011, se encontró que:

1) El grupo con mayor número de reingresos fue aquel entre los 30 y 39 años es decir adultos jóvenes, en su mayoría del sexo femenino con escolaridad inferior con estado civil soltero y de procedencia rural.

2) Hay un alto porcentaje de reingresos en su mayoría de cuatro a más número de veces.) Los pacientes de las salas de pabellón de agudos cuentan con un alto porcentaje de efectos adversos secundarios a los psicofármacos prescritos resaltando las distonías y la sedación, debido a que se cuenta con un número limitado de fármacos disponibles, lo que ha hecho necesario la implementación de anti psicóticos convencionales que tienen mayor frecuencia de ocasionar efectos indeseables.

### 3. Justificación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó que alrededor de 60 millones de personas alrededor del mundo padecen del trastorno afectivo bipolar. Este trastorno es una enfermedad psiquiátrica grave, caracterizada por fluctuaciones del estado de ánimo con episodios depresivos que se alternan con episodios de manía o hipomanía. Debido a que es una enfermedad de inicio temprano, curso crónico y recurrente, sus efectos tienen repercusiones severas en el funcionamiento académico, laboral, social y familiar, aún en lapsos de estabilidad clínica. Es preciso señalar que un gran porcentaje de los pacientes sufren una falta de adherencia al tratamiento farmacológico, lo que no permite mejorar su estado de salud. (OMS, 2019).

En nuestro país las enfermedades mentales causan el 21% de todos los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y el 36% de todos los años vividos con discapacidad (AVD), no hay una cifra exacta de cuantos padecen de bipolaridad, pero es un trastorno mental frecuente, discapacitante y crónico, la falta de adherencia al tratamiento en estos pacientes hace que se aumenten las hospitalizaciones y consultas de los pacientes con trastorno afectivo bipolar.

Por tal razón esto es lo que conlleva a seleccionar el tema titulado, Factores asociados a la falta de adherencia farmacológica en pacientes con trastorno afectivo bipolar, atendidos en la consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle en el periodo de enero 2020 - diciembre 2021. Es relevante debido a que tiene conveniencia institucional, relevancia social, implicaciones prácticas, valores teóricos y utilidad metodológica.

Conveniencia institucional: este trabajo es de gran importancia para la institución porque estudia las causas de la falta de adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes con trastorno afectivo bipolar que son atendidos en servicio de consulta externa del hospital psicosocial, lo que permite ayudar a disminuir el consumo de medicamento, el número de ingreso a sala de agudos e



intervención en crisis, da pautas para realizar mayor uso racional de los psicofármacos, no habiendo un estudio de este tipo realizado anteriormente en esta unidad se considera un tema de interés e investigación, lo que permite poder tener conocimiento sobre los factores que influyen en la falta de adherencia en los pacientes que atendemos en el servicio de consulta externa.

**Relevancia social:** La presente investigación contribuirá a mejorar la comprensión que la sociedad, familias, personal de salud y pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar tienen sobre la falta de adherencia al tratamiento evitando con esto recaídas, mayor número de ingresos a pabellones de agudos, dándoles mejor calidad de vida a los pacientes y evitando las potenciales complicaciones.

**Implicaciones Prácticas:** El presente trabajo sirvió para determinar cuáles son los factores que influyen en la falta de adherencia al tratamiento, permitiéndonos conocer con base científica cuáles son los que mayormente inciden en la falta de adherencia, nos permitió a la vez pensar en nuevos estudios que se pueden realizar en base al tema estudiados, crear un plan de trabajo enfocado disminuir la falta de adherencia farmacológica, que nos permita compensar con mayor facilidad la sintomatología clínica en un menor tiempo, dándoles una mayor calidad de vidas, nueva esperanza, permitirles mantener mayor estabilidad mental, social, laboral y académica, incluyéndoles mayor independencia en las actividades de la vida diaria.

**Valor Teórico:** a través del conocimiento obtenido de la investigación nos permitió conocer a fondo cuáles son los factores de riesgo que aumentan la falta de adherencia al tratamiento lo que permite que durante la consulta médica se pueda incidir en estos factores, se realicen enfoques con sustento científico de cuáles son los fenómenos actuales que están presentando nuestros pacientes.

Utilidad Metodológica: este trabajo es de tipo enfoque mixto basado en la solución de problemas en la realidad, y de integración sistémica de métodos cualitativos y cuantitativos de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-Managua). Este es el primer trabajo en línea científica que se realizó en esta unidad para conocer cuáles han sido los factores de riesgo que han aumentado la falta de adherencia a los psicofármacos en los pacientes con trastorno afectivo bipolar atendidos en la consulta externa del hospital psicosocial.

#### **4. Planteamiento del problema.**

##### Caracterización.

El trastorno afectivo bipolar es una enfermedad del estado de ánimo, crónica y recurrente que cursa con síntomas que oscilan desde la manía, hipomanía y la depresión, o una presentación de sintomatología mixta. Su prevalencia se estima que va del 0.5 al 1.6 por ciento entre los pacientes con trastorno bipolar 1 y 2 con un rango de edad promedio entre los 15-35 años, afectando tanto a hombres como a mujeres en la misma proporción. La etiología es compleja y abarca muchos factores, dentro de estos incluyendo cambios en el sistema nervioso central, el papel de la inflamación y las citoquinas. Algunos factores como la genética, los factores psicosociales y la neurobiología influyen enormemente en la génesis del trastorno. El tratamiento de estos pacientes es con el uso de psicofármacos los cuales se prescribe en dependencia de la presentación clínica del paciente, además de la complementación con los diferentes tipos de tratamiento psicológico e individualizando.

##### Delimitación.

El presente estudio se llevó a cabo en el hospital Escuela José Dolores Fletes Valle, en el periodo de enero 2020 -diciembre del año 2021 en los pacientes con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar que llevan seguimiento por consulta externa del hospital psicosocial y que presentaron falta de adherencia a los psicofármacos, a pesar que se ha tratado al máximo de optimizar halla una buena adherencia al tratamiento farmacológico por múltiples factores de riesgo se continuo observando una alta incidencia y prevalencia de pacientes que presentaban esta problemática, la que aumenta: las recaídas, el número de consulta por emergencia el número ingreso a la unidad a hospitalaria y disminuye la calidad de vida de los usuarios, el observar la frecuencia del problema nos motivó a estudiar cuales son los factores asociados a la falta de

adherencia farmacológica en los pacientes con trastorno afectivo bipolar que atendemos en la consulta externa.

#### Formulación.

A partir de la caracterización y delimitación del problema antes expuesta, se plantea la siguiente pregunta principal del presente estudio: ¿Cuáles son los factores que afectan la falta de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con trastorno afectivo bipolar atendidos en consulta externa del hospital Escuela José Dolores Fletes Valle en el periodo enero2020-diciembre 2021?

#### **Sistematización.**

Las preguntas de sistematización correspondientes se presentan a continuación:

1- ¿Cuáles son las características sociodemográficas que influyeron en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes en estudio?

2- ¿Cuáles son las principales variables clínicas y farmacológicas que se relacionan con la falta de adherencia al tratamiento psicofarmacológico en los pacientes en estudio?

3- ¿Cuál es el grado de cumplimiento al tratamiento en base a la escala de Morisky Green?

4- ¿Cómo se correlacionan las variables clínicas con el resultado obtenido en la escala de Morisky Green de los pacientes en estudio?

## 5. Objetivos

### **Objetivo general:**

✓ Determinar los factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar atendido en consulta externa, Hospital Psicosocial Dr. José Dolores Fletes Valle, en el periodo enero 2020 - diciembre 2021.

### **Objetivos específicos:**

1. Describir las características sociodemográficas que influyen en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes en estudio.
2. Identificar las variables clínicas y farmacológicas que se relacionan con la falta de adherencia al tratamiento psicofarmacológico en los pacientes en estudio.
3. Conocer el grado de cumplimiento al tratamiento en base a la escala de Morisky Green.
4. Correlacionar las variables clínicas con el resultado obtenido en la escala de Morisky Green de los pacientes en estudio.

## 6.Marco teórico

El presente protocolo de investigación está enfocado sobre el tema “Factores asociados a falta de adherencia farmacológica en pacientes con trastorno afectivo bipolar, atendidos en la consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle en el periodo de enero 2020 - diciembre 2021. Esta investigación se sustenta por medio de la recopilación de investigaciones previas, experimentos y soporte teórico.

### 6.1 Trastorno afectivo bipolar.

El Trastorno afectivo bipolar es un trastorno mental grave antes llamado enfermedad maníaco- depresiva, se caracteriza por un estado de ánimo cambiante que fluctúa entre dos polos completamente opuestos: la manía, o fase de exaltación, euforia y grandiosidad, y la depresión, o fase en la que predominan la tristeza, la inhibición y las ideas de muerte. Es una enfermedad crónica y recurrente del estado de ánimo, que generalmente limita la funcionalidad del paciente y en todo caso requiere un abordaje integral farmacológico y psicosocial. Especialmente en los casos que son mal o infradiagnosticados constituye una enfermedad devastadora con una enorme carga socioeconómica y sanitaria (SANIDAD, 2012).

En las fases de manía puede predominar tanto la euforia como la expansividad o la irritabilidad, con síntomas acompañantes como autoestima exagerada, verborrea, fuga de ideas desinhibición, distraibilidad, impulsividad, hiperactividad, búsqueda de situaciones de riesgo, inquietud o agitación, en los casos graves, es frecuente el desarrollo de síntomas psicóticos, como delirios y alucinaciones, el cuadro de manía, en general, provoca una seria alteración de la vida cotidiana del paciente, dificultando al máximo su actividad sociolaboral y en ocasiones requiriendo ingreso hospitalario, esto es menos frecuente en las fases de hipomanía, donde, aun predominando el estado de ánimo elevado, expansivo o irritable y otros síntomas propios de

la manía, pero no se alcanza el grado de repercusión funcional y nunca se asocia a sintomatología psicótica (SANIDAD, 2012).

La fase de depresiva se caracteriza por la tristeza patológica y la pérdida de interés y capacidad para obtener placer. El paciente puede referir pena, congoja, abatimiento, desesperanza, vacío interno, disforia, irritabilidad, ansiedad, angustia o intensa apatía. El pensamiento se hace lento, monótono, con una disminución general de las ideas y proyectos, siempre con un tono pesimista y desagradable. En la depresión psicótica se desarrollan delirios, en ocasiones congruentes con el estado de ánimo, como el delirio de ruina o de negación y alucinaciones. El ritmo circadiano del paciente deprimido se altera, apareciendo insomnio o hipersomnias diurnas, astenia, fatigabilidad, pérdida de apetito y de interés por el sexo. (SANIDAD, 2012).

Los episodios mixtos son aquellos que combinan simultáneamente síntomas maníacos y depresivos, pudiendo presentar los pacientes hiperactividad, irritabilidad, inquietud, insomnio, taquipsiquia, bajo ánimo, tendencia al llanto e ideas de culpa. Su aparición complica el manejo clínico del trastorno, dada la dificultad de diagnóstico y la frecuencia de riesgo suicida. (SANIDAD, 2012).

El Trastorno Afectivo Bipolar I, incluye la aparición de cuadros depresivos y maníacos, mientras que el Trastorno Afectivo Bipolar II incluye cuadros depresivos e hipomaniacos. Esta variante del trastorno afectivo bipolar (tipo II), lejos de representar una forma leve o abortiva, asocia una gran limitación funcional, dificultades de manejo y mayor comorbilidad (SANIDAD, 2012).

La prevalencia: a lo largo de la vida está entre el 0.5 y 1.6%. Según datos de la U.S. National Comorbidity Survey Replication (2007), la prevalencia estimada a lo largo de la vida y en el primer año es del 1.0% (0.6%) para el Trastorno afectivo Bipolar tipo I, 1.1% (0.8%) para el

tipo II, y del 2.4% (1.4%) para los síntomas sub umbrales del Trastorno afectivo bipolar (SANIDAD, 2012).

El espectro bipolar incluyendo el Trastorno afectivo no especificado a 5.5%, pese a que las cifras varían ligeramente según las características de la muestra. En general puede afirmarse que entre el 3 y 6% de la población desarrolla alguna forma leve de bipolaridad, incluyendo la hipomanía leve o breve o la ciclotimia. Los estudios de la incidencia número de nuevos casos en una población durante un periodo de tiempo del Trastorno bipolar se dificulta por los problemas de diagnósticos de los primeros episodios afectivos. En torno al 60% de los casos se inician con episodios depresivos, siendo diagnosticados inicialmente de trastorno depresivo mayor (SANIDAD, 2012).

En la mayoría de estudios se ha observado una edad bimodal de inicio, con una frecuencia máxima entre los 28 y 44 años, y una disminución del riesgo a partir de los 50. Pese a que los estudios clásicos no indicaban diferencias de género en la epidemiología y curso clínico, trabajos recientes han mostrado que la edad de aparición de la manía es claramente menor en hombres que en mujeres. Las mujeres parecen ser diagnosticadas en torno a 3.2 años después que los hombres (SANIDAD, 2012).

La edad precoz de inicio no sólo se asocia al género masculino sino a conductas antisociales durante la infancia. Las mujeres debutan con mayor frecuencia con episodios depresivos, presentan en general mayor número de recaídas depresivas y mayor refractariedad de las depresiones. También parecen más proclives a la ciclación rápida y la manía disfórica (SANIDAD, 2012).

Respecto a las diferencias de raza, de forma similar a la esquizofrenia, se han, presentado mayores tasas de trastorno afectivo bipolar en afro-caribeños y afro-americanos residentes en



Reino Unido lo cual se explica parcialmente por su condición de inmigrante y las condiciones socioeconómicas. La presentación clínica puede variar según la raza y el origen cultural del paciente (SANIDAD, 2012).

Los episodios de manía comienzan normalmente de manera brusca y se prolongan durante un período de tiempo que oscila entre dos semanas y cuatro a cinco meses, la duración mediana es de cuatro meses. Las depresiones tienden a durar más su duración mediana es de seis meses, aunque rara vez se prolongan más de un año, excepto en personas de edad avanzada. Ambos tipos de episodios sobrevienen a menudo a raíz de acontecimientos estresantes u otros traumas psicológicos, aunque su presencia o ausencia no es esencial para el diagnóstico. El primer episodio puede presentarse a cualquier edad, desde la infancia hasta la vejez. La frecuencia de los episodios y la forma de las recaídas y remisiones pueden ser muy variables, aunque las remisiones tienden a ser más cortas y las depresiones más frecuentes y prolongadas al sobrepasar la edad media de la vida. Incluye: Trastorno maníaco-depresivo. Psicosis maníaco-depresiva. Reacción maníaco-depresiva. (CIE-10, 2005).

Trastorno bipolar, episodio actual hipomaniaco: El episodio actual satisfaga las pautas de hipomanía. Se haya presentado al menos otro episodio hipomaniaco, maníaco, depresivo o mixto en el pasado. (CIE-10, 2005).

Trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos: El episodio actual satisfaga las pautas de manía sin síntomas psicóticos. Se haya presentado al menos otro episodio hipomaniaco, maníaco, depresivo o mixto en el pasado. (CIE-10, 2005).

Trastorno bipolar, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos: El episodio actual satisfaga las pautas de manía con síntomas psicóticos. Se haya presentado al menos otro episodio hipomaniaco, maníaco, depresivo o mixto en el pasado. (CIE-10, 2005).

Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado: El episodio actual satisfaga las pautas de episodio depresivo leve o moderado. Se haya presentado al menos otro episodio hipomaniaco, maníaco, depresivo o mixto en el pasado. Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia o ausencia de síntomas somáticos en el episodio depresivo actual: Sin síndrome somático, Con síndrome somático. (CIE-10,2005).

Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos: El episodio actual satisfaga las pautas de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos. Se haya presentado al menos otro episodio hipomaniaco, maníaco, depresivo o mixto en el pasado (CIE-10, 2005).

Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos: El episodio actual satisfaga las pautas de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, Se haya presentado al menos otro episodio hipomaniaco, maníaco, depresivo o mixto en el pasado (CIE-10, 2005).

Trastorno bipolar, episodio actual mixto: El enfermo ha padecido en el pasado por lo menos un episodio hipomaniaco, maníaco o mixto y en la actualidad presenta una mezcla o una sucesión rápida de síntomas maníacos, hipomaniacos y depresivos (CIE-10, 2005).

Pautas para el diagnóstico alternancia de los episodios maníacos y depresivos, separados por períodos de estado de ánimo normal, aunque no es raro encontrar un estado de humor depresivo se acompañe durante días o semanas de hiperactividad y logorrea o que un humor maníaco e ideas de grandeza se acompañe de agitación y pérdida de la vitalidad y de la libido. Los síntomas maníacos y depresivos pueden también alternar rápidamente, de día en día o incluso de hora en hora. El diagnóstico de trastorno bipolar mixto sólo deberá hacerse si ambos tipos de síntomas, depresivos y maníacos, son igualmente destacados durante la mayor parte del

episodio actual de enfermedad, que debe durar como mínimo dos semanas. Excluye: Episodio afectivo mixto aislado. (CIE-10, 2005).

Trastorno bipolar, actualmente en remisión: El enfermo ha padecido al menos un episodio maníaco, hipomaniaco o mixto en el pasado y por lo menos otro episodio maníaco, hipomaniaco, depresivo o mixto, pero en la actualidad no sufre ninguna alteración significativa del estado de ánimo ni la ha sufrido en varios meses. No obstante, puede estar recibiendo tratamiento para reducir el riesgo de que se presenten futuros episodios. (CIE-10, 2005).

Otros trastornos bipolares Incluye: Trastorno bipolar de tipo II. Episodios maníacos recurrentes. (CIE-10, 2005).

Trastorno bipolar sin especificación. (CIE-10, 2005).

## 6.2 Criterios Diagnósticos.

El Trastorno bipolar está caracterizado por la presencia de episodios reiterados, es decir, al menos dos en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad depresión. Lo característico es que se produzca una recuperación completa entre los episodios aislados. A diferencia de otros trastornos del humor afectivos la incidencia en ambos sexos es aproximadamente la misma. Dado que los enfermos que sufren únicamente episodios repetidos de manía son relativamente escasos y de características muy parecidas antecedentes familiares, personalidad premórbida, edad de comienzo y pronóstico a largo plazo al resto de los enfermos que tienen al menos episodios ocasionales de depresión, estos enfermos se clasifican como otro trastorno bipolar. (CIE-10, 2005).

6.2.1 Diagnóstico y Evaluación: La evaluación exige una completa anamnesis y exploración tanto psiquiátrica como somática. Pueden ser necesarias varias entrevistas para poder realizar una evaluación completa que nos permita conocer mejor la historia evolutiva del trastorno y ampliar el conocimiento de los antecedentes personales y familiares del paciente. Cuando ha existido una fase maníaca, en general se ha acompañado de hospitalización, y el paciente suele referirlo en la anamnesis. Sin embargo, los síntomas hipomaniacos son menos graves, y a menudo no cursan con disfunción social o laboral significativas, ni motivan un ingreso. El aumento de la actividad, de la energía y de la productividad puede no ser visto por el paciente como algo negativo, y no lo refiere al realizar la historia clínica. Suele ser conveniente por ello completar la anamnesis con la información que aporte un familiar. Puede ser necesario realizar algún cuestionario de screening o de detección sistemática. El empleo de escalas que permitan una valoración psicométrica de los síntomas afectivos tanto en el momento del diagnóstico como en el control evolutivo, puede ayudar a tener un mejor conocimiento de la situación de partida y a dar más objetividad a la hora de evaluar la respuesta a los tratamientos, pero en ningún caso puede sustituir a la entrevista clínica. Esta además de proporcionarnos una visión general de la sintomatología y de la repercusión que esta tiene sobre la vida del paciente y su funcionamiento, nos aporta los elementos narrativos que van a ser claves para que la alianza terapéutica se establezca. (Pineda, 1996).

La OMS (2001), expresa que “como el grado en que la conducta de una persona se corresponde con las recomendaciones del profesional de salud tratante, Por lo tanto, la falta de adherencia al tratamiento farmacológico se refiere al incumplimiento del mismo; es decir, no tomar la medicación de acuerdo con la dosificación y el programa prescrito y no tomar la medicación a lo largo del tiempo del tratamiento indicado sin consultar con el médico tratante”. El período de tiempo para considerar que alguien ha abandonado el tratamiento es de seis meses

desde que perdió la última cita. Por su parte, algunas formas de mala adherencia corresponden a la adherencia intermitente (con vacaciones de tratamiento) y tardía (el paciente sigue las prescripciones tras sufrir varias recaídas. (Gallego, 2015).

Para el control del trastorno afectivo bipolar es necesario un tratamiento farmacológico continuo. La buena adherencia al tratamiento farmacológico es condición esencial para que la persona con trastorno afectivo bipolar pueda responder de forma satisfactoria al tratamiento, sin embargo, es común que los pacientes bipolares presenten falta de adherencia al tratamiento farmacológico lo que provocara una serie de consecuencias negativas, pues conlleva a un aumento del riesgo de recaídas, ingresos hospitalarios, conductas suicidas, deterioro cognitivo y funcional, perjuicios económicos y un peor pronóstico de la enfermedad, los pacientes con falta de adherencia farmacológica, presentan una disminución de la eficacia del tratamiento y aparición de efectos secundarios. Cabe mencionar que aparte de disminuir la calidad de vida del paciente, el aumento de la utilización de servicios de salud por las recaídas, aumenta el gasto en salud mental y el deterioro funcional del paciente lleva una carga adicional a sus cuidadores (Chakrabarti, 2016).

Respecto al estudio del porcentaje de pacientes bipolares con falta de adherencia farmacológica, se ha hallado una considerable variación entre las tasas de no adhesión que van desde la no adherencia universal en algunos estudios hasta la no adhesión más o menos universal en otros. Esta variabilidad en las estadísticas puede deberse a diferencias conceptuales y metodológicas. En términos conceptuales, la falta de adherencia ha sido definida y evaluada de varias formas en diferentes investigaciones. En términos metodológicos los estudios realizados difieren en la configuración en la que se han llevado a cabo en sus diseños, en las muestras de pacientes incluidas y en la fase de la enfermedad o la duración durante la cual la presente la falta

de adherencia farmacológica. A pesar de dicha variación, los hallazgos generales de estudios estiman que el porcentaje varía de un 20% a un 60% (Bowskill, 2016).

### 6.3 Falta de Adherencia al Tratamiento

Hasta el momento, los hallazgos centrales de investigaciones que han estudiado la baja adherencia y falta de adherencia a los tratamientos farmacológicos se pueden agrupar en 4 grupos.

1. Relacionadas con el paciente.

2. Relacionadas a las características del trastorno.

3. Relacionadas con la medicación.

4. Relacionadas con su entorno (como experiencias de estigmatización y apoyo social). (Chakrabarti, 2016).

6.3.1 Factores relacionados con el paciente: las motivaciones que tienen en relación con el paciente pueden dividirse en factores sociodemográficos y propios su personalidad. En el primer punto los hallazgos encontrados en estudios con pacientes bipolares y con trastornos psiquiátricos graves han sido contradictorios. Mientras que algunas investigaciones indican que los pacientes hombres, jóvenes, no emparejados y con menor nivel educacional, parecen ser quienes mayor falta de adherencia al tratamiento farmacológico presentan. En el segundo punto, las bajas expectativas de mejora gatillada por sentimientos de desesperanza, la escasa implicación en la toma de decisiones sobre su salud, la necesidad de dependencia, y la poca capacidad de soportar la ansiedad que genera el propio tratamiento, son aspectos que parecen influir en el nivel de adherencia del paciente. (Navarro, 2016).

6.3.1.2 Factores relacionados con las características del trastorno: se ha investigado que una de las principales falta de adherencia al tratamiento farmacológico podría explicarse por las

características propias de la enfermedad, anhedonia, alteración de la memoria, sentimientos de desesperanza, la gravedad de la enfermedad y la forma de presentación de sus síntomas, al realizar una crítica a la investigación inicial sobre la falta de adherencia en pacientes con trastorno bipolar se ha podido considerar que ha habido una inconsistencia de resultados y un fracaso de dichos estudios para abordar la complejidad del comportamiento de falta de adherencia al tratamiento farmacológico (Gallego, 2015).

6.3.1.3 Relacionadas a las actitudes y creencias de los pacientes con respecto a la enfermedad y el tratamiento farmacológico: En individuos con enfermedades crónicas, los factores más investigados y con mayor incidencia que predicen la falta de adherencia terapéutica son las creencias y las actitudes que tienen los sujetos sobre su enfermedad y el tratamiento, las cuales explican hasta un 20% del incumplimiento de los pacientes. A lo anterior se agregan las consecuencias del incumplimiento, puesto que es posible que la recaída provocada por la baja o nula adherencia al tratamiento farmacológico se dé meses después de interrumpir el tratamiento (Pardo, 2011).

6.3.1.4 Respecto a la medicación: Estudios realizados en pacientes con trastorno afectivo bipolar obtuvieron como resultados que los efectos secundarios que presentaron los pacientes como: aumento de peso, náusea, vómito, disminución de la libido, estreñimiento, provocan en el paciente una serie de consecuencias emocionales, como la disminución de su autoestima física y sentimientos de vergüenza. Además, otros efectos como temblores, insomnio, mareos e impregnación causaron malestar y restringieron en la vida diaria del paciente, disminución del nivel cognitivo y emocional, como la sensación de no poder pensar, anesthesiarse emocionalmente, sentir que su estado de ánimo era controlado por la medicación y la reducción de la sociabilidad, la vivacidad, aumento significativamente la falta de adherencia al tratamiento (Davidson, 2009).

Los cambios mencionados provocan que los pacientes sientan comprometido su sentido de sí mismo, su identidad personal y social y su personalidad. De esta manera, comenzar el tratamiento farmacológico es significado para los pacientes como el primer paso hacia el mundo de los

anormales, ya sea por los efectos secundarios de los medicamentos o por los prejuicios o reacciones que se tiene de los tratamientos. (Roe et al., 2009).

#### 6.4 Estigmatización y adherencia al tratamiento farmacológico en el trastorno bipolar.

El estigma refiere a un fenómeno social por el cual el público tiene una visión negativa de individuos con atributos percibidos por la población general como inferior, amenazante o con otras con notaciones negativas. Los procesos de estigmatización emergen de una discrepancia de carácter de identificación entre las características que debe tener una persona según las normas culturales y los atributos que efectivamente presenta la persona. En el caso particular de las personas con trastornos mentales, dichos rótulos o estereotipos se refieren comúnmente a la eventual peligrosidad, debilidad e inutilidad de estos individuos (Mascayano, 2015).

Se ha constatado que independientemente de la percepción que el público tenga acerca de algún tipo específico de enfermedad mental, el rechazo social suele ser mayor hacia aquellos individuos con trastornos psiquiátricos que están relacionados con una mayor responsabilidad personal, sensación de peligrosidad y rareza conductual. En América Latina, la investigación ha sido escasa. No obstante, algunos estudios desarrollados en Brasil, Argentina, México y Chile han determinado que las personas perciben a los pacientes psiquiátricos como potencialmente peligrosos, impredecibles, violentos e incapaces de desarrollar actividades laborales (Mascayano ,2015).



Los estudios sobre enfermedades mentales y estigma se han enfocado principalmente en la depresión, la esquizofrenia y otros trastornos mentales en general. Las pocas investigaciones existentes sobre pacientes con trastorno bipolar han demostrado que la visión negativa hacia los individuos se asocia a la irresponsabilidad. Además, se ha demostrado que los pacientes son estigmatizados en diferentes ámbitos de sus vidas. Lo que conlleva experiencias de discriminación que son vivenciados por el individuo en casi todas las esferas de su vida: trabajo, familia y relaciones amorosas, creando estrés y a su vez, afectando el pronóstico de la enfermedad (Karambelkar, 2016).

En relación al área personal, un estudio mostró que la mayoría de los pacientes vivieron episodios con miembros de la familia que incluyeron vergüenza y ridículo, menosprecio de opinión y poca legitimación en la toma de sus decisiones. En área laboral, los pacientes con trastorno bipolar fueron cuestionados sobre sus capacidades en el puesto de trabajo y restringidos en el acceso de oportunidades (Silva ,2017).

Respecto al auto estigma en pacientes con trastorno bipolar, en estudios realizados han encontrado que ha habido una mitigación del estigma en pacientes bipolares en este último tiempo. Según ellos, hoy en día los pacientes aceptan más fácilmente el diagnóstico e incluso pueden admitirlo públicamente en algunas situaciones. A pesar de este resultado, diversas investigaciones han determinado que un alto porcentaje- entre un 40% y 50%- de las personas con trastornos mentales graves, como el trastorno bipolar, presentan considerables niveles de auto estigma En relación a los niveles de auto estigmatización del trastorno bipolar comparados con otros trastornos, los hallazgos han sido contradictorios. Si bien se ha afirmado que la esquizofrenia posee los más altos valores de auto estigmatización, un estudio ha concluido que los pacientes bipolares y esquizofrénicos no difieren en sus experiencias (Mascayano 2016).

Otro aspecto relevante refiere a las estrategias conductuales más frecuentes que las personas con una enfermedad mental emplean para afrontar el estigma. Algunas de ellas son de carácter positivo, como buscar apoyo social y realizar acciones de psico educación Dichos individuos suelen ser relativamente indiferentes al estigma o reaccionan con empoderamiento y enojo, o bien son personas que no se identifican con el grupo estigmatizado, por ende, no sienten que los prejuicios y la discriminación se refieran a ellos (Muñoz, 2011).

Pero también aparecen estrategias de carácter desadaptativo, como mantener en secreto la enfermedad o excluirse para evitar el rechazo social, suponiendo que el afrontamiento de la estigmatización mediante el aislamiento social y el secreto son estrategias que conllevan un aumento de los niveles de ansiedad anticipatoria. Ésta, a su vez, provoca un aumento en los niveles de percepción de la discriminación y la devaluación, que consiguen producir efectos negativos en la auto-eficacia. Por otra parte, el estigma genera una pérdida significativa de la autoestima y un aumento del auto desprecio como resultado de la culpa y vergüenza sentida por el individuo, viendo su condición como una falla, con aumento significativo en la falta de adherencia al tratamiento (Muñoz, 2017).

La discriminación percibida y la auto estigmatización influyen negativamente en el tamaño y calidad de las redes sociales y, por lo tanto, en el funcionamiento social. De esta forma, las personas con enfermedad mental dejan de tener la oportunidad de trabajar o vivir de forma independiente y no pueden establecer relaciones de amistad o de pareja, lo que los conduce al aislamiento, al desempleo y, en consecuencia, a la reducción de ingresos económico. Dicha disfunción social relacionada con el estigma internalizado resulta en mayor discriminación, perpetuando un círculo vicioso de estigma social, estigma internalizado y disfunción (Mascayano2015).

Diversos estudios realizados tanto en pacientes bipolares como esquizofrénicos, han encontrado una correlación negativa entre auto estigma y adherencia al tratamiento farmacológico. De todas formas, cabe recalcar que hay muchos hallazgos que han demostrado que el estigma público percibido por el paciente también afecta la adherencia al tratamiento farmacológico, por lo que el auto estigma no es el único factor involucrado (Hajda ,2017).

Acerca de las variables que podrían explicar la manera en la que el estigma percibido y auto estigma afectan la adherencia a los tratamientos farmacológicos se puede decir que, debido a la anticipación del estigma, el paciente detiene la medicación para ocultar a sus cercanos parejas románticas y amistades su condición médica, los pacientes evitan ser clasificados como locos o diferentes y ser excluidos socialmente. Ser etiquetado como un enfermo mental, el individuo suele avergonzarse de tomar la medicación por dos razones principales: la creencia de no ser suficientemente fuerte para superar la enfermedad mental y el estigma, asociado con los efectos secundarios de la medicación, lo que genera una disminución de la adherencia al tratamiento farmacológico (Flores, 2012).

6.4.1 Apoyo social y adherencia al tratamiento farmacológico en trastorno afectivo bipolar: Investigaciones realizadas en individuos con enfermedades crónicas, depresión, enfermedades mentales graves y trastorno bipolar, han demostrado que las personas que suelen percibir mayor ayuda emocional, instrumental o informativa por sus familiares, son los que tienen mejor adherencia al tratamiento (Walsh, 2018).

Esta variable puede afectar la adherencia al tratamiento médico tanto directa como indirectamente. Respecto a la relación directa, estudios han afirmado que la presencia de relaciones interpersonales cercanas puede contribuir en el buen comportamiento de salud del paciente, al facilitar la adherencia a través de la internalización de normas y la provisión de sanciones cuando el comportamiento no es propicio para la salud, o bien, al ayudar al paciente para participar

en el comportamiento de salud deseado. De forma indirecta, se ha estudiado que el apoyo social actúa como una variable mediadora entre autoeficacia y comportamiento de adherencia. En ese sentido, las relaciones interpersonales pueden influenciar positivamente a los pacientes, quienes se sienten más preparados y dispuestos para cumplir con el tratamiento recomendado. Otra relación indirecta, supone que el apoyo social puede amortiguar el estrés o angustia psicológica (Mueller, 2018).

Lo anterior permite al individuo participar en un comportamiento más adaptativo y saludable, que genera una mejor adherencia al tratamiento. Esto podría explicarse porque los pacientes con trastorno bipolar suelen experimentar estigma, lo que resulta en una falta de autoestima que conduce a una mayor angustia psicológica, que se puede reducir cuando tienen apoyo que les asegura su valía y les permite identificarse con un grupo. Cabe mencionar que, si bien las conclusiones relativas a la naturaleza protectora de las características estructurales, como el tamaño de la red o el número de roles sociales aún no se sabe si se ha encontrado la importancia del carácter funcional del apoyo social, es decir, el apoyo percibido por el paciente (Galvão-de Almeida, 2015).

#### 6.5 Métodos de valoración de la falta de adherencia:

El hecho de que el fenómeno de la adherencia sea múltiple y complejo es responsable de la dificultad existente para disponer de un sistema de evaluación idóneo. En la actualidad, no existe un método único que sea considerado de referencia para medir la adherencia por lo que se deben utilizar varios de ellos, con el fin de paliar las insuficiencias que todos poseen. La práctica clínica psiquiátrica precisa de métodos de evaluación de la adherencia al tratamiento que sean sencillos y que no consuman grandes esfuerzos o tiempo para poder incorporarlos a la rutina diaria. Los métodos disponibles para medir la adherencia al tratamiento psiquiátrico se clasifican en métodos objetivos (directos e indirectos) y métodos subjetivos o indirectos (Cueva2015).

6.5.1 Métodos objetivos: Los métodos objetivos directos se basan en la determinación del psicofármaco prescrito, de sus metabolitos o de sustancias trazadoras en fluidos biológicos como la sangre, orina, saliva o, incluso, en el pelo. Se asume que su presencia en ellos expresa que el medicamento se ha tomado, aunque esto no es totalmente cierto ya que pueden dar por buen cumplidor, al incumplidor de bata blanca es decir, a aquellos pacientes que toman adecuadamente su medicación prescrita únicamente los días previos a la cita con sus médicos además, sólo en un número limitado de psicofármacos como las sales de litio y el ácido Valproico en los que se pueden determinar a través de este método midiendo los niveles séricos para evaluar el grado de adherencia al tratamiento. Las diferencias individuales en el metabolismo y en la vida media hacen que, en la mayoría de los psicofármacos, las determinaciones plasmáticas sólo sean útiles para determinar si el tratamiento se ha tomado o no, pero no para establecer si las dosis han sido las indicadas (Cuevas, 2015).

En general, este tipo de determinaciones son muy objetivas y específicas y obtienen índices de incumplimiento más elevados que los métodos indirectos, pero tienen escasa utilidad ya que son caras, se disponen para un escaso número de fármacos y necesitan de una infraestructura sofisticada no disponible en la práctica clínica psiquiátrica habitual. Los métodos objetivos indirectos valoran falta la adherencia a través de las circunstancias que se relacionan con la toma de la medicación y con el grado de control de la enfermedad. (Chakrabarti, 2017).

6.5.2 Recuento de comprimidos: Es un método realmente sencillo, aplicable a cualquier paciente y población, que no requiere de equipamiento alguno o de personal cualificado entrenado este método se basa en determinar cuántas pastillas faltan en el envase y se compara con el número de comprimidos que debería haber en función de la pauta prescrita y el tiempo transcurrido desde el inicio del envase, suministrando un porcentaje estimado de adherencia, pero presenta

numerosos inconvenientes. El paciente debe llevar consigo sus envases de tratamiento a la consulta, el paciente puede estar poli medicado y tener que manejar múltiples envases y algunos pacientes pueden tirar parte de su tratamiento para parecer adherentes. Para evitar algunos de estos inconvenientes se pueden contar los comprimidos en el domicilio del paciente en una visita no anunciada y aleatoria que a la vez permitirá valorar su entorno. (Pardo, 2011).

6.5.3 Tecnología de monitorización: Existen distintos tipos de dispositivos electrónicos que analizando el momento en el que el paciente abre y cierra su pastillero estiman el tiempo específico de dosis, identifican los patrones de uso de los medicamentos prescritos y calculan las tasas de adherencia. Algunos dispositivos contienen un chip electrónico en la tapa del envase que registra la fecha y hora cada vez que se abre la botella e incluso transmiten datos a través de la línea telefónica o internet. El costo de los dispositivos y las dificultades inherente a su uso hace que suelen quedar limitados a estudios de investigación o ensayos clínicos. (Pardo, 2011).

6.5.4 Bases de datos de las farmacias: Una estrategia que puede suministrar una buena aproximación sobre la adherencia en el estudio de grandes grupos de población es la utilización de las bases de datos de las farmacias, analizando la periodicidad con la que el paciente retira sus medicamentos prescritos. Sin embargo, aunque el paciente retire sus medicamentos no se tiene la certeza de que el paciente cumpla el tratamiento en la dosis y modo adecuados. El uso generalizado de la receta electrónica facilita el seguimiento de la adherencia al quedar registrado, y disponible para el profesional, cuando ha sido dispensado cada medicamento. (Cuevas, 2015).

6.5.5 Métodos subjetivos: Los métodos subjetivos indirectos suelen valorar la conducta de los pacientes, así como sus conocimientos sobre su enfermedad y tratamiento. Aunque son menos fiables que los métodos directos, son más sencillos y económicos, por lo que resultan extremadamente útiles en la práctica clínica psiquiátrica. Además, sirven para investigar y valorar el grado de falta de adherencia en condiciones reales de la práctica clínica habitual, por lo que

contribuyen al conocimiento de la efectividad terapéutica. (Cuevas, 2015). La información que utilizan suele provenir del propio enfermo, de un familiar o del profesional de la salud a cargo del paciente lo que hace que, en general, sobreestimen la adherencia al tratamiento. Aunque se ha argumentado que ni los pacientes ni sus médicos responsables son capaces de identificar correctamente la adherencia, lo cierto es que tanto los pacientes como las historias clínicas proporcionan una estimación razonable de la adherencia a la medicación en el campo de la psiquiatría clínica y son menos costosos y más aceptables que otras técnicas invasivas. En la actualidad, las formas más comunes de evaluar la falta de adherencia a los fármacos psiquiátricos, tanto en la investigación como en la práctica clínica, son el auto informe y el informe del médico a cargo del paciente. Los pacientes suelen informar de un mayor cumplimiento terapéutico que el percibido por sus psiquiatras, aunque los profesionales de la salud mental con frecuencia presentan problemas para la identificación de pacientes con falta de adherencia al tratamiento (Cuevas, 2015).

#### 6.6 Factores que influyen en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico.

Para tener una visión completa del fenómeno de abandono es necesario conocer tanto los factores implicados como las consecuencias de la interrupción de la terapia. Debido a la complejidad de estos tratamientos y, sobre todo, la dificultad que implica integrarlos en los hábitos de vida diarios de estos pacientes, coincide en que la aceptación del mismo es el que va a determinar en gran manera el grado de cumplimiento. La baja adherencia guarda estrecha relación con la aceptación, los conocimientos sobre la enfermedad y la medicación y con la facilidad con la que el tratamiento encaje en el estilo de vida y hábitos del paciente. Para diseñar intervenciones efectivas dirigidas a mejorar la falta adherencia, hay que identificar primero qué factores contribuyen a causarla (Muñoz, 2017).

Los factores asociados al incumplimiento son múltiples y se pueden dividir en cuatro categorías principales:

Sentimientos de desesperanza.

Desacuerdo con los planes de tratamiento.

De acuerdo a las sintomatologías que presente.

Rechazo al tratamiento por miedo.

Rechazo por el riesgo de reducir la autoestima.

La negación de la enfermedad. (falta de insight).

La dificultad para comprender el tratamiento por analfabetismo.

La voluntariedad hacia el tratamiento.

Las deficiencias sensoriales.

Las creencias.

La personalidad del paciente.

La necesidad de dependencia.

La capacidad de soportar la ansiedad que genera el propio tratamiento.

6.6.1 Factores relacionados con el paciente: el cambio sobre la personalidad propia del paciente, como la reducción de la sociabilidad, la vivacidad o la actividad, pueden ser relevantes para la falta de adherencia. La motivación del paciente se ha relacionado con experiencias previas con la medicación, necesidad y eficacia percibida de la medicación y la gravedad de los síntomas psiquiátricos. El no estar convencido de que la toma del tratamiento disminuirá las recaídas es un



claro factor de riesgo. En cambio, un mal grado de insight y una actitud negativa aumentarán la falta de adherencia. El abuso comórbido o la dependencia de sustancias parecen tener un impacto significativo en la falta de adherencia en todos los grupos diagnósticos. (Muñoz, 2017).

6.6.2 Variables sociodemográficas tales como: edad, género, estado civil, raza y nivel de educación, han demostrado tener una mayor consistencia en la relación con la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con trastornos Afectivos Bipolar. La edad es un factor de incumplimiento, las edades más avanzadas a 60 años o más se asociaron a un buen cumplimiento, mientras que se observa un mayor riesgo o negativa a tomar el fármaco con mayor frecuencia en grupos más jóvenes 18-25 años. Los pacientes varones tratados de forma ambulatoria abandonan su tratamiento con más frecuencia que las mujeres. Los individuos casados o aquellos que viven acompañados presentan una mejor adherencia (Muñoz2017).

Los pacientes analfabetos abandonan su tratamiento con mayor frecuencia que aquellos que tienen mayor nivel cultural. También se han documentado las resistencias de los adolescentes hacia la medicación psiquiátrica. El 58% de adolescentes diagnosticados de depresión unipolar o bipolar estaban en desacuerdo con la necesidad de tomar la medicación que les había sido prescrita. (Sola,2015).

En un orden práctico, aspectos como bajo ingresos económicos, hogar inestable, falta de transporte, servicio telefónico, accesibilidad y mala disponibilidad de los servicios de salud mental (por ejemplo, tiempo de espera para la consulta del profesional) pueden influir en una falta de adherencia. La inestabilidad en las condiciones de vida del paciente, la calidad de su apoyo social y la poca o ninguna supervisión en la toma del tratamiento son también muy importantes en el incumplimiento. En los pacientes con trastornos afectivos, las creencias familiares acerca de la enfermedad del paciente o sus creencias acerca del rol de la medicación pueden jugar un papel significativo en la falta de adherencia al tratamiento (Sola, 2015).

6.6.3 Factores relacionados con la enfermedad: Esto podría explicarse por las características propias de la enfermedad, anhedonia, alteración de la memoria, sentimientos de desesperanza y el significado que le da el paciente a su trastorno en relación a la causa de su dolencia, a la gravedad de los síntomas y a la forma de resolverla o tratarla son factores predisponentes aumentan la falta de adherencia. Los pacientes con rasgos paranoides e incluso psicóticos también son un grupo típicamente no cumplidor. Otro factor relevante a tener en cuenta es la mejoría de la patología que da lugar al incumplimiento, puesto que es posible que la recaída no aparezca hasta meses después de interrumpir el tratamiento. Algunos pacientes no quieren tomar el tratamiento porque tienen la creencia de que deberían ser capaces de sobreponerse sin ayuda. La gravedad de la enfermedad, la sintomatología, el grado de incapacitación, la duración de los síntomas, los antecedentes personales y familiares, otras patologías comórbidas y las hospitalizaciones previas también influyen en el incumplimiento terapéutico. (Muñoz, 2017).

El consumo de sustancias es otro factor relacionado con el incumplimiento. Las personas con un trastorno bipolar y un trastorno relacionado con consumo de sustancias psicotrópicas, constituyen un importante subgrupo de pacientes con una tasa especialmente elevada de falta de adherencia a la medicación. También se han descrito casos de autoadministración de más medicación de la prescrita justificada por los pacientes por la impaciencia por mejorar o la intención de intoxicarse. Finalmente, las alteraciones cognoscitivas y los déficits neuropsicológicos también pueden estar relacionados con el incumplimiento (Hernández, 2017).

6.6.4 Factores relacionados con la medicación: Las razones más habituales para discontinuar un tratamiento incluyen los efectos secundarios, la baja necesidad percibida del tratamiento, sentirse mejor y no percibir la eficacia del mismo. Cuanto mayor es el número de tabletas y la intensidad de los efectos adversos que se presenten con el medicamento mayor es la falta de adherencia al tratamiento farmacológico. En una revisión en adultos depresivos se observó

que presentaron uno o más efectos adversos muy incómodos aumentan al doble el riesgo de abandonar el tratamiento. Entre estos efectos incómodos predominaba el aumento de peso, temblor, náuseas, disminución de la libido, embotamiento sensorial, aburrimiento y deterioro de la memoria. Aquellos pacientes que experimentan algún beneficio con el tratamiento y lo interrumpen prematuramente argumentan que se sentían mejor y que no necesitaban tomar la medicación más tiempo. Además, la complejidad del tratamiento, la administración de varios fármacos, las terapias prolongadas, el fracaso de tratamientos previos y los posibles cambios en la terapia prescrita influyen de forma negativa en la adherencia al tratamiento por parte del paciente (Muñoz, 2017).

La forma de administración del medicamento, la frecuencia con la que debe administrarse y los costos también son barreras prácticas que aumentan la falta de adherencia. Además, de la mejoría de la sintomatología o los efectos secundarios reales o imaginarios del fármaco; los medicamentos de mal sabor o de difícil deglución, dosis sub terapéuticas o excesivamente altas, y la interferencia del medicamento con otros hábitos del paciente, como por ejemplo con el alcohol, disminuyen la adhesión al tratamiento. Otra razón de falta de adherencia es la demora entre inicio de tratamiento y remisión de los síntomas. Esto se refleja en el tratamiento de la depresión, ya que un gran número de pacientes discontinúa el uso de antidepresivos antes de los 30 días de iniciado el tratamiento. En pacientes bipolares una de las razones de abandono es el miedo a sufrir una intoxicación por litio, que sobre todo ha incrementado desde la publicación de este tipo de casos en los medios de comunicación. La caída del cabello y el aumento de peso son los efectos secundarios que más suelen preocupar a los pacientes tratados con ácido Valproico, Sin embargo, no existen diferencias significativas en el cumplimiento terapéutico en función del tipo de tratamiento farmacológico (Sola, 2015.).

Aunque los regímenes farmacológicos múltiples si se han relacionado como un factor asociado al incumplimiento. Los medicamentos se asocian a barreras cognitivas y prácticas. Entre las barreras cognitivas se encuentran las creencias sobre su modo de acción, grado de efectividad, y temores a los efectos adversos; especialmente la dependencia. Existe una estrecha relación entre creencias y actitudes acerca del tratamiento, expectativas de cambio y resultados en la enfermedad actual. Las creencias del paciente sobre la medicación son una de las variables más potentes relacionadas con el incumplimiento; teniendo en cuenta que la percepción de la efectividad del tratamiento puede ser distinta en el paciente y en el profesional. (Sola, 2015).

6.6.5 Factores relacionados con el entorno del paciente, relacionado con la familia y la comunidad:

La aparición de un trastorno en un individuo no sólo afecta a este, sino también a las personas con las que convive y cada nuevo episodio o recaída de la enfermedad altera el equilibrio familiar. La familia puede ser tanto un desencadenante como un factor protector de recaídas. Una elevada emoción expresada, constituida por hostilidad, sobre implicación emocional y comentarios críticos por parte de la familia se relaciona con un mayor número de recaídas. El apoyo social es un importante factor de conductas proactivas en salud. El apoyo social más cercano está en la familia. La cohesión familiar, el apoyo, y el compartir creencias y valores similares, influyen en el paciente y su adherencia a los tratamientos médicos. Las actitudes negativas, el rechazo familiar y un alto nivel de crítica son poderosos predictores de falta de adherencia y abandono a tratamiento. La oposición o la no participación al tratamiento medicamentoso por parte de la familia o amigos del paciente, se asocian a altas tasas de abandono. (Sola, 2015).

Los factores culturales pueden ser otra razón potencial para el abandono de la medicación. El estigma social asociado a la enfermedad mental puede provocar que algunos pacientes rechacen la medicación. Los pacientes psiquiátricos son uno de los grupos sociales más estigmatizados. Por

tanto, la presión del entorno de los pacientes contra la medicación puede ser otro factor principal que incremente el incumplimiento. La psicoeducación de la familia podría ser crucial en aquellos casos en los que ésta permite o alienta el incumplimiento, por lo tanto, es imprescindible su implicación. La intervención familiar mejora el clima familiar, el funcionamiento social, la discriminación y reduce las recaídas. (Hernández, 2017).

6.6.6 Relacionados con el médico y el sistema sanitario: La relación entre el paciente y su terapeuta tiene una gran influencia sobre el cumplimiento. La actitud del clínico hacia la medicación prescrita afecta a la futura conceptualización que hace el paciente sobre su enfermedad. Algunos autores sugieren que cuanto más fuerte es la confianza del psiquiatra en el tratamiento que prescribe, más probable es que el paciente lo cumpla. La familia tiene un papel claro en la promoción del cumplimiento y debe actuar en estrecha colaboración con el psiquiatra (Sol, 2015).

La calidad de la alianza terapéutica es un factor básico en la adherencia. Terapeutas y pacientes deberán desarrollar una relación que está basada en la comunicación e incluye información, afecto y aprendizaje social. La alianza terapéutica es importante para el éxito tanto en los tratamientos psicofarmacológicos como psicoterapéuticos para que sea óptima debe basarse en la confianza mutua, respeto, honestidad, sinceridad y sentirse cómodos con la relación por parte de ambos. (Cuevas, 2016).

Estudios recientes muestran que aquellos pacientes que están en buena relación con su médico se adhieren más al tratamiento, al igual que aquellos que refieren recibir mayor información y a los que se les permite elegir entre distintas alternativas de terapias. Una mala comunicación con el paciente puede derivar en que este no comprenda el diagnóstico y el tratamiento prescrito. (Cuevas, 2016).

La literatura científica pone de manifiesto que las creencias y actitudes de los pacientes psiquiátricos hacia su enfermedad y tratamiento predicen mejor su adherencia al tratamiento que cualquier otra variable socio-demográfica o clínica. Por esta razón, algunos de los cuestionarios más empleados en la valoración de la adherencia se centran en el análisis de las creencias y actitudes de los pacientes. En la actualidad se dispone de una amplia gama de escalas de valoración indirecta del cumplimiento terapéutico, susceptibles de ser utilizadas en la valoración de éste por parte de los profesionales de la salud mental. (Cuevas, 2015).

#### 6.7 La Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky Green.

Es una medida auto informada estructurada de la conducta de toma de la medicación ampliamente utilizada en diferentes culturas. Este instrumento ha sido validado en español en una muestra de 967 pacientes psiquiátricos en régimen ambulatorio. Los hallazgos de este estudio indican que la MMAS-8 es una medida fiable y válida para medir la adherencia a la medicación, y que puede ser utilizada con muestras de pacientes psiquiátricos. Las preguntas de la escala se formulan para evitar el sesgo de decir sí a todas las respuestas (por ejemplo, la redacción de la pregunta 5 se invierte para evitar la tendencia a responder de la misma manera a una serie de preguntas, independientemente de su contenido). Las opciones de respuesta son “sí” o “no” para los ítems del 1 a 7, mientras que el ítem 8 se contesta según una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos. Cada respuesta “no” es valorada como 1 y cada respuesta “sí” como 0, con excepción del ítem 5 en el que la respuesta “sí” es valorada como 1 y la respuesta “no” como 0. Para el ítem 8, el código (0-4) tiene que ser normalizado dividiendo el resultado por 4 para calcular la puntuación total el rango de puntuación total de la escala MMAS-8 va desde 0 - 8, reflejando la puntuación 8 una alta adherencia, las puntuaciones 7 o 6 reflejan una adherencia media y las puntuaciones inferiores a 5 una baja adherencia. La utilización de la escala precisa de la autorización de Donald Morisky, titular de los derechos de autor del instrumento.

¿Se olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?

¿Hubo algún día en que se le olvido tomar la medicina para la bipolaridad?

¿Alguna vez a reducido la dosis o directamente ha dejado de tomar la medicación sin decírselo a su médico por que se sentía peor al tomárselo?

¿Cuándo viaja o está fuera del hogar se le olvida llevar la medicina para la bipolaridad?

¿Tomo la medicina para bipolaridad ayer?

¿Cuándo siente que su Bipolaridad está bajo control ¿deja a veces de tomar su medicina?

¿Se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico para su bipolaridad?

¿Con que frecuencia tiene dificultad para recordad tomar todas sus medicinas?

(Sanz, 2015)

## **7. Hipótesis.**

La baja adherencia farmacológica asociado al consumo de psicotrópico y el aumento de peso son los principales factores de riesgo en falta de adherencia al tratamiento farmacológica de los pacientes con trastorno afectivo bipolar de la consulta externa del hospital psicosocial Dr. Ose Dolores Fletes Valle.



## **8. Diseño metodológico.**

El diseño metodológico es el plan o estrategia que se desarrolla para obtener la información que se requiere en una investigación. De acuerdo a Hernández (2015), expresa que: “es un trabajo cuidadosamente concebido con hechos para generar conocimiento del estudio a través de un proceso ordenado”.

### **8.1 Tipo de estudio**

El presente estudio según su diseño metodológico es observacional, según el nivel inicial de profundidad del conocimiento es descriptivo (Piura, 2006). De acuerdo a la clasificación de Hernández, Fernández y Baptista, 2014, el tipo de estudio es correlacional. De acuerdo, al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, el estudio es prospectivo, por el período y secuencia del estudio es transversal, y según el análisis y alcance de los resultados el estudio es de correlación (Canales, Alvarado y Pineda, 1996).

En cuanto al enfoque filosófico, por el uso de los instrumentos de recolección de la información, análisis y vinculación de datos, el presente estudio se fundamenta en la integración sistémica de los métodos y técnicas cualitativas y cuantitativas de investigación, por tanto, se realiza mediante un enfoque filosófico de investigación Mixto.

### **8.2 Método.**

El estudio tiene un enfoque mixto, por qué se determinaron variables cuantitativas y cualitativas que serán medidas y analizadas bajo métodos estadísticos. Según Hernández (2015), manifiestan que: En este sentido, el método usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías, además señalan que este enfoque es secuencial y probatorio, cada etapa precede a la siguiente y no podemos “brincar o eludir” pasos, el orden es riguroso,

aunque desde luego, podemos redefinir alguna fase y parte de una idea, que va acotándose y una delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica. De las preguntas se establecen hipótesis y determinan variables; se desarrolló un plan para probarlas (diseño); se miden las variables en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas (con frecuencia utilizando métodos estadísticos), y se establece una serie de conclusiones respecto de las hipótesis. (p.104).

### **8.3 Área de estudio**

El estudio se realizará en la Consulta Externa del Hospital Docente de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle, la cual es un área de Atención ambulatoria ubicada en el sector norte del hospital psicosocial que está ubicado Managua, Nicaragua. Kilómetro 5 carretera sur contigo a ENACAL.

### **8.4 Universo y Muestra:**

Pacientes con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar que cumplen los criterios de inclusión y fueron atendidos en el período comprendido de enero2020-diciembre 2021.

Calculando un promedio de 37 casos por semana; donde se atienden mensualmente estos pacientes se trabajará con un universo esperado de 148 pacientes.

Usando la fórmula de poblaciones finitas y muestreo completamente aleatorio, tipo probabilístico:

$$n = \frac{Z^2 * p * q * N}{N * e^2 + Z^2 * p * q}$$

n: 107.

Con un nivel de confianza del 95% y un margen de error 5%. El tamaño de la muestra es 107 pacientes según (Munch Galindo, 2015)

**Criterios de inclusión.**

Pacientes diagnosticados con Trastorno Afectivo Bipolar.

Que acepten verbal o por escrito ser incluidos en el estudio.

Que legalmente estén habilitados.

Que tengan expediente clínico registrado en archivo.

Que hayan abandonado al menos una vez su tratamiento durante el periodo en estudio.

Que se encuentren en los rangos de edades de 15-65 años.

**Criterios de exclusión.**

Pacientes que no cumplan los criterios de inclusión:

Que exponga que no quiera participar verbalmente.

Que solo acudan a la primera visita médica.

Que no hayan abandonado la medicación

Paciente que no tengan expediente clínico en el registro.

Que no se encuentren en las edades comprendidas en el estudio; díjase menor de 15 años por no haber sido relevante el número de caso y mayor de 65 años por que no acuden frecuentemente a las citas y son los familiares los que retiran el tratamiento.

**8.5 Técnicas e instrumento.**

Un buen instrumento determina en gran medida la calidad de la información, siendo esta la base para las etapas subsiguientes y obtención de resultados, en el desarrollo de la investigación

es necesaria la técnica e instrumento de recolección de datos que contribuyan a analizar, determinar, correlacionar la falta adherencia farmacológica en pacientes con trastorno afectivo bipolar La técnica de investigación que se usó fue: una ficha de recolección de datos y análisis documental

### **El análisis documental:**

se realizó con el propósito de reunir información que respalde la investigación mediante la búsqueda de varios documentos relacionados al tema.

Según, Ñaupas (2008) plantea que: “El análisis documental es un proceso basado en la búsqueda, recuperación, análisis, crítica e interpretación de datos obtenidos y registrados en diversas fuentes documentales: impresas, audiovisuales o electrónicas”. (p23)

### **Recolección:**

Fuente: Primaria por medio de entrevista personal.

Método: Entrevista.

Técnica: Cuestionario (ficha de recolección de información en forma de instrumento)

Aplicación del test de Morisky Green de 8 ítems.

Se solicitó permiso a la Dirección Hospitalaria para la realización del estudio, con copia a la subdirección médica, departamento de estadística y jefe del servicio de. Consulta externa, se entrevistó personalmente a los pacientes y se realizó el llenado del instrumento.

Instrumento: basada en estudios clínicos nacionales e internacionales.

Procedimiento para la recolección de datos e información:

Se transcribió la información obtenida en el software estadístico IBM SPSS Statistics V.20 y se utilizó una tabulación y gráficas correspondientes por medio de éste.

### **Plan de tabulación y análisis de datos e información:**

De los datos recolectados a partir de la ficha de recolección, se diseñó la base de datos correspondientes, utilizando el software estadístico SPSS, v. 20 para Windows.

Se realizó el control de calidad de los datos registrados, y se hicieron los análisis estadísticos pertinentes.

Para el análisis cualitativo se utilizó el coeficiente de Correlación de Pearson es una prueba estadística para analizar la relación entre el grado de cumplimiento farmacológico y variable clínicas, las variables cuantitativas, se simboliza:

$$r = \frac{n\sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[n\sum X^2 - (\sum X)^2][n\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Dónde: X: Variable 1: grado de cumplimiento farmacológico Y: Variable 2: Variable clínicas

Interpretación del coeficiente de correlación de Pearson.

Valor de r	Interpretación
De 0.2 a 0.3	Coefficiente muy bajo
De 0.4 a 0.5	Coefficiente bajo
De 0.6 a 0.7	Coefficiente alto
De 0.8 a 1.0	Coefficiente muy alto

El signo indica la dirección de la correlación (positiva o negativa); y el valor numérico, la magnitud de la correlación. Si  $p$  es menor del valor 0.05, se dice que el coeficiente es significativo en el nivel de 0.05 (95%) de confianza en que la correlación sea verdadera y 5% de probabilidad de error).

### **8.6 Tipo de Muestreo:**

El tipo de muestreo utilizado en esta investigación fue no probabilístico intencionado por conveniencia, en dependencia de los pacientes que acudieron a la consulta y la disponibilidad y el acceso de los pacientes de la consulta externa.

Según Ñaupas (2014), afirma que “el muestro no probabilístico son los procedimientos que no utilizan la ley del azar ni el cálculo de probabilidades; por tanto, se desconoce la probabilidad de escoger un solo individuo y sus muestras son sesgadas y no se puede saber cuál es el nivel de confiabilidad de los resultados de la investigación”.

### **8.7. Ética.**

El estudio se ajustó a las condiciones establecidas por la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 (ONU, 1948) y las normas éticas instituidas por la Declaración de Helsinki (WMA, 2008). La cual establece que:

“los principios de beneficencia, respeto a la dignidad humana y justicia, con lo que se garantiza a los individuos participantes su autonomía en la participación con el consentimiento informado, el uso de un código para garantizar su confidencialidad, la custodia de los datos por el investigador y que la investigación está haciendo un aporte a la comunidad científica” (p.3)

En esta investigación se omiten nombres de pacientes y número de expedientes clínicos, se realiza hoja de permiso al director del Hospital Psicosocial donde se aplicó el estudio (ver Anexo).

## **8.8 Definición y operacionalización de variables (MOVI):**

Variables por objetivos:

### **1. Describir las características sociodemográficas que influyen en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes en estudio.**

- ✓ Edad.
- ✓ Sexo.
- ✓ Raza.
- ✓ Procedencia
- ✓ Escolaridad.
- ✓ Estado civil.
- ✓ Nivel socioeconómico.
- ✓ Situación laboral del paciente

### **2. Identificar las variables clínicas y farmacológicas que se asociaron con la falta de adherencia al tratamiento psicofarmacológico en los pacientes en estudio.**

#### **2.1 Variables clínicas.**

- ✓ Edad de inicio enfermedad
- ✓ Numero de ingreso en el hospital psicosocial.
- ✓ Estados de ánimo al momento de dejar de tomar el tratamiento.
- ✓ Antecedente de sustancias psicotrópicas.
- ✓ Comorbilidades médicas asociadas a la bipolaridad.
- ✓ Conciencia de su enfermedad

#### **2.2 Variables farmacológicas.**

Grupo de psicofármaco que toma el paciente.

- ✓ Eutimizante
- ✓ Eutimizante + antipsicótico
- ✓ Eutimizante+ antidepresivo
- ✓ Eutimizante + antipsicótico + antidepresivos
- ✓ Eutimizante + antidepresivo + antipsicótico+ benzodiacepina.

Numero de tabletas que toma durante el día.

- ✓ Una tableta
- ✓ Dos tabletas
- ✓ Tres tabletas
- ✓ Cuatro tabletas
- ✓ 5 a más tabletas
- ✓ Reacción adversa más frecuente que presentaron y reforzó la falta de adherencia

tratamiento.

- ✓ Aumento de peso
- ✓ Anorexia
- ✓ Nausea
- ✓ Vomito
- ✓ Diarrea
- ✓ Estreñimiento
- ✓ Disminución de la libido
- ✓ Amenorrea
- ✓ Sequedad de la boca
- ✓ Somnolencia



✓ Temblores

✓ Ninguna

**3. Conocer el grado de cumplimiento al tratamiento en base a la escala de Morisky Green.**

1 - ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad? SI/NO

2- Algunas personas se les pasa tomar su medicina por otras razones y no por un simple olvido si recuerda las últimas dos semanas ¿Hubo algún día en que se olvidó tomar su medicina? SI/NO

3- ¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente ha dejado de tomar la medicina sin decírselo a su médico porque sentía peor al tomarlo? SI/NO

4- ¿Cuándo viaja o está fuera del hogar ¿se le olvida llevar la medicina para su enfermedad alguna vez? SI/NO

5- ¿Tomo la medicina para su enfermedad mental ayer? SI/NO

6- Cuando siente que su enfermedad mental está bajo control ¿deja a veces de tomar su medicina? SI/NO.

**4. Correlacionar los resultados obtenidos con la escala de Morisky Green con las variables clínicas presentadas por los pacientes.**

### 8.9 Matriz de operacionalización de variables (MOVI):

Objetivos específicos	Variables conceptuales	Subvariables o dimensiones	Variables operativas o indicadores	Recolección de datos	Tipo de variable estadística	Descripción de las variables
1.Describir las características sociodemográficas que influyen en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes en estudio.	1.1Características sociodemográficas: conjunto de características biológicas, socioculturales que están presente en la población sujeta a estudio. Que pueden ser medibles y que pueden alterar el desarrollo biológico, psicológico social normal de un sujeto.	1. 1. Edad	1.1 Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha que se está estudiando al paciente.	Encuesta	Cuantitativa continua	1.15-19 años 2.20-29 años 3.30-39 años 4.40-49 años 5.50-59años 6. 60-65 años.
		1.2. Sexo	1.2 conjunto de peculiaridades que caracterizan a los individuos en una especie dividiéndolos en masculino y femenino.	Encuesta	Cualitativa nominal	1.Femenino 2.Masculino
		1.3. Raza	1.3. Grupos en que se subdividen algunas especies sobre la base de rasgos fenotípicos, a partir de una serie de características que se transmiten de herencia genética.	Encuesta	Cualitativa nominal	1.Mestiza 2.Blanca 3.Negra 4.Misquito 5.Mayagna
		1.4Procedencia	1.4Caracterización del domicilio de	Encuesta	Cualitativa nominal	1.Urbano 2.Rural

			donde proviene el paciente al momento del estudio, en lo que respecta a su pertenencia al área rural o urbana			
		1.5Escolaridad	1.5 periodo de tiempo que asistieron a la escuela a estudiar y aprender es el tiempo de enseñanza que cursaron los pacientes en estudio.	Encuesta	Cualitativa nominal	1.Analfabeto 2. Primaria 3. Secundaria 4.Técnico medio 5.Técnico superior 6.Universitario .
		1.6Estado civil.	1.6 es la situación estable o permanente en la que se encuentra una persona física en relación con su circunstancia personales y con la legislación.	Encuesta	Cualitativa nominal	1.Soltero 2.Casado 3.Unión de hecho estable 4.Divorciado 5. Viudo.
		1.7Situación laboral.	1.7 Se entiende a todas aquellas situaciones o elementos vinculados de una	Encuesta	Cualitativa ordinal	1.Empleado 2Desempleado 3.Trabajo informal 4.Jubilado

			u otra forma con el trabajo.			
		1.8 Nivel socioeconómico	1.8 Forma de caracterizar estructuralmente las posibilidades o accesos económicos en una sociedad.	Encuesta	Cualitativa ordinal	1. Precario 2. Bajo 3. Medio 4. Alto
2. Identificar las variables clínicas y farmacológicas que se relacionan con la falta de adherencia al tratamiento psicofarmacológico en los pacientes en estudio.	2.1 Las variables clínicas son parámetros de la salud que se estudian en una muestra de la población para comprobar una patología concreta.	2.1.1 Edad de inicio de síntomas	2.1.1 Edad en años en que se inicia a presentar la sintomatología de la enfermedad	Entrevista clínica.	Cuantitativa ordinal	1. < de 15 años. 2. 15-19 años 3. 20-25 años 4. 26-30 años 5. 31-35 años 6. > 36 años.
		2.1.2 Número de ingresos hospitalario	2.1.2 Cantidad de veces que ingresa el paciente a sala de agudos o UCI.	Expediente clínico.	Cuantitativa ordinal	1. 0 ingreso 2. 1 ingreso 3. 2 ingresos 4. Más de 3 ingresos
		2.1.3 Estado de ánimo al momento del abandono del tratamiento	2.1.3 Estado de ánimo al momento del abandono del tratamiento.	Entrevista clínica.	Cualitativa nominal	1. Muy triste 2. Triste 3. Normal 4. Alegre 5. Muy alegre.
		2.1.4 Antecedente o consumo actual de	2.1.4 Historial o referencia actual de consumo de	Entrevista clínica.	Cualitativa nominal	1. Alcohol 2. Cannabis 3. Cocaína: 4. Crack

		sustancias psicotrópicas	sustancias psicoactivas.			5.Tolueno 6.Tabaco 7.Café 8.Opiáceo 9. Ninguno.
		2.1.5 Presencia de comorbilidad médica.	2.1.5 Historia o padecimiento actual de cualquier enfermedad medica ya debidamente diagnosticada	Expediente clínico.	Cualitativa nominal	1.Hipertensión arterial 2.Diabetes mellitus 3.Insuficiencia renal crónica 4.Asma 5.Dislipidemia 6.Ninguna
		2.1.6 Conciencia de enfermedad:	2.1.6 Entendimiento real, aceptación y nivel de conocimiento respecto al tipo de enfermedad y expectativas de vida que el paciente deduce a partir de la información que le proporciona el médico.	Entrevista clínica.	Cualitativa Nominal	1 muy buena 2-Buena 3-Regular 4-Pobre 5-Sin conciencia de enfermedad.
	2.2 Variables farmacológicas cualquier respuesta un	2.2.1 Una o más reacciones que reporte	2.2.1 Una o más reacciones que reporte el paciente y que	Encuesta	Cualitativa nominal	1.Aumento de peso 2.Anorexia 3.Nausea

	fármaco que es nociva, no intencionada y que se produce a dosis habituales para la profilaxis, diagnóstico, o tratamiento.	el paciente y que fueron motivo de abandono al tratamiento.	fueron motivo de abandono al tratamiento.			4.Vomito 5.Diarrea 6.Estreñimiento 7.Disminución de la lívido 8Amenorrea 9.Sequedad de la boca 10Somnolencia 11Temblores 12. Ninguna
		2.2.2Que tipo de tratamiento toma usted para su enfermedad	3.2.2Tipo de psicofármacos que consume para el trastorno afectivo bipolar.	Entrevista clínica.	Cualitativa nominal	1. Eutimizante 2.Eutimizante + antipsicótico 3.Eutimizante+ antidepresivo 4. Eutimizante + antidepresivo + antipsicótico 5. Eutimizante + antidepresivo antipsicótico+ benzodiacepina.
		2.2.3 Que cantidad de tabletas que toma al día	2.2.3 Cantidad número de tabletas que consume diario	Entrevista clínica	Cuantitativa ordinal	1.Una tableta 2.Dos tabletas 3.Tres tabletas 4.Cuatro tabletas

		para la bipolaridad.	para la Bipolaridad			5. 5 a más tabletas
3. Conocer el grado de cumplimiento al tratamiento en base a la escala de Morisky Green.	3.1 Señalamientos que refiere el paciente ha recibido por la población o familiares por el simple motivo de tener trastorno afectivo bipolar.	3.1 ¿Se olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	Si olvida tomar su tratamiento en algún momento.	Entrevista clínica.	Ordinal	1-SI:0 2.NO:1
		3.2 ¿Hubo algún día en que se le olvidó tomar la medicina para la bipolaridad?	Si hay días que obvia tomar su tratamiento	Entrevista clínica.	Ordinal	1-SI: 0 2.NO:1
		3.3 ¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente ha dejado de tomar la medicación sin decírselo a su médico porque se	Si disminuye o deja de tomar su medicación por cuenta propia sin que su médico se lo indique.	Entrevista clínica.	Ordinal	1-SI: 0 2.NO:1

		sentía peor al tomárselo?				
		3.4 Cuando viaja o está fuera del hogar se le olvida llevar la medicina para la bipolaridad?	Si durante viajes o salida fuera de casa olvida tomar su medicación	Entrevista clínica.	Ordina	1-SI: 0 2.NO:1
		3.5¿Tomo la medicina para bipolaridad ayer?	Si tomo su tratamiento el día anterior.	Entrevista clínica.	Ordinal	1-SI:1 2. NO:0
		3.6¿Cuándo siente que su Bipolaridad está bajo control ¿deja a veces de tomar su medicina?	Cuando esta compensado de su enfermedad deja de tomar su tratamiento.	Entrevista clínica.	Ordinal	1-SI: 0 2.NO:1
		3.7¿Se siente alguna vez presionado por seguir el	Sentimiento de exigencia para la toma del tratamiento.	Entrevista clínica.	Ordinal	1-SI: 0 2.NO:1



		tratamiento médico para su bipolaridad?				
		3.8 ¿Con que frecuencia tiene dificultad para recordad tomar todas sus medicinas?	Frecuencia con que presenta olvidos para la toma de su tratamiento	Entrevista clínica.	Ordinal	1-Nunca/casi nunca:1 2.Rara vez:0.75 3.Algunas veces 0.5 4.Habitualmente:0.25 5. Siempre:0
		3.9Resultado de la escala de Morisky	Es una escala diseñada para medir la adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas múltiples.	Escala de Morisky.	Ordinal	1.Baja adherencia 1-5pts 2.Adherencia media 6-7pts. 3.Alta adherencia 8pts.
4.correlacionar las variables clínicas con los resultados obtenidos en la escala.	4.1 Poner en relación mutua o recíproca dos o más cosas.	4.1Establecer una correlación o correspondencia entre dos o más variables.	4.1 características clínicas con resultados de la escala de Morisky Green.	Encuesta.	Mixta	1.Variables clínicas vs resultados de la escala de Morisky Green.

## 9. Resultados.

La presente investigación consta con una base de datos que respalda los resultados obtenidos, en este punto se presentan los porcentajes de cada carácter a resaltarse en dicha investigación. Al clasificar las características sociodemográficas que influyen en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes en estudio de una muestra de 107 que refirieron haber presentado falta de adherencia al tratamiento farmacológico se obtuvo los siguientes resultados.

El rango de edad que más presentó falta de adherencia farmacológica fue: de 20-29 años con 38.3%. Figura número (1).

La mayor falta de adherencia al tratamiento la presentó fue el sexo femenino con un 58.9%. Figura número (2).

La raza mestiza fue la que presentó más falta de adherencia al tratamiento con un 53.3%, el 69.20, la mayoría procedían del área urbana y un 43.90% presentaron un nivel cultural de primaria figura número (3).

Los pacientes solteros fueron los que más falta de adherencia al tratamiento presentaron con 44.9%, el 67.30 % de los pacientes presentó un nivel socioeconómico bajo con un 49.50% de desempleo. Figura número (4).

Al determinar las variables clínicas que se relacionan con la falta de adherencia al tratamiento psicofarmacológico se obtuvo el siguiente resultado: el rango de edad de inicio de síntomas fue el de 15-19 años con un 64.50 %, el 43% de los pacientes habían presentado al menos un ingreso al hospital, el 28% presentaron un estado de ánimo triste. Figura número 5. El 39.30% de los pacientes presentaban pobre conciencia de su enfermedad, el 56.1 %, no presentó

comorbilidades médicas y el antecedente de consumo de cannabis fue el antecedente para presentar falta de adherencia al tratamiento con 34.60% figura número (6).

Al identificar las variables psicofarmacológicas que se asociaron con la falta de adherencia al tratamiento en los pacientes en estudiados el 54.2 tomaba dos tipos de tratamiento eutimizante más antidepressivos. Figura número 7. El 47.7 % de los pacientes tomaba más de 4 tabletas diario. Figura número (8).

Dentro de las reacciones adversas referidas durante la encuesta que se relacionó con la falta de adherencia al tratamiento fue el aumento de peso con 20.60% figura número (9).

En nuestro estudio se estimó el grado de cumplimiento farmacológico a través de la aplicación de la escala de Morisky Green, refiriendo el 55.1% omitió por olvido tomar su tratamiento, el 63.3% refirió haber olvidado alguna vez haber tomado el tratamiento, el 86 % reporto en la entrevista haber olvidado en algún momento tomar su tratamiento, el 83.2 % refirió haber disminuido por cuenta propia la dosis recomendada por su médico por que se sentía peor al tomárselo sin informárselo a este, cuando viajan fuera del hogar el 88.8% olvida llevar su tratamiento, el 77.6% refirió haber tomado un día antes de la consulta su tratamiento, cuando se sienten estable el 75.7% deja de tomar su tratamiento, el 71% de los pacientes reporto no sentirse presionado de tomar el tratamiento para su enfermedad, habitualmente el 29.9% de los pacientes tiene problemas para recordar tomar todas sus medicinas figura número (10).

Al sintetizar los resultados obtenidos a través de la aplicación de esta escala Morisky Green encontró que el 91.6 % presentaba baja adherencia farmacológica, un 5.6% mediana adherencia al tratamiento y solo 2.8% de los pacientes presentaban alta adherencia al tratamiento. Figura número (11).

La correlación entre inicio de síntomas y resultado de la escala de Morisky fue significativa ya que tiene un coeficiente de correlación 0.518 que es mayor a 0.50 del Rho de Spearman. Cuadro número (1).

La correlación entre números de ingresos hospitalarios y el resultado de la escala de Morisky fue significativa ya que tiene un coeficiente de correlación 0.783 que es mayor a 0.50 del Tau\_b de Kendall. Cuadro número (2).

La correlación entre antecedente de consumo de psicotrópico y el resultado de la escala de Morisky fue significativa ya que tiene un coeficiente de correlación 0.874 que es mayor a 0.50 del Rho de Spearman. Cuadro número (3).

La correlación entre las comorbilidades de los pacientes y el resultado de la escala de Morisky no fue significativa ya que tiene un coeficiente de correlación 0.385 que es menor al 0.50 del Rho de Spearman. Cuadro número (4).

La correlación entre las comorbilidades de los pacientes y el resultado de la escala de Morisky no fue significativa ya que tiene un coeficiente de correlación 0.385 que es menor al 0.50 del Rho de Spearman. Cuadro número (5).

La correlación entre nivel de conciencia de enfermedad que presentaban los pacientes al dejar de tomar su tratamiento y el resultado de la escala de Morisky fue significativa ya que tiene un coeficiente de correlación 0.620 que es mayor a 0.50 del Rho de Spearman. Cuadro número

## **10. Discusión de resultados.**

### **10.1. Principales hallazgos a partir del estudio:**

A partir del hallazgo encontrado aceptamos la hipótesis alternativa general que establece que existe correlación asintótica con un nivel de significancia mayor a 0.5 y rechazamos la hipótesis nula.

La falta de adherencia al tratamiento es uno de los principales retos para el control de los síntomas y la prevención de la recurrencia en el Trastorno afectivo bipolar. A pesar de la magnitud de las pérdidas funcionales y la discapacidad a nivel mundial entre las personas con trastorno afectivo bipolar, este fenómeno es continuo y frecuente, asociado a graves consecuencias clínicas que reduce la calidad de vida de los pacientes. La amplia variación en la tasa de incumplimiento puede explicarse por el uso de diferentes modalidades de evaluación, las cuales, si bien se están mejorando, aún no logran producir resultados precisos (Cuevas,2016).

En el estudio actual, se analizaron variables sociodemográficas, clínicas, psicofarmacológicas que se hallan relacionado con la falta de adherencia al tratamiento, para medir el grado de cumplimiento se utilizó la escala de Morisky Green por razones de viabilidad y la impracticabilidad de aplicar medidas basadas en la adquisición o posesión de medicamentos debido a las dificultades para monitorear las recetas dispensadas. La medición directa de los niveles de fármacos no fue aplicable en el estudio actual ya que a los pacientes se les recetaron varios psicofármacos.

La literatura fundamenta que existen altas frecuencia de falta de adherencia al tratamiento reportando estudios con cifras estadísticas que van desde 20-66 %. (Sánchez, 2016).

El estudio fue realizado con una muestra de 107 pacientes obteniendo que el rango de edad con mayor falta de adherencia al tratamiento fue en el de 20-29 años con 38.3%, lo que se

corresponde con un estudio realizado en Egipto donde obtuvieron datos similares, encontrando que la edad de

18-28 años presento un 43.2% de falta de adherencia (Tarek, 2019). Otras razones que justifica los resultados obtenidos son las características propias de la población de Managua que en su mayoría presentan edades entre los 15-45 años en un 64.82% (Serrano, 2005). Por el contrario, Elnour (2013) en un estudio informó un mejor cumplimiento en los pacientes jóvenes en edades de 21-30 años con un 25% lo que se contradice con los resultados obtenidos.

El sexo femenino presento un 59.8% de falta de adherencia lo que podría guardar relación con las características propia de la población de Managua, Navarro (2016) en un estudio realizado en Gran Canarias España obtuvo un 63% de falta de adherencia en el sexo femenino. En cambio, hay otros estudios que se contradicen ya que han encontrado mayor falta de adherencia en pacientes del sexo masculino y con edad joven con 40%. (Elnour, 2013).

La raza mestiza prevaleció con una falta de adherencia 53.3%, la procedencia urbana con 69.2 % datos que considero no son relevantes por que guardan relación con las características propia de la sociodemográfica de la población estudiada. Un estudio realizado en Colombia obtuvo datos semejantes de una muestra de 124 pacientes encontrando que 73.4% eran de la zona urbana. (Muñoz, 2017).

Muñoz (2017) encontró que el 50% de sus pacientes que presentaban faltan de adherencia al tratamiento solo habían cursado un grado igual o menor al quinto grado de primaria, en este estudio se obtuvieron datos similares encontrando que el 43.9% de los pacientes presentaban un nivel cultural de primaria.

El estado civil, el nivel socioeconómico y la situación laboral obtuvo que el 44.9% de los pacientes eran soltero, el 67.3% presentan un nivel socioeconómico bajo y un alto índice de

desempleo 49.50%, resultados que se corresponden a los que obtuvo Navarro (2016) en un estudio realizado en el servicio de psiquiatría de un hospital de Gran Canaria España donde el

61.8% de sus pacientes eran solteros, el 64.5% estaban desempleados e incapacitados laboralmente y el 47.4% presentaban un nivel socioeconómico bajo. De igual forma Tarek (2019) en un estudio realizado en un hospital universitario de Egipto reporta que el 45.5% de su muestra eran pacientes solteros y el 59% de ellos estaban desempleados.

Las variables clínicas que influyeron en la falta de adherencia al tratamiento psicofarmacológico, fueron iniciar síntomas en edades entre los 15-19 años con 64.50% de los pacientes, el 43% había presentado al menos un ingreso al hospital psicosocial a las salas de agudos o en la unidad de intervención en crisis y un 28% presentó un estado de ánimo triste al momento de dejar su tratamiento, Navarro (2016) en un estudio realizado en España reportó que un 28% de falta de adherencia al tratamiento farmacológico se presentaba en pacientes que habían iniciado síntomas en la edad 23-38 años con un 28%, al menos el 82% de sus pacientes habían presentado un ingreso hospitalario y un 38% de los pacientes abandonó el tratamiento en un episodio depresivo lo que guarda relación con los datos encontrados en el estudio.

El 56.1% de los pacientes no presentaron comorbilidades médicas lo que se corresponde con las características propias de los pacientes estudiados por ser en su mayoría pacientes jóvenes.

El 39.3% de los pacientes presentó pobre conciencia de enfermedad. Navarro (2016) en estudio realizado en España reportó que el 82% de los pacientes presentaban pobre conciencia de enfermedad datos que se corresponden con los obtenidos en este estudio.

El presentar antecedente de consumir o estar consumiendo algún tipo de sustancia psicoactiva fue altamente significativo en este estudio obteniendo que la mayoría de los pacientes habían dejado de tomar su tratamiento secundario al consumo de sustancia, el haber estado

consumido cannabis represento un 34.5% de desapego al tratamiento, seguido del consumo de alcohol con un 29%, Sajatovic (2011) en un estudio realizado en Cleveland -EEUU en el 2011 reporto que el 65% de su paciente abandono el tratamiento por causa del consumo de sustancia datos que se corresponden a los obtenidos en el estudio.

Se obtuvo que el 54.2 % de los pacientes que dejo de tomar su tratamiento se le había prescrito eutimizantes más antidepresivos, un 29.9% tomaba eutimizantes más antidepresivo más antipsicótico. Henk (2008) en un estudio realizado en EEUU con una muestra de 7406 pacientes, que tomaban un eutimizante más un antidepresivo, reportaron que el 33% de su paciente presento abandono del tratamiento. Navarro (2016) en un estudio realizado en España reporto una tasa 61% de incumplimiento al tratamiento en pacientes que tomaban dos o más grupos farmacológicos datos que se corresponden a los de obtenidos en este estudio.

La polimedicación fue un dato relevante en la falta de adherencia farmacológica se obteniéndose que el 47% de los pacientes tomaba al menos 4 tabletas diarias, seguido de un 30% que tomaban 5 o más tabletas. Henk (2008) en un estudio realizado en Estado Unidos, presento datos similares con resultado de falta de adherencia en pacientes que presentaban polifarmacia con 43.3%.

Al estudiar las reacciones adversas que más incidieron en la falta de adherencia al tratamiento se obtuvo que el aumento de peso prevaleció con un 20.6% seguido de la disminución de la libido con 14%. Mago (2014) en un artículo de una revista de Harvd College obtuvo que el aumento de peso, el deterioro cognitivo, los temblores y la sedación son los efectos adversos que con mayor probabilidad conducen a los pacientes a la falta de incumplimiento al tratamiento, afirmando que en 20% al 40%.



Para realizar la medición del grado de adherencia al tratamiento farmacológico en nuestros estudios utilizamos la Escala de adherencia al tratamiento de 8 ítems de Morisky Green (MMAS). Las opciones de respuesta son 'sí' o 'no' para los elementos 1 a 7 y una respuesta tipo Likert de cinco puntos para el último elemento. Las puntuaciones van de 0 a 8, donde las puntuaciones más altas indican una mayor adherencia. Las puntuaciones se clasificaron como adherencia alta puntajes de 8, media 6-7 puntos y baja 1-5 respectivamente.

En el estudio se obtuvo que el 91% de los pacientes presentó baja adherencia, un 5.6% media y alta adherencia solo 2.8% de la muestra. Tarek (2019) en un estudio realizado en un hospital universitario de Egipto al aplicar la escala de Morisky obtuvo que: un 58% de su paciente presentó baja adherencia, un 23% adherencia media y solamente el 19 % presentó buena adherencia. De igual forma Sánchez (2016) reportó que el 20-60 % de los pacientes presentan falta de adherencia al tratamiento, pero que esto puede estar sesgado por los instrumentos o métodos que se utilicen.

Al realizar la encuesta con el cuestionario de la escala de Morisky Green se reportó que la principal causa de falta de adherencia al tratamiento fue haber olvidado llevar el tratamiento cuando salen de viaje respondiendo Si un 88%, seguido del olvido de tomar su tratamiento en un

86%. Sajatovic (2011) en un estudio realizado en Ohio-EEUU en el departamento de Psiquiatría encontraron que olvidarse de tomar los medicamentos fue la principal razón de incumplimiento (55 %), seguida de los efectos secundarios (20 %) datos que se asemejan a los obtenidos en este estudio.

Los resultados obtenidos de la correlación entre variables clínicas y resultados de la escala reporta que iniciar síntomas en edades tempranas presenta, un coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0.51, los cuales es significativo en la falta de adherencia al tratamiento, el

número de ingresos Hospitalarios contra los resultados de la escala reporto coeficiente de correlación con Tau\_b de Kendall alto con 0.78, lo que indica que es significativo, en cambio los estado de ánimo versus los resultados no presentaron correlación, la variable antecedente de consumo de psicotrópico tuvo una correlación alta con respecto a los resultados de la escala con un coeficiente de correlación Rho de Spearman 0.87, las comorbilidades medicas no presentaron correlación probablemente por tratarse en la mayoría de población joven, en cambio entre menor sea el nivel de conciencia de enfermedad de los paciente mayor serán las probabilidades de presentar falta de adherencia al tratamiento, se encontró un coeficiente de correlación Rho de Spearman 0.620 lo cual es bien significativo. Contrario a nuestros resultados Murra (2012) en un estudio realizado en España de tasa de correlatos con variables clínicas encontraron que las variables clínicas no se habían asociado con la falta de adherencia al tratamiento. Roy (2014) en un estudio realizado en un programa de investigación y clínica bipolar del departamento de Psiquiatría, Hospital General de Massachusetts y Escuela de Medicina de Harvard, Boston reporto que de una muestra de 3640 pacientes el 24% presentaron incumplimiento al tratamiento, las características clínicas significativamente se asociaron ( $P < 0,05$ ) con la mala adherencia incluyendo ciclados rápidos , intentos de suicidio, aparición en edades temprana la enfermedad y presentar un estado de ánimo depresivo o consumo de alcohol, datos que son similares a los obtenidos en nuestro estudio.

## **10.2 Limitaciones del estudio:**

Este estudio se presentaron las siguientes limitaciones: unas de las más importantes fue que durante su desarrollo se estaba cursando un periodo de pandemia de Covid 19, lo que incidió en que muchos pacientes secundarios al temor de contagiarse de la enfermedad no acudían a retirar su tratamiento.

La falta de estudios relacionados con nuestro tema, tanto en el país, así como en la unidad hospitalaria no nos permitió realizar comparaciones.

## 11. Conclusiones

1. Las principales características sociodemográficas que influyeron en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes que fueron atendidos en la consulta externa del hospital psicosocial José Dolores Fletes Valle en el periodo enero-diciembre 2020 fueron: las edades de 20-29 años, la raza mestiza, la procedencia urbana, el bajo nivel cultural, el estar soltero, desempleado y tener un nivel socio económico bajo. El sexo masculino no influyó en la falta de adherencia.

2. Al analizar las variables clínicas en los pacientes estudiados concluimos que presentar uno o más ingresos al hospital, tener un estado de ánimo triste, haber consumido psicotrópico cannabis o alcohol, así como presentar baja conciencia de enfermedad, aumentó la falta de adherencia al tratamiento, la fase maníaca no influyó en la falta de adherencia.

3. El tomar cuatro tabletas o más y el aumento de peso son variables que favorecen la falta de adherencia al tratamiento psicofarmacológico.

4. Al estimar el grado de cumplimiento al tratamiento psicofarmacológico a través de la escala de Morisky Green se concluyó que la baja adherencia, es la principal causa de falta de adherencia al tratamiento psicofarmacológico.

5. Al correlacionar las variables clínicas con los resultados obtenidos en la escala de Morisky Green se concluye que el iniciar síntomas tempranos, tener una baja conciencia de enfermedad y presentar antecedente de un ingreso hospitalario o el haber consumido cannabis fue significativamente alto con Rho de Spearman mayor 0.50.

## 12- Recomendaciones

Divulgar los resultados, con el objetivo de concientizar al personal de salud, familiares, pacientes y la comunidad sobre el tema y lo más importante tratar de fomentar desde la comunidad la psicoeducación sobre la importancia de una buena adherencia farmacológica y las repercusiones que trae consigo la falta de adherencia al tratamiento para el paciente, el familiar, la institución y la comunidad.

Se debe realizar un análisis a nivel de cada equipo de trabajo de salud mental sobre el desarrollo de estrategias para disminuir el número de ingresos hospitalario, prevenir el consumo de sustancias psicoactivas primordialmente cannabis y alcohol con el fin de disminuir la adicción las conductas adictivas y mejorar el nivel de conciencia de enfermedad de cada paciente que es atendido por consulta externa.

Durante la evaluación de los pacientes que son atendidos por la consulta externa se debe hacer énfasis en conocer el nivel de adherencia farmacológica, indagar sobre posibles efectos adversos que este presentando el usuario, crear algoritmo guías que nos permitan conocer y reforzar el uso racional de insumo médicos, tratando al indicarles las dosis de tratamiento necesaria y manejo particularizando cada caso.

En los pacientes que sean identificados clínicamente como bajos adherentes al tratamiento recomendando utilizar la escala de Morisky Green para cuantificar de manera objetiva y más precisa la falta de adherencia al tratamiento.

Supervisar y controlar la cantidad de medicamento que se dé a pacientes con enfermedades mentales que acudan solos a la unidad de salud. Y realizar intervenciones psicoeducativas con el equipo de salud mental a los familiares, paciente y comunitaria en vista de disminuir la falta de adherencia farmacológica.

### 13. Bibliografía

1. Bates, J. A. (febrero 2010). Correlaciones de la adherencia a la medicación entre pacientes con trastorno bipolar: resultados del estudio de evaluación bipolar de satisfacción y tolerabilidad (BEST): una encuesta transversal a nivel nacional.
2. Burbano, A. L. (2019). Adherencia farmacológica en relación con la funcionalidad familiar en el tratamiento ambulatorio de pacientes con esquizofrenia, depresión y Trastorno Bipolar. revista ciencias Biomédicas, volumen 8-página número 2. Obtenido de View repositorio.unicartagena.edu.co.
3. Chakrabarti. (2016). Treatment-adherence in bipolar disorder: a patient-centred enfoque. World J Psychiatry.
4. CIE-10. (2005). clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. CIE-10., 89.
5. Clements,D. (2017). Stigma related to bipolar disorder in the perception of psychiatrists from Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brasil. Cad saude publica .
6. CUEVAS. (2016). Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. Revista Iberoamérica de psicología y la salud., 25-30.
7. Elnour. (2013). Un estudio de las razones del incumplimiento del tratamiento psiquiátrico y las actitudes de los pacientes hacia la enfermedad y el tratamiento en Qatar. problemas en la enfermería de salud mental, 273-280.
8. Flores, S. M. (2012) Estigma y apego al tratamiento psiquiátrico en los trastornos mentales severos y persistentes. Revista latino americana de psiquiatría.

9. GALINDO, L. P. (2016). FACTORES QUE INCIDEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE PACIENTES BIPOLARES. GUATEMALA.
10. Gallego. (2015). Adherencia al tratamiento y complicaciones con enfermedades psiquiátricas.
11. Henk, H. (2008). Medicamentos psicotrópicos para pacientes con trastorno bipolar en los Estados Unidos: politerapia y adherencia. Estados Unidos: Servicios de psiquiatría VOL.59. n° 10.
12. Hernandez Sampieri, R. f. (2010). metodología de la investigación científica. chile.
13. Howland M Levin J, B. (2016). Mixed-methods analysis of internalized stigma correlates in poorly adherent individuals with bipolar disorder. Comprehensive Psiquiatria.
14. Inocenti, A. D. (2016). Affective bipolar disorder and ambivalence in relation to the drug treatment: analyzing the causal conditions. Revista Esc Enferm USP .
15. Javad, I. (2018.). Incumplimiento de la medicación en el trastorno bipolar: una revisión narrativa. biblioteca nacional de EEUU.Instituto Nacional de la salud.
16. Kamaradova, M. (2016). Self-stigma, treatment adherence, and medication discontinuation in patients with bipolar disorders in remission– a cross sectional study. ACT NERV SUPER REDIVIVA .
17. Mago, R. (2014). Papel de los efectos adversos en la falta de adherencia a la medicación en el trastorno bipolar. Psiquiatria de Harv., 363-366.
18. Manterola C, O. T. (2014). estudio observacional Los diseños utilizados con mayor frecuencia de investigacion clinica . morphol .

19. Mena, M. F. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones.

Salud Menta. El estigma en la salud mental.

20. Mendez, M. (2015). Self-efficacy and adherence to treatment: the mediating effects of social support. JURNAL of BEHAVIOR HEALTH Y SOCIAL ISSUES.

21. Miasso, A. I. (agosto 2009). EL TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR: ADHESIÓN AL MEDICAMENTO Y SATISFACCIÓN. Rev Latino-am Enfermagem, 17(4).

22. Munch Galindo, L. A. (2015). metodo y tecnicas de investigacion . Mexico : triash.

23. Muñoz. (23 de Nov de 2017). Factores determinantes en el abandono terapéutico en pacientes con trastornos mentales : el papel de la indiferencia aprendida. Tesis de la Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología. Madrid., España: Universidad Complutenses Madrid.

24. Murru A, P. I. (2012). Tasas y correlatos clínicos de la no adherencia al tratamiento en pacientes bipolares esquizoafectivos. Acta Psiquiatria Escandinavica, 78-80.

25. Navarro, M. L. (2016). Datos sociodemográficos, clínicos, autoeficacia y actitudes hacia la medicación en relación con la adherencia al tratamiento en depresión. universidad de la Laguna Tenerife España.

26. Navarro, S. (2016). Variables asociadas a la no adherencia. Actas Esp Psiquiatr, 44(5):157.

27. Navinchandra, K. S. (2016). ). A study of experiences of stigma and discrimination in patients with schizophrenia and bipolar mood disorder. Indian J Soc Psychiatry.



28. Nehir. (2017.). Internalized stigmatization and social functioning in psychiatric patients. J TURGUT OZAL MED CENT.
29. Pardo, E. ., (2011). Prevalencia y factores asociados a la no adherencia en el tratamiento farmacológico de mantenimiento en adultos con trastorno afectivo bipolar. Univerisad del Rosario Bogota Colombia .
30. Perla Ortiz. (2013). Manejo Farmacológico Del Trastorno Bipolar Afectivo en Mujeres de 45 a 65 Años. UNAN- MANAGUA, 99.
31. Pineda, F. (2016). metodología de la investigación. Washinton.
32. Rodríguez. (2019). Estigma internalizado como factor asociado a no adherencia al trtamiento en paciente de la consulta psiquiátrica. Lima -Perú.
33. Roe, D. G. (2009). Why and how people decide to stop taking prescribed psychiatric medication: exploring the subjective process of choice. Psychiatric Rehabilitation JOURNAL.
34. ROJAS. (2019). Reacciones adversas medicamentosas, asociadas al uso de carbamazepina tableta de 200 mg en pacientes de 15-60 años, ingresados en el pabellón 3 y 4 del hospital psicosocial José Dolores Fletes Valles, enero -agosto 2019. unan managua.
35. ROY. (2014). Características clínicas asociadas con la adherencia farmacológica deficiente en el trastorno bipolar: resultados del estudio STEP-BD. Pud Med.gov, 296-303.
36. Sajatovic, M. (2011). Experiencia de enfermedad y razones de la falta de adherencia entre individuos con trastorno bipolar que tienen poca adherencia a la medicación. ELSEVIER, 280-287.
37. Salud, O. M. (2016). tratorno afectivo bipolar. WHO, 14.

38. Sánchez. (2016). Adherencia al tratamiento en el trastorno bipolar. PARANINFO DIGITAL.
39. Sanidad. (2012). Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Guía de Práctica Clínica sobre. 59-65.
40. Sanz, D. (2015). Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. REVISTA IBEROAMERICANA.
41. Serrano, A. R. (28 de mayo de 2005). [www.inde.gob.ni](http://www.inde.gob.ni).
42. Silva, G. M. (2017). Adherencia al tratamiento farmacológico y relación con el control metabólico en pacientes con DM2. revista de chile salud pública.
43. Souza, C. G. (2013). Trastorno bipolar y medicamentos: adhesión, conocimiento de los pacientes y monitorización sérica del carbonato de litio. revista latino americana Enfermagem.
44. Tarek. (2019). Predictores psicodemográficos y clínicos de la adherencia al tratamiento en pacientes con trastorno bipolar tipo I en un hospital universitario de Egipto. AOSIS.
45. Trujillo. (2012). Manejo de trastornos bipolares en adultos en el Hospital Psicosocial Managua. UNAN MANAGUA.

# **14. ANEXOS.**



Recinto Universitario Rubén Darío

Facultad de ciencias médicas.

UNAN managua

### **Consentimiento informado**

Datos del estudio

A continuación, le presentamos la siguiente información cuyo propósito es ayudarlo a tomar la decisión de participar o no en esta investigación.

Investigador responsable: Dr.: Cesar Hernández Blandón.

Según lo dispuesto en la Ley no. 423, ley general de la salud en el artículo 8, numerales 4,8 y 9, el decreto no. 001-2003 y el reglamento de la ley general, en el artículo 7, numeral 8,11 y 12, en el artículo 9 numeral 1: Es un derecho de los y las pacientes a ser informado/a de manera completa y continua, en términos razonables de comprensión.

Le estamos invitando a participar en la investigación titulada Factores relacionados con la falta de Adherencia al Tratamiento farmacológico en Pacientes con Diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar Atendido en Consulta Externa, Hospital Psicosocial Dr. José Dolores Fletes Valle, enero 2020–diciembre 2021.

Riesgo del estudio

Este estudio no representa ningún riesgo para usted, su participación sólo es necesaria su autorización.

#### Requisitos de participación.

Al aceptar la participación deberá firmar el consentimiento informado con lo cual autoriza y acepta la participación en el estudio voluntariamente. Sin embargo, si usted no desea participar en el estudio por cualquier razón, puede retirarse con toda libertad sin que esto represente algún gasto, pago o consecuencia negativa por hacerlo.

#### Beneficios del estudio.

Con su participación, usted contribuye a identificar factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento y mejorar los conocimientos en el campo de la salud.

#### Consideraciones éticas

Yo estoy en conocimiento que he sido invitado(a) a participar en esta investigación, en calidad de paciente. Esta investigación no implica riesgos para para mi

Con respecto a algún problema que creo que puede estar relacionado mi participación en esta investigación, me comunicaré directamente con la investigadora principal, la cual procurará una solución sin costo.

En relación a esta investigación los beneficios que tendré es que conoceré el estado de salud de mi hijo para posterior acudir a una consulta médica.

No existen ningún tipo de costos asociados a la investigación

Toda información confidencial sobre datos personales, será mantenida en completa reserva. Su contenido específico no será divulgado y la información proporcionada será usada exclusivamente con fines de esta investigación.

Los datos serán custodiados por (Dr.: Cesar Hernández) Quien guardará la información durante un periodo menor 5 años dichos datos no serán compartidos ni entregados a nadie, excepto a (UNAN-Managua) Consiento voluntariamente la participación \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ deseo obtener información de los resultados del estudio.

He leído (o se me ha leído) la información del documento de consentimiento informado. He tenido tiempo para hacer preguntas y se me ha contestado claramente. No tengo ninguna duda sobre mi participación. Acepto voluntariamente la participación. Por lo que los derechos de participación en el estudio y la confidencialidad de la información.



### **Ficha de recolección de datos**

La presente ficha de recolección de datos es confidencial para un trabajo de investigación, cuyos resultados serán utilizados para: Determinar falta de adherencia farmacológica en pacientes con trastorno afectivo bipolar, atendidos en la consulta externa del hospital psicosocial José Dolores Fletes Valle en el periodo de enero 2020 - diciembre 2021.

El Objetivo es: Determinar los factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar atendido en consulta externa, Hospital Psicosocial Dr. José Dolores Fletes Valle, en el periodo enero 2020 - diciembre 2021.

Encuesta No.: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A continuación, le solicitamos que marque con una “X” la respuesta que usted

#### **Características sociodemográficas.**

1. Edad:

15 – 19 años

20--29 años

30 – 39 años

40 – 49 años.

50-59 años

60-65 años.

2. Sexo:

Hombre

Mujer:

3. Raza:

Blanca

Negra

Mestiza

Miskita

Mayagna.

4. Procedencia:

Urbano

Rural

5. Escolaridad:

Analfabeta

Primaria

Secundaria



Bachiller

Técnico medio

Técnico superior

Universitaria

6. Estado civil:

Soltero

Casado

Unión de hecho estable

Divorciado

Viudo

7 situación laboral:

Empleado

Desempleado

Trajo informal

Pensionado

Incapacitado por la enfermedad.

8. Nivel socioeconómico

Precario

Bajo

Medio

Alto

**Variables clínicas generales.**

1-Edad inicio enfermedad.

Menor de 15 años

20-25 años

26-20años

30-36 años

Mayor de 35años

2-Número de veces de ingreso al hospital psiquiátrico.

0 ingreso

1 ingreso

2 ingreso

3 ingresos a más.

3. ¿cuál era su estado de ánimo al momento de abandonar el tratamiento?

Muy triste

Triste

Normal

Alegre

Muy alegre.

4. ¿Tiene antecedente de haber consumido o estar consumiendo alguna sustancia psicotrópica al momento de dejar el tratamiento?

Ninguno

Cannabis

Cocaína

Crack

Alcohol

Tabaco

Café

Tolueno

Opiáceo

5. ¿cuál es el nivel de conciencia de enfermedad que presentaba el paciente al momento de dejar de tomar su tratamiento?

Sin conciencia de enfermedad

Pobre

Regular

Bueno

Muy bueno.

6. ¿presenta comorbilidades medicas asociada a la bipolaridad?

Ninguna

Dislipidemia

Asma

Insuficiencia renal crónica

Hipertensión arterial

Diabetes Mellitus

### **Variables farmacológicas.**

1. ¿Cuál fue las reacciones adversas más comunes referidas por el paciente?

Aumento de peso.

Anorexia

Náuseas

Vómitos.

Diarreas

Estreñimiento.

Disminución de la libido.

Sequedad de boca.

Somnolencia.

Temblores

Ninguna

2 ¿Qué tipo de fármaco estaba tomando al momento de dejar de tomar el tratamiento?

Eutimizante solo.

Eutimizante más antipsicótico.

Eutimizante más antidepresivo.

Eutimizante más antidepresivo más antipsicótico.

Eutimizante más antidepresivo más antipsicótico más Benzodiacepina.

3 - ¿cuál era el número de tableta que toma al día el paciente?

1 tableta

2 tabletas

3 tabletas

4 tabletas

5 tabletas o más.

Conocer el grado de cumplimiento al tratamiento en base a la escala de Morisky -Green.

(MMAS-8).

¿Se le olvida alguna vez tomar la medicina? Si ---- No----

Algunas personas se les pasa tomar sus medicinas por otras razones y no un simple olvido. Si recuerda las últimas dos semanas ¿hubo algún día en el que se le olvido tomar sus medicinas? Si----- No -----

¿alguna vez a reducido la dosis o directamente dejado de tomar las medicinas sin decírselo a su médico por que se sentía peor al tomarlas? Si----- No-----

Cuándo viaja o está fuera del hogar ¿se le olvida llevar la medicina para su enfermedad? Si----- No-----

¿Tomo la medicina para su enfermedad ayer? Si----- No-----

Cuando siente que su enfermedad está bajo control ¿deja a veces de tomar su medicación? Si-----No-----

Tomar medicamento cada día puede ser un problema para muchas personas ¿se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico? Si -----No---

¿Conque frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todas las medicinas?

a-Nunca/casi nunca -----1

b-Rara vez-----0.75

c-Algunas veces -----0.5

d-Habitualmente -----0.25

e-Siempre -----0

Resultado de la escala de Morisky Green.

Baja adherencia (1-5 puntos)

Adherencia media (6-7 puntos)

Alta adherencia (8 puntos).

Correlacionar los resultados obtenidos con la escala de Morisky Green con las variables clínicas presentadas por los pacientes.

1. Inicio de Síntomas.

2. Numero de ingresos al hospital.

3. Estado de ánimo al abandonar al tratamiento.

4. Antecedente de consumo de psicotrópico.

5. Comorbilidades médicas asociadas.

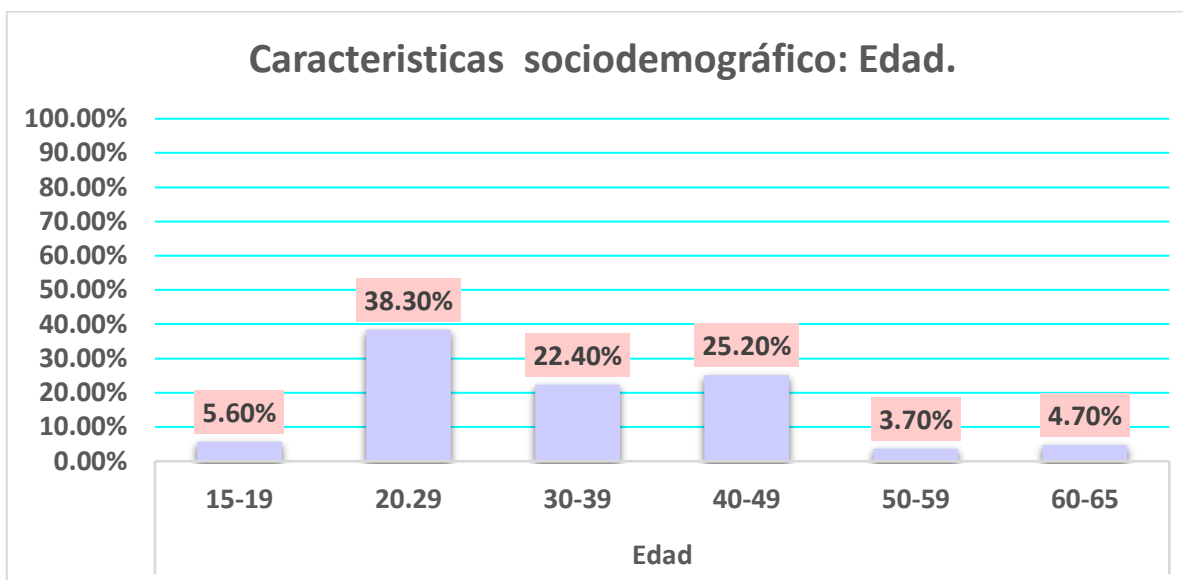
6. Nivel de conciencia de enfermedad.

7. contra resultado de la escala de Morisky Green.

Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky 8 ítems (MMAS-8)

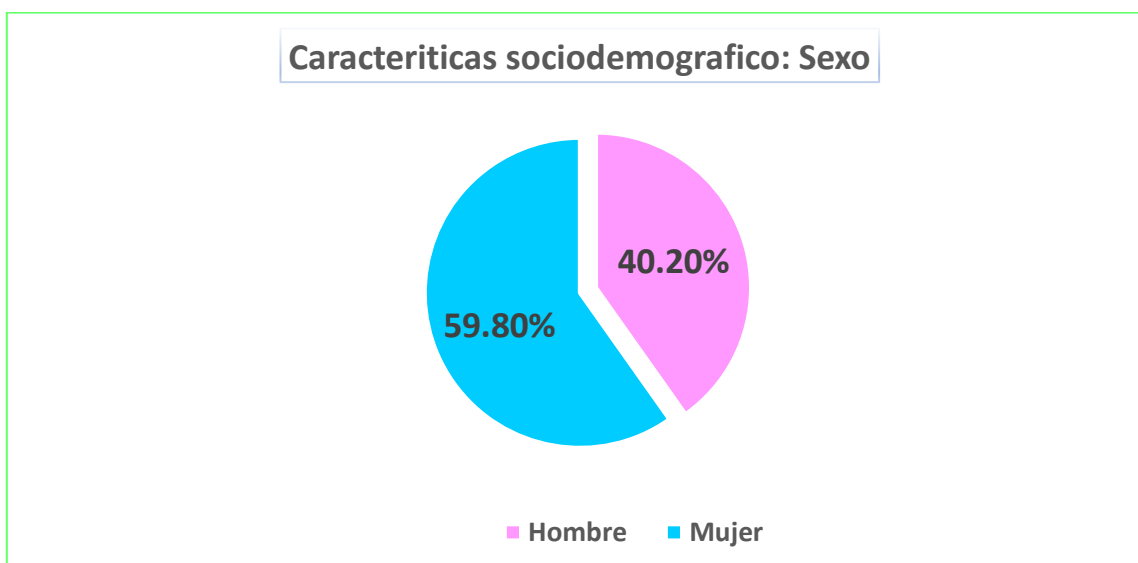
Preguntas	Opciones de respuesta	
1. ¿Se le olvida alguna vez tomar la medicina para su hipertensión arterial?	Sí=0	No=1
2. A algunas personas se les pasa tomarse sus medicinas por otras razones y no un simple olvido. Si recuerda las últimas dos semanas, ¿hubo algún día en el que se le olvidó tomar la medicina para su hipertensión arterial?	Sí=0	No=1
3. ¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicina sin decirselo a su médico porque se sentía peor al tomarla?	Sí=0	No=1
4. Cuando viaja o está fuera del hogar, ¿se le olvida llevar la medicina para su hipertensión arterial alguna vez?	Sí=0	No=1
*5. ¿Tomó la medicina para su hipertensión arterial ayer?	Sí=1	No=0
6. Cuando siente que su hipertensión arterial está bajo control, ¿deja a veces de tomar su medicina?	Sí=0	No=1
7. Tomar medicamentos cada día puede ser un problema para muchas personas. ¿Se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico para su hipertensión arterial?	Sí=0	No=1
	Nunca/Casi nunca	1
	Rara vez	0,75
	Algunas veces	0,5
	Habitualmente	0,25
	Siempre	0
8. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todas sus medicinas?		

Figura número 1 Describir las características sociodemográficas según edad, que influyen en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes en estudio.



Fuente: Figura número 1. Elaborado por autora de trabajo de curso

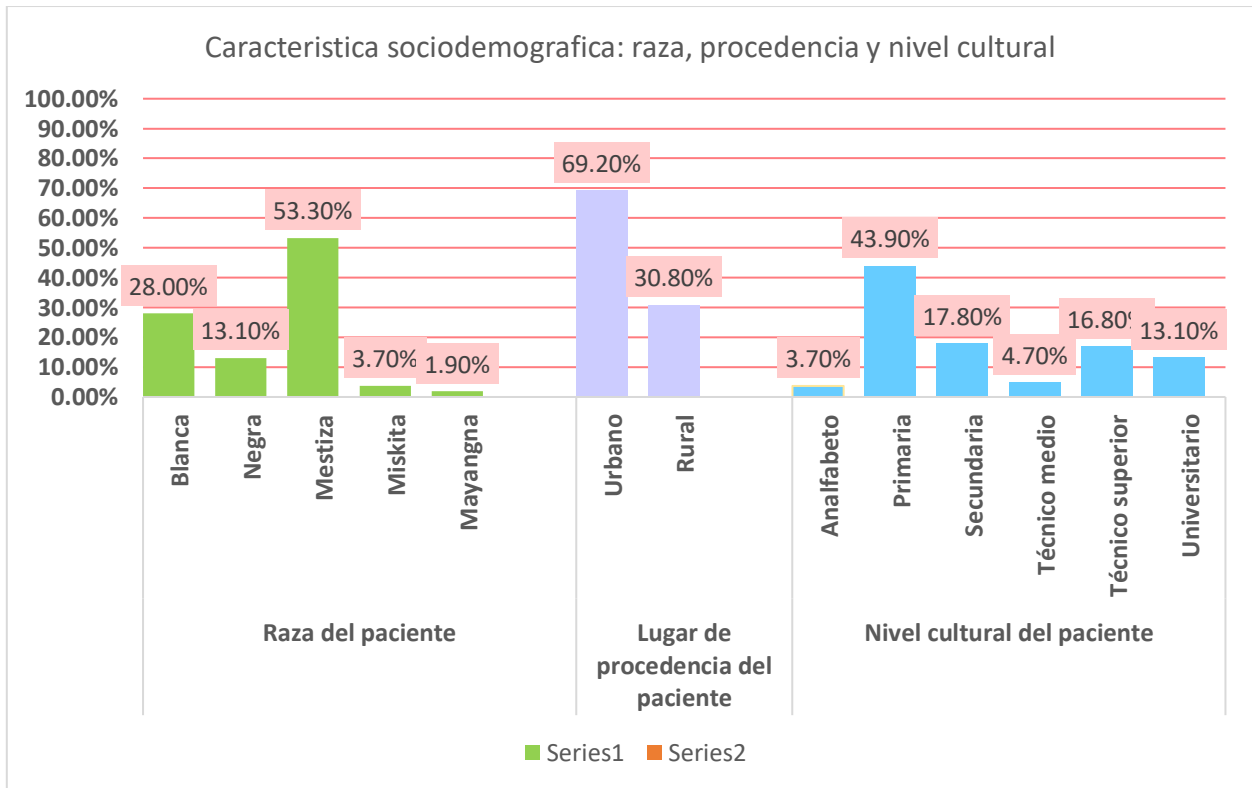
Figura número 2 Describir las características sociodemográficas según edad, que influyen en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes en estudio.



Fuente: Figura número 2. Elaborado por autora de trabajo de curso

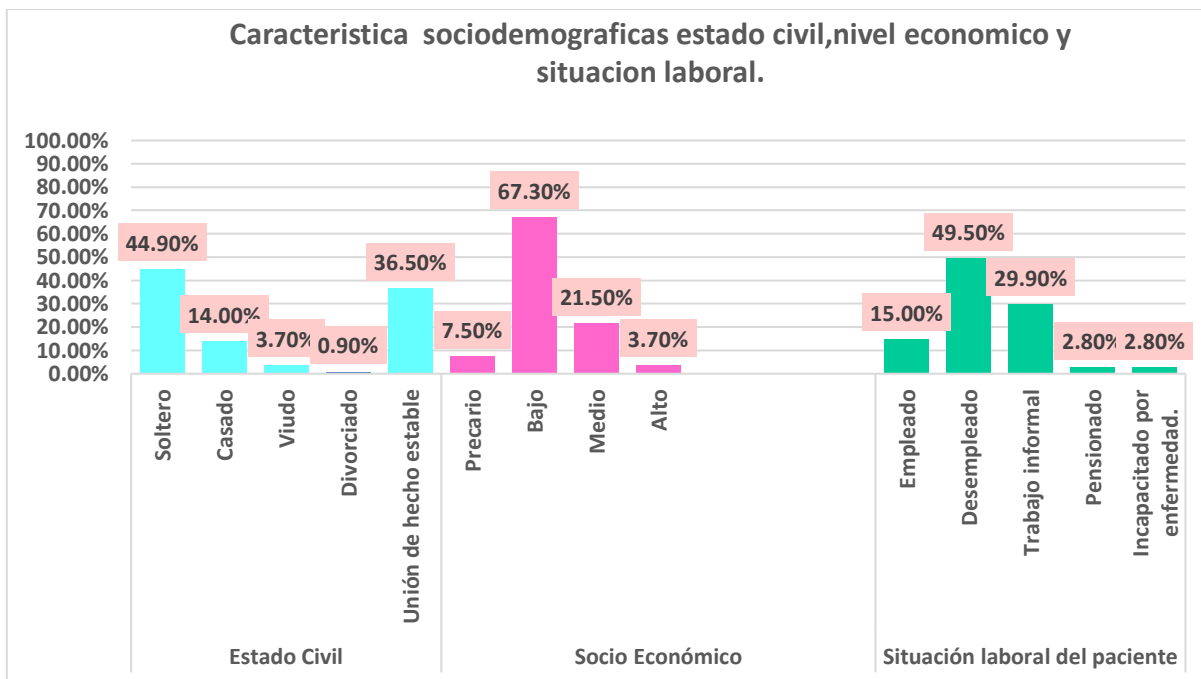


Figura número 3 Describir las características sociodemográficas: raza, procedencia y nivel cultural, que influyen en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes en estudio.



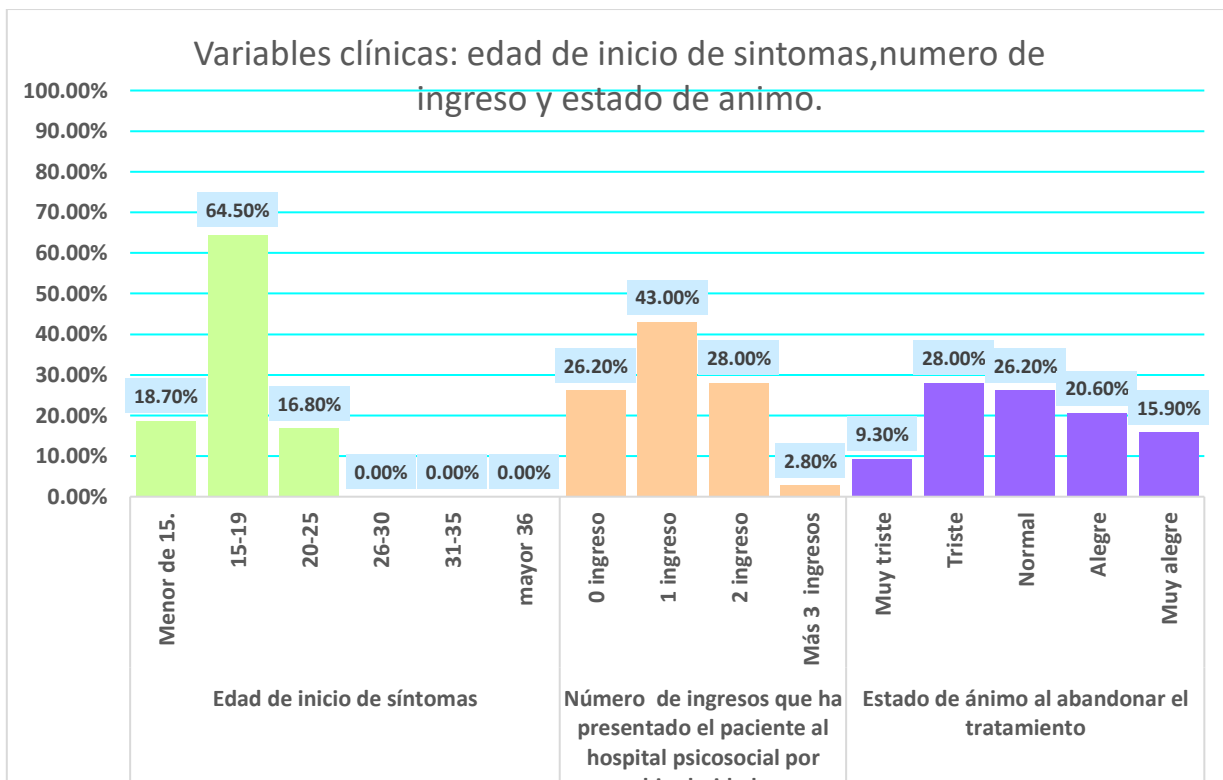
Fuente: Figura número 3. Elaborado por autora de trabajo de curso.

Figura número 4 Describir las características sociodemográficas según estado civil, nivel socioeconómico y situación laboral, que influyen en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes en estudio.



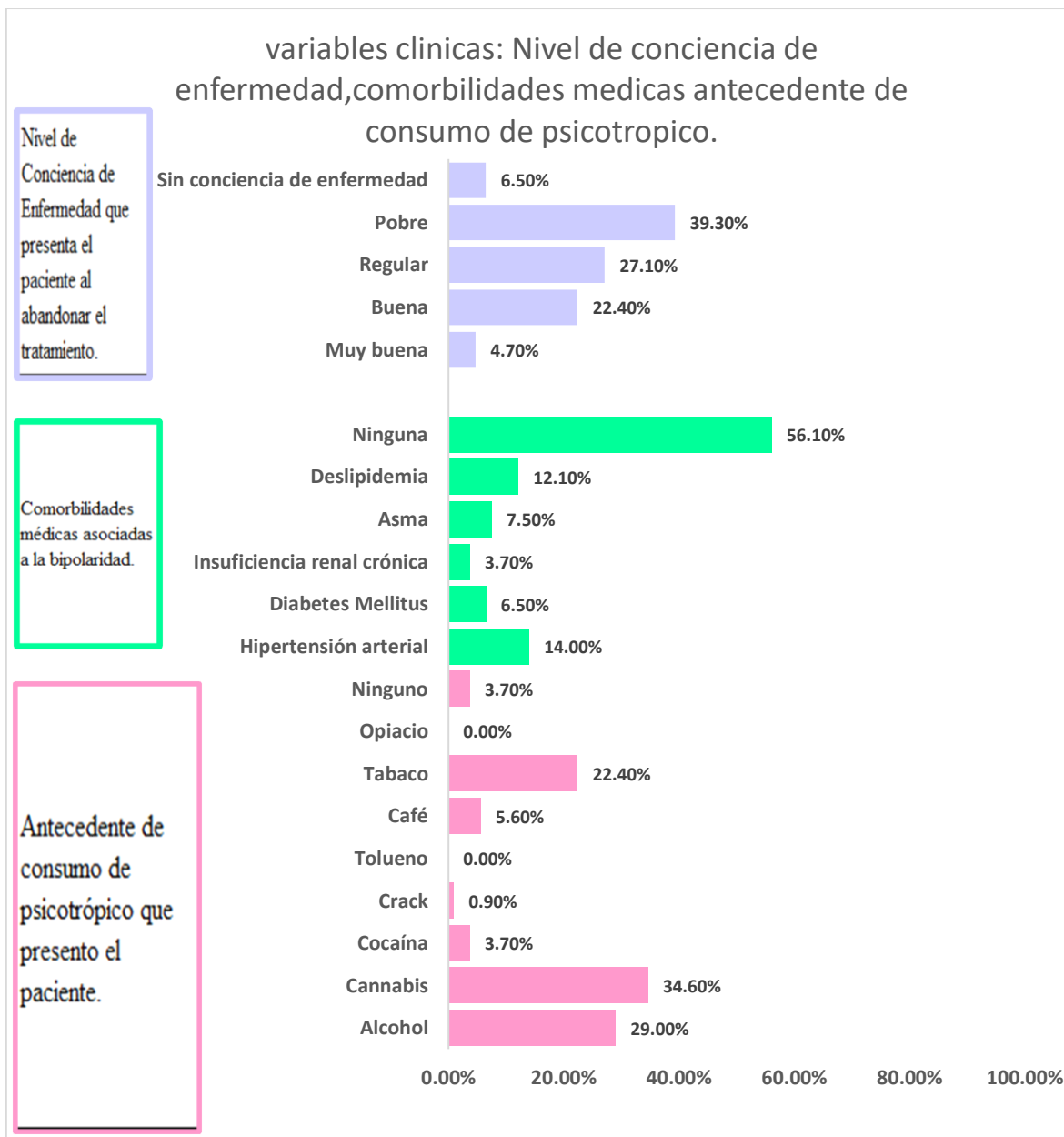
Fuente: Figura número 4. Elaborado por autora de trabajo de curso

Figura número 5 variables clínicas como edad de inicio de síntomas, número de ingresos, esto de ánimo al abandonar el tratamiento, que se relacionan con la falta de adherencia al tratamiento psicofarmacológico en los pacientes en estudio.



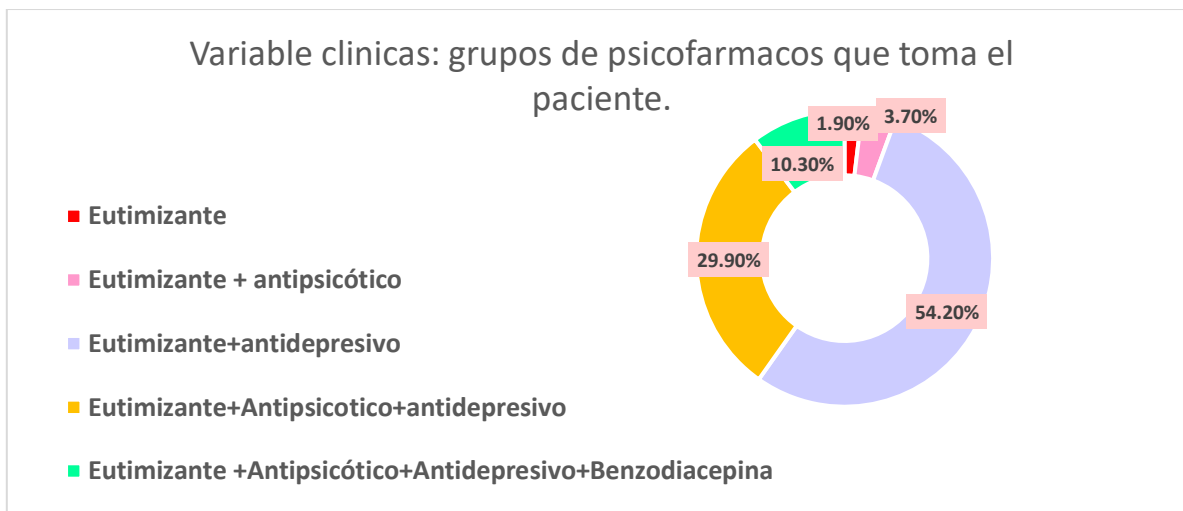
Fuente: Figura número 5. Elaborado por autora de trabajo de curso

Figura número 6 variables clínicas como nivel de conciencia de la enfermedad, comorbilidad médica y antecedentes de consumo de psicotrópicos, que se relacionan con la falta de adherencia al tratamiento psicofarmacológico en los pacientes en estudio.



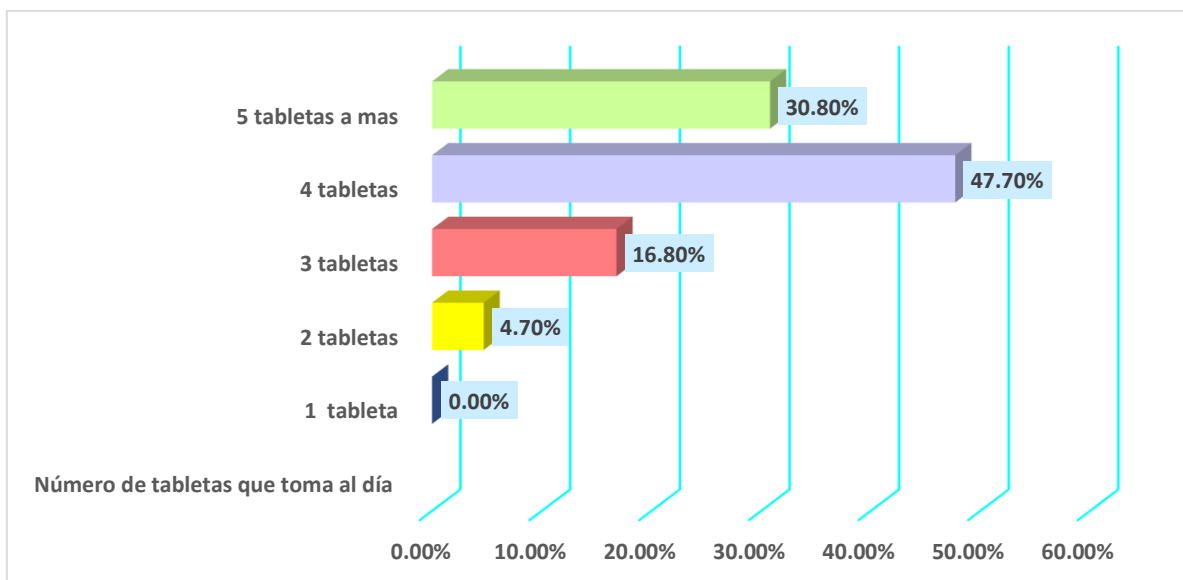
Fuente: Figura número 6. Elaborado por autora de trabajo de curso

Figura número 7 variables farmacológicas según tipo de psicofármaco que se administra el paciente y que se asociaron a la falta de adherencia al tratamiento en los pacientes en estudio.



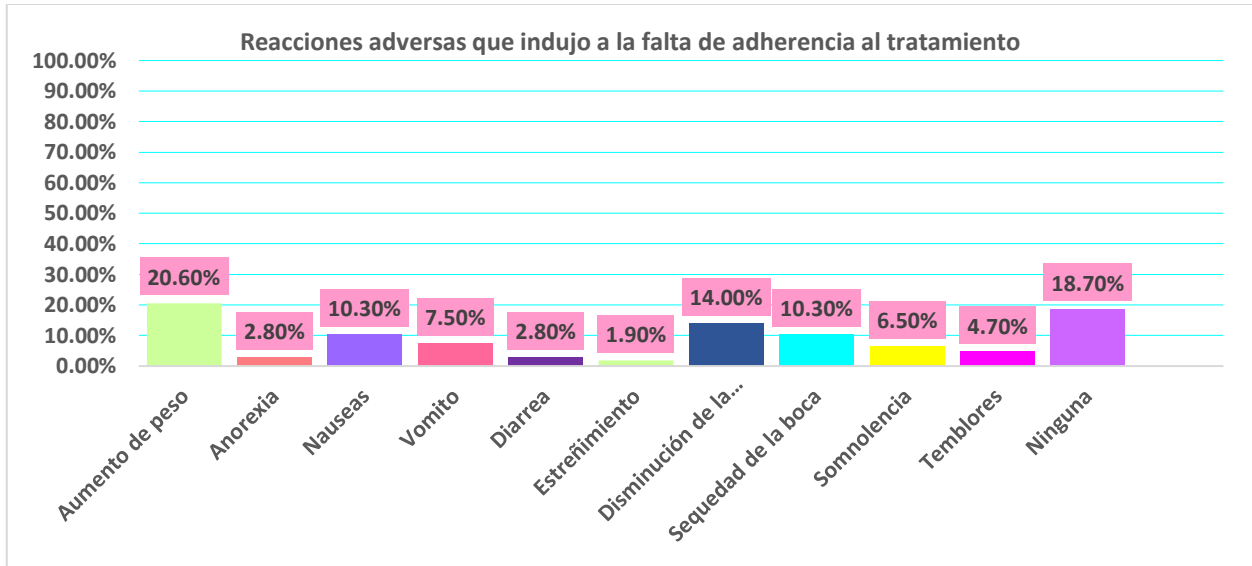
Fuente: Figura número 7. Elaborado por autora de trabajo de curso

Figura número 8 variables farmacológicas según número de tabletas que se administra el paciente y que se asociaron a la falta de adherencia al tratamiento en los pacientes en estudio.



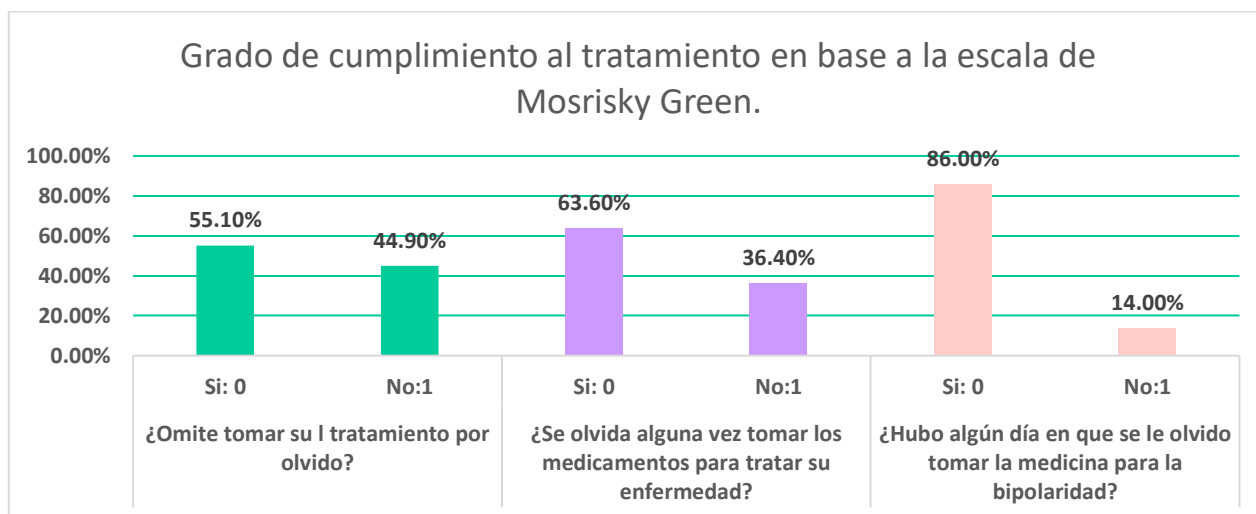
Fuente: Figura número 8. Elaborado por autora de trabajo de curso.

Figura número 9 variables farmacológicas que presentaron los pacientes y según reacciones adversas que presentaron los pacientes y que se asociaron a la falta de adherencia al tratamiento en los pacientes en estudio.



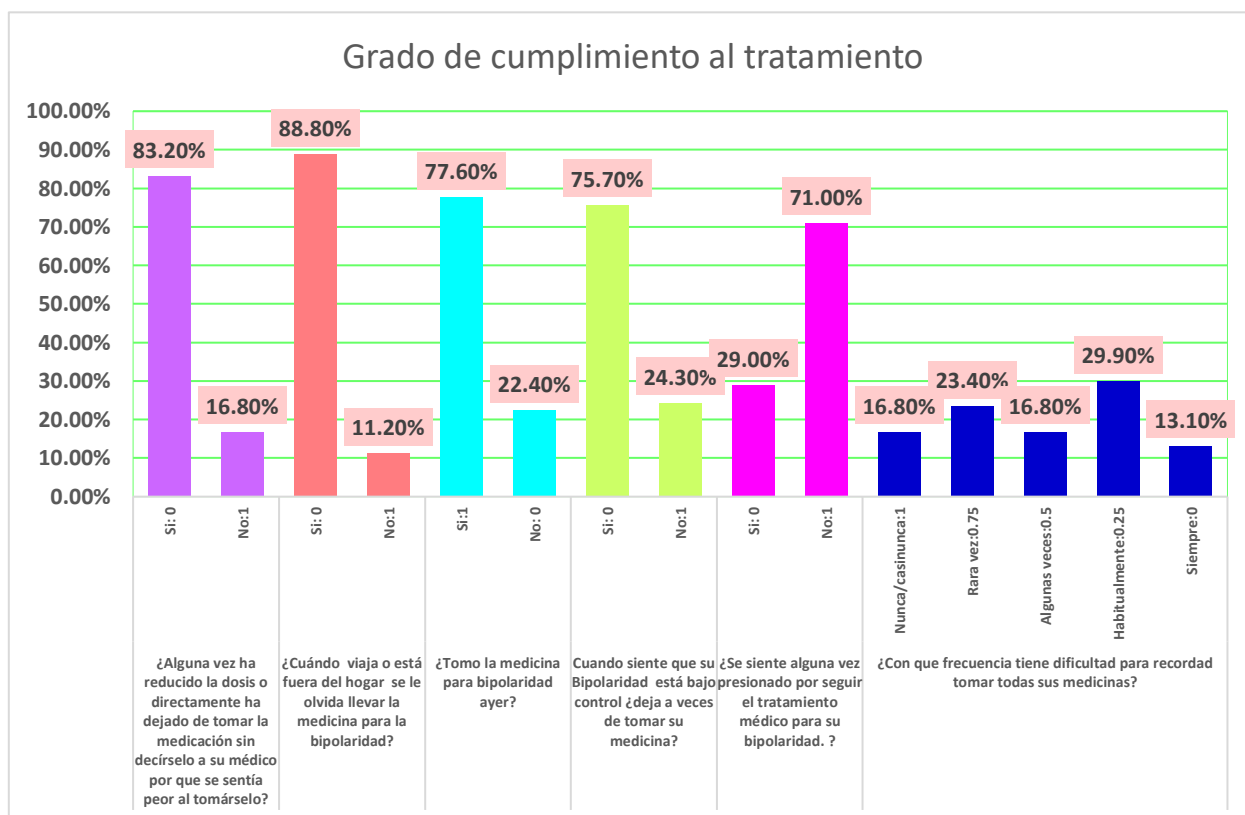
Fuente: Figura número 9. Elaborado por autora de trabajo de curso

Figura número 10 Grado de cumplimiento al tratamiento en base a la escala de Morisky Green.



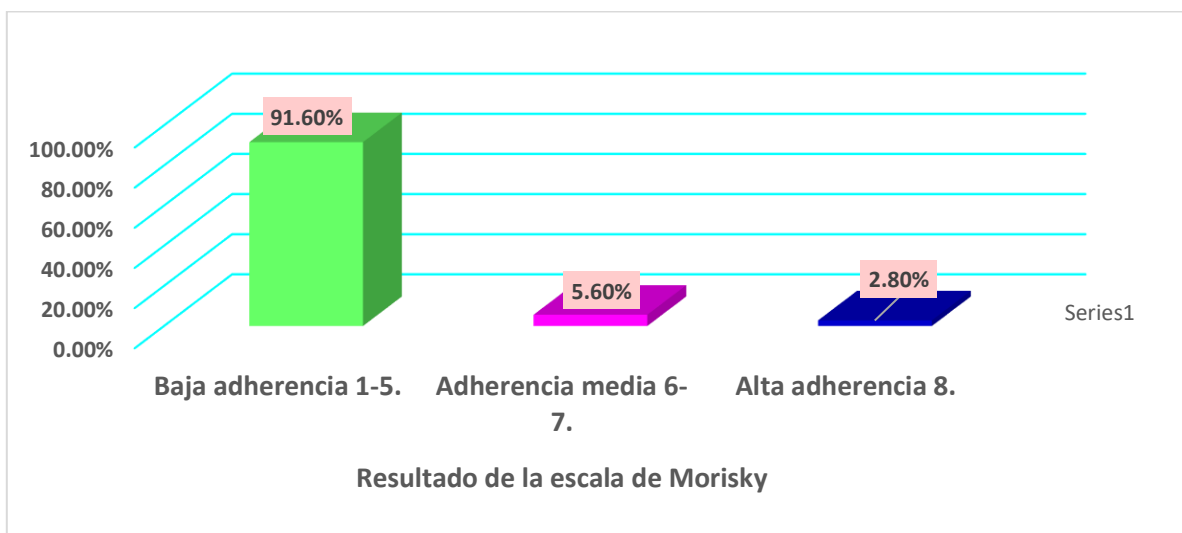
Fuente: Tabla 4. Elaborado por autora de trabajo de curso

Gráfico N° 11 Grado de cumplimiento al tratamiento en base a la escala de Morisky Green.



Fuente: figura11. Elaborado por autora de trabajo de curso

Figura número 12 Grado de cumplimiento al tratamiento en base a la escala de Morisky Green.



Fuente: figura número 12. Elaborado por autora de trabajo de curso.

Correlaciones entre edad de inicio de síntomas con resultados de la escala de Morisky Green. Cuadro número (1).

		Edad de inicio de síntomas	Resultado de la escala de Morisky
Rho de Spearman	Edad de inicio de síntomas	Coefficiente de correlación	1.000
		Sig. (bilateral)	.
		N	107
	Resultado de la escala de Morisky	Coefficiente de correlación	.063
		Sig. (bilateral)	.518
		N	107

Fuente: cuadro número 1. Elaborado por autora de trabajo de curso



Correlaciones entre número de ingresos hospitalario con resultados de escala de Morisky Green. Cuadro número (2).

Correlación número de ingreso al hospital vs resultados de la escala de Morisky.				
			Numero de ingresos que ha presentado el paciente al hospital psicosocial por bipolaridad.	Resultado de la escala de Morisky
Tau_b de Kendall	Numero de ingresos que ha presentado el paciente al hospital psicosocial por bipolaridad.	Coefficiente de correlación	1.000	-.024
		Sig. (bilateral)	.	.788
		N	107	107
	Resultado de la escala de Morisky	Coefficiente de correlación	-.024	1.000
		Sig. (bilateral)	.788	.
		N	107	107

Fuente: cuadro número 2. Elaborado por autora de trabajo de curso.

Correlaciones de estado de ánimo de los pacientes al abandonar su tratamiento con resultado de la escala de Morisky Green. Cuadro número (3).

Correlación estado de ánimo del paciente vs resultados de la escala de Morisky.				
			Estado de ánimo al abandonar el tratamiento	Resultado de la escala de Morisky
Rho de Spearman	Estado de ánimo al abandonar el tratamiento	Coefficiente de correlación	1.000	.080
		Sig. (bilateral)	.	.410
		N	107	107
	Resultado de la escala de Morisky	Coefficiente de correlación	.080	1.000
		Sig. (bilateral)	.410	.
		N	107	107

Fuente: cuadro número 3. Elaborado por autora de trabajo de curso.

Correlaciones antecedentes de consumo de psicotrópico con resultado de la escala de Morisky Green. Cuadro número (4).

Antecedente de consumo de psicotrópico vs resultado de la escala de Morisky Green.				
			Antecedente de consumo de psicotrópico que presento el paciente.	Resultado de la escala de Morisky
Rho de Spearman	Antecedente de consumo de psicotrópico que presento el paciente.	Coefficiente de correlación	1.000	-.015
		Sig. (bilateral)	.	.874
		N	107	107
	Resultado de la escala de Morisky	Coefficiente de correlación	-.015	1.000
		Sig. (bilateral)	.874	.
		N	107	107

Fuente: cuadro número 4. Elaborado por autora de trabajo de curso.

Correlaciones comorbilidades medicas con resultado de la escala de Morisky Green. Cuadro número (5).

Correlación entre comorbilidades medicas vs resultados de la escala de Morisky Green.				
			Comorbilidades medicas asociadas.	Resultado de la escala de Morisky
Rho de Spearman	Comorbilidades medicas asociadas a la bipolaridad.	Coefficiente de correlación	1.000	.085
		Sig. (bilateral)	.	.385
		N	107	107
	Resultado de la escala de Morisky	Coefficiente de correlación	.085	1.000
		Sig. (bilateral)	.385	.
		N	107	107

Fuente: cuadro número 5. Elaborado por autora de trabajo de curso.

Correlaciones nivel de conciencia de enfermedad con resultado de la escala de Morisky Green. Cuadro número (6).

Correlación entre conciencia de enfermedad vs resultado de la escala de Morisky Green.				
			Nivel de Conciencia de Enfermedad que presenta el paciente al abandonar el tratamiento.	Resultado de la escala de Morisky
Rho de Spearman	Nivel de Conciencia de Enfermedad que presenta el paciente al abandonar el tratamiento.	Coefficiente de correlación	1.000	-.049
		Sig. (bilateral)	.	.620
		N	107	107
	Resultado de la escala de Morisky	Coefficiente de correlación	-.049	1.000
		Sig. (bilateral)	.620	.
		N	107	107

Fuente: cuadro número 6. Elaborado por autora de trabajo de curso.

## Cronogramas de actividades

Actividades	Periodo 2020.				Periodo 2021.				Periodo 2022.
	I TRI	II TRI	III TRI	IV TRI	I TRI	II TRI	II TRI	IV TRI	I TRI
Entrega de protocolo de investigación.									
Recolección de información.									
Procesamiento de la información.									
Redacción del reporte final.									
Entrega de reporte final.									
Defensa de tesis									

Realizado por el autor del trabajo.