

# UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

---

---

División Académica de Ciencias de la Salud



**“ASOCIACIÓN DEL GRADO DE AUTOESTIGMA Y LA ADHERENCIA  
TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON TRASTORNOS AFECTIVOS DEL  
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE SALUD MENTAL DE  
VILLAHERMOSA”**

**Tesis que para obtener el diploma  
de la Especialidad en Psiquiatría**

**Presenta el alumno:**

**Alma Velia Romo Márquez**

**Directores:**

**Dr. Luis Adrián Sacramento Rivero**

**Dra. Dulce Dajheanne García de la Cruz**

**Villahermosa, Tabasco.**

**Febrero 2020**



**UNIVERSIDAD JUÁREZ  
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División  
Académica  
de Ciencias de  
la Salud

Jefatura del  
Área de Estudios  
de Posgrado

Of. No. 0207/DACS/JAEP  
17 de febrero de 2020

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

**C. Alma Velia Romo Márquez**  
Especialidad en Psiquiatría  
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dr. Adán Calderón Alonso, Dr. Rafael González Jorge, Dr. Jorge Luis Blé Castillo, Dra. Isela Esther Juárez Rojop y el Dr. Mario Armando De la Cruz Acosta, impresión de la tesis titulada: **"ASOCIACIÓN DEL GRADO DE AUTOESTIGMA Y LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON TRASTORNOS AFECTIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE SALUD MENTAL DE VILLAHERMOSA"**, para sustento de su trabajo recepcional de la Especialidad en Psiquiatría, donde funge como Director de Tesis el Dr. Luis Adrián Sacramento Rivero y Dra. Dulce Dajheanne García de la Cruz.

Atentamente

  
**Dra. Mirian Carolina Martínez López**  
Directora



C.c.p.- Dr. Luis Adrian Sacramento Rivero.- Director de Tesis  
C.c.p.- Dra. Dulce Dajheanne García de la Cruz.- Director de Tesis  
C.c.p.- Dr. Adán Calderón Alonso .- Sinodal  
C.c.p.- Dr. Rafael Gonzlaez Jorge.- Sinodal  
C.c.p.- Dr. Jorge Luis Ble Castillo.- Sinodal  
C.c.p.- Dra. Isela Esther Juarez Rojop.- Sinodal  
C.c.p.- Dr. Mario Armando De la Cruz Acosta .- Sinodal

C.c.p.- Archivo  
DC'MCML/MO'MACA/lkrd\*



**UNIVERSIDAD JUÁREZ  
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División  
Académica  
de Ciencias de  
la Salud

Jefatura del  
Área de Estudios  
de Posgrado



### ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 10:30 horas del día 10 del mes de febrero de 2020 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

**"ASOCIACIÓN DEL GRADO DE AUTOESTIGMA Y LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON TRASTORNOS AFECTIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE SALUD MENTAL DE VILLAHERMOSA"**

Presentada por el alumno (a):

Romo Márquez Alma Velia  
Apellido Paterno Materno Nombre (s)

Con Matricula

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 6 | 1 | E | 1 | 3 | 0 | 0 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

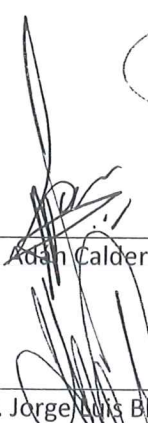
Aspirante al Grado de:


Especialidad En Psiquiatría

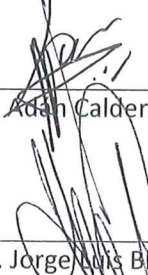
Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

#### COMITÉ SINODAL

  
Dr. Luis Adrián Sacramento Rivero  
Dra. Dulce Dajheanne García de la Cruz  
Directores de Tesis

  
Dr. Adán Calderón Alonso

  
Dr. Rafael González Jorge

  
Dr. Jorge Luis Blé Castillo

  
Dra. Isela Esther Juárez Rojop

Dr. Mario Armando De la cruz Acosta

C.c.p.- Archivo  
DC/MCML/MO/MACA/lkrd\*



**UNIVERSIDAD JUÁREZ  
AUTÓNOMA DE TABASCO**

“ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE”



División  
Académica  
de Ciencias de  
la Salud

Dirección



## Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 10 del mes de Febrero del año 2020, el que suscribe, Alma Velia Romo Márquez, alumna del programa de la Especialidad en Psiquiatría, con número de matrícula 161E13003 adscrita a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autora intelectual del trabajo de tesis titulada: **“Asociación del grado de autoestigma y la adherencia terapéutica en pacientes con trastornos afectivos del Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental de Villahermosa”** bajo la Dirección del Dr. Luis Adrián Sacramento Rivero, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. La alumna cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: [veliaquay@gmail.com](mailto:veliaquay@gmail.com). Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Alma Velia Romo Márquez

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE  
CIENCIAS DE LA SALUD



JEFATURA DEL ÁREA DE  
ESTUDIOS DE POSGRADO

Sello.

## DEDICATORIAS

*A mi madre, por ser una guerrera inteligente y enseñarme el amor más puro y desinteresado que he conocido; por tu apoyo y tu complicidad, por tus cuidados, tus abrazos y ese olor que te caracteriza; por estar siempre para mí y por ser la persona más bella que conozco. A pesar de las dificultades que la vida te ha puesto, me enseñaste que la bondad puede cambiarlo todo.*

*A mi padre, por tu apoyo incondicional, por tu amor, por tu trabajo y tus sacrificios para darnos una vida mejor que la que tuviste. Por tus enseñanzas, por ser un ejemplo para mí de fortaleza, dedicación y orgullo. Gracias por haber creído en mí y por ayudarme a cumplir el sueño que hoy inicio.*

*Ustedes, mis padres, a quienes les debo todo lo que soy. Gracias por su paciencia y sobre todo por haberme tendido la mano cuando mi mundo se derrumbaba. Por ofrecerme una buena vida y enseñarme que la educación, la constancia y el sacrificio, al final tienen una recompensa. Este logro es de ustedes también y espero que Dios me permita tenerlos muchos años más. Los amo.*

*A mis hermanos Alejandra y Aaron, que me abrieron camino y a quienes admiro de manera especial y diferente; gracias por ayudarme a crecer y a superar mis miedos. Siempre los llevo conmigo, están en mi mente y en mi corazón y la distancia que nos separa, no es más que un regalo para continuar queriéndonos más de cerca. A Hugo, que iluminó a la familia y para el cual siempre voy a estar; eres un pedazo de cielo y como dice tu canción: "espero que disfrutes de una felicidad tan grande como la mía, porque el mañana eres tú" (Je t'espère des bonheurs aussi grands que les miens, Demain c'est toi). Gracias Manu por tu apoyo y los buenos deseos.*

*A mis amigas y amigos, a la porra oficial y mi felicidad más loca; gracias por estar conmigo en las buenas y en las malas, por la paciencia y las palabras de aliento y sobre todo, por todas las alegrías que me brinda el tenerlos en mi vida.*

*A Perla, por iluminar mis días y cuidar mi sueño y mis noches; nos vemos en la próxima vida princesa. Un "tope borrego" hasta el cielo.*

*Nacho, nos vemos pronto campeón y como te prometí: siempre voy a regresar.*

## ÍNDICE

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Abreviaturas</b> .....                                       | <b>I</b>  |
| <b>Glosario de términos</b> .....                               | <b>II</b> |
| <b>Resumen</b> .....  | <b>V</b>  |
| <b>Abstract</b> .....   | <b>VI</b> |
| <b>1. Introducción</b> .....                                    | <b>1</b>  |
| <b>2. Antecedentes</b> .....                                    | <b>2</b>  |
| 2.1 Trastornos afectivos .....                                  | 2         |
| 2.2 Adherencia Terapéutica .....                                | 6         |
| 2.3 Factores que intervienen en la adherencia terapéutica ..... | 7         |
| 2.4 Medidas de evaluación para la adherencia terapéutica .....  | 9         |
| 2.5 Adherencia Terapéutica en Psiquiatría .....                 | 11        |
| 2.6 Adherencia al tratamiento en los Trastornos Afectivos ..... | 12        |
| 2.7 Estigma internalizado (Autoestigma).....                    | 14        |
| <b>3. Planteamiento del problema</b> .....                      | <b>17</b> |
| <b>6. Objetivos</b> .....                                       | <b>20</b> |
| 6.1 Objetivo General .....                                      | 20        |
| 6.2 Objetivos Específicos .....                                 | 20        |
| <b>7. Materiales y métodos</b> .....                            | <b>21</b> |
| 7.1 Diseño .....  | 21        |
| 7.2 Universo del estudio .....                                  | 21        |
| 7.3 Muestra .....   | 22        |
| 7.4 Tiempo .....  | 22        |
| 7.5 Criterios de Inclusión .....                                | 22        |
| 7.6 Criterios de Exclusión.....                                 | 23        |
| 7.7 Instrumentos de medición .....                              | 23        |
| 7.8 Procedimiento para la colecta de datos .....                | 26        |
| 7.9 Análisis estadístico .....                                  | 26        |

|  |           |
|--|-----------|
| 7.10 Consideraciones éticas .....  | 27        |
| <b>8. Resultados .....</b>   | <b>27</b> |
| 8.1 Características sociodemográficas de la muestra.....   | 27        |
| 8.2 Características clínicas de los pacientes con trastornos afectivos .....   | 28        |
| 8.3 Autoestigma entre los pacientes con trastornos afectivos .....   | 29        |
| 8.4 Asociación entre el autoestigma y la adherencia terapéutica en pacientes con trastornos afectivos .....                        | 30        |
| 8.5 Asociación entre la adherencia terapéutica y las características sociodemográficas en pacientes con trastornos afectivos ..... | 31        |
| 8.6 Relación entre la adherencia terapéutica y las características clínicas en pacientes con trastornos afectivos .....            | 32        |
| <b>9. Discusión.....</b>   | <b>34</b> |
| <b>10. Conclusiones y Recomendaciones.....</b>   | <b>38</b> |
| <b>11. Referencias Bibliográficas .....</b>  | <b>39</b> |
| <b>12. Anexos.....</b>   | <b>42</b> |

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.

## Índice de Tablas y Figuras

| <b>Tablas</b>  | <b>pág.</b> |
|--|-------------|
| Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes con trastornos afectivos estudiados del hospital regional de alta especialidad de salud mental.....  | 28          |
| Tabla 2 características clínicas de los pacientes con trastornos afectivos estudiados del hospital regional de alta especialidad de salud mental. ....   | 29          |
| Tabla 3. Puntuaciones de las escalas dai y king en los pacientes con trastornos afectivos estudiados del hospital regional de alta especialidad de salud mental.   | 30          |
| Tabla 4. Asociación de la escala de king de estigma internalizado (autoestigma) con la adherencia terapéutica en pacientes con trastornos afectivos estudiados del hospital regional de alta especialidad de salud mental de villahermosa..... | 31          |
| Tabla 5. Relación de características sociodemográficas y adherencia terapéutica en pacientes con trastornos afectivos estudiados del hospital regional de alta especialidad de salud mental.....   | 32          |
| Tabla 6. Relación de características clínicas y adherencia en pacientes con trastornos afectivos estudiados del hospital regional de alta especialidad de salud mental.  | 33          |
| <br><b>Figuras</b>   |             |
| Figura 1. Prevalencia de depresión en el mundo y en cada país.....   | 3           |
| Figura 2. Síntomas maníacos y depresivos agrupados.....  | 5           |
| Figura 3. Factores relacionados con la adherencia a los tratamientos a largo .....   | 9           |
| Figura 4. Métodos de evaluación más utilizados para la evaluación de adherencia al tratamiento. ....   | 10          |
| Figura 5. La influencia del estigma en sus distintos niveles. ....   | 16          |



## Abreviaturas

**DSM-5** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition*  
(Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ta edición).

**OMS** Organización Mundial de la Salud

**CI** *Confidence interval* (Intervalo de confianza).

**GBD** Global Burden of Disease (Carga global de enfermedad)

**DAI** Drug Attitude Inventory (Inventario de Actitudes hacia la Medicación)

**DE** Desviación estándar.

**AP** Atención primaria

**TB** Trastorno Bipolar

**TDM** Trastorno Depresivo Mayor

## **Glosario de términos**

### **Estado de ánimo**

Se define como un tono emocional o sentimental generalizado y sostenido que influye en el comportamiento de una persona y da color a su percepción de formar parte del mundo.

### **Trastorno depresivo mayor**

Es un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o de placer por las actividades habituales. Todos los síntomas han de estar presentes cada día, la mayor parte del día, excepto las ideas de suicidio o pensamientos de muerte, que pueden ser recurrentes. Puede presentarse con algunas otras características como ansiedad, en la mayoría de los casos.

### **Manía**

Episodio diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable que dura menos de 1 semana o menos si el paciente requiere hospitalización; hay también agitación, hiperactividad, hipersexualidad y aceleración del pensamiento y del habla (fuga de ideas).

### **Hipomanía**

Dura al menos 4 días y es similar al episodio de manía, excepto que no es suficientemente grave como para causar un deterioro del funcionamiento social o laboral y no hay síntomas psicóticos.

### **Ciclotimia**

Es una alteración crónica y leve del estado de ánimo con numerosos episodios depresivos e hipomaniacos durante un mínimo de 2 años.

### **Distimia**

También llamado trastorno depresivo persistente; es una forma de depresión leve y crónica que se prolonga por lo menos 2 años. A lo largo de este período, el individuo experimenta un estado de ánimo deprimido durante casi las 24 horas del día, la mayor parte de los días y al menos dos síntomas más de depresión.

### **Trastorno depresivo recurrente:**

Se define como la presencia de 2 o más episodios de depresión mayor, pero con al menos un intervalo de 2 meses seguidos sin presentar depresión entre uno y otro episodio.

### **Trastorno bipolar**

Es un trastorno mental grave, crónico y recurrente que se caracteriza por oscilaciones en el estado de ánimo con fases de manía, hipomanía o mixtas, que

generalmente se alternan con episodios depresivos. Se reconocen el tipo I y el tipo II.

### **Serotonina**

Neurotransmisor perteneciente al grupo de las monoaminas, también conocida como 5-hidroxitriptamina, es sintetizada y secretada en las neuronas serotoninérgicas en el sistema nervioso central.

### **Dopamina**

Catecolamina simpaticomimética precursora de la norepinefrina que actúa como un neurotransmisor en el sistema nervioso central estimulando directamente los receptores adrenérgicos del sistema nervioso simpático, e indirectamente, provocando la liberación de norepinefrina.

### **Noradrenalina**

La noradrenalina (llamada norepinefrina cuando es sintética) es una catecolamina con doble función como hormona y neurotransmisor.

### **Histamina**

Amina idazólica involucrada en las respuestas locales del sistema inmunitario. También regula funciones normales en el estómago y actúa como neurotransmisor en el sistema nervioso central.

## **Resumen**

**Introducción:** Los trastornos afectivos se caracterizan por alteraciones del estado de ánimo, curso del pensamiento y la conducta, afectando de forma importante la calidad de vida de los pacientes. Uno de sus principales retos es la adherencia terapéutica, condicionada por diversos factores, siendo el autoestigma de la enfermedad uno de los principales. Asimismo, existen evidencias que asocian el autoestigma con una baja autoestima, autoeficacia y una falta de adherencia al tratamiento.

**Objetivo:** Determinar la asociación entre el grado de autoestigma con la adherencia terapéutica en pacientes con diagnósticos de trastornos afectivos del Hospital de Salud Mental de Villahermosa.

**Materiales y métodos:** Se entrevistaron 50 pacientes ambulatorios del Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental de Villahermosa mediante las escalas de DAI (Inventario de Actitudes hacia la Medicación) y King (Escala de estigma internalizado). Se registraron sus características sociodemográficas y clínicas. Los datos se analizaron mediante prueba de T student.

**Resultados:** De la muestra total, el trastorno afectivo con mayor frecuencia fue el trastorno depresivo mayor. La mayoría de los pacientes fueron no adherentes, especialmente los solteros (12 %). Así mismo, la muestra registró un grado moderado de autoestigma, por lo que se encontró una asociación significativa entre la adherencia terapéutica y el grado de autoestigma ( $T = -4.24$ ,  $P = 0.01$ ).

**Conclusión:** La adherencia terapéutica es menor a mayor autoestigma percibido por pacientes con trastornos afectivos. Se considera necesario realizar estudios adicionales sobre la evaluación de tratamientos psiquiátricos para pacientes con trastornos afectivos, así como estrategias dirigidas a mejorar su cumplimiento.

**Palabras clave:** trastornos afectivos, adherencia terapéutica, autoestigma, cumplimiento del paciente, depresión.

## **Abstract**

**Introduction:** The affective disorders are characterized by mood disorders, course of thought and behavior; affecting significantly the quality of life patients. One of its main challenges is the pharmacological adherence conditioned by several factors, one of them is the self-stigma. Also, documented evidence associates self-stigma with low self-esteem, bad functionality and low pharmacological adherence.

**Objective:** To establish the association between the degree of self-stigma and pharmacological adherence in patients with affective disorders from the Villahermosa Mental Health Regional Hospital.

**Materials and methods:** A total of 50 patients were interviewed in the Villahermosa Mental Health Regional Hospital by means of the scales of DAI (Drug Attitude Inventory) and King (Self-stigma scale). Their sociodemographic and clinical characteristics were recorded. Data was analyzed by the T student test.

**Results:** Of the 50 patients, the most frequent affective disorder was major depressive disorder. Most of the patients were non-adherent, especially single ones (12 %). The patients reflected some degree of internalized stigma. In addition, a significant association was found between the degree of self-stigma and treatment adherence (T -4.24, P: 0.01).

**Conclusion:** It was observed that therapeutic adherence is lower when patients with affective disorders perceive a greater degree of self-stigma. Therefore, it is necessary to conduct additional studies on the evaluation of psychiatric treatments for patients with affective disorders, as well as strategies aimed to improve compliance.

**Key words:** affective disorders, treatment adherence, self-stigma, patient compliance, depression.

## 1. Introducción

En América Latina, existe una alta prevalencia de trastornos mentales, representando una significativa carga para quienes los padecen. Usualmente estos individuos deben lidiar en la interacción diaria con otras personas o instituciones, así como con barreras y obstáculos sociales. Dentro de este contexto, un tipo de interacción social que puede presentar consecuencias negativas para las personas con trastornos mentales es lo que se denomina “estigmatización”. Debido a los prejuicios y actos discriminatorios hacia las personas con trastornos mentales, es frecuente que presenten un bajo nivel de autoestima, baja adherencia farmacológica y una reducción significativa en sus redes sociales, afectando así su calidad de vida (Mascayano *et al.*, 2015). La adherencia terapéutica constituye uno de los pilares básicos para que el tratamiento de dichos trastornos se considere efectivo; de ahí, el progresivo interés por la adherencia y el cumplimiento terapéutico en los pacientes con enfermedades mentales. Existen evidencias sobre los bajos porcentajes de adherencia, donde se muestra que la medicación preescrita es uno de los principales problemas. (Serrano *et al.*, 2014). La brecha en el tratamiento de los trastornos mentales tiende a provocar significativas pérdidas económicas y sociales entre las poblaciones de diversos países. En el caso de México, se cuenta con servicios de salud mental en el segundo nivel de atención y con institutos especializados, pero la segmentación del sector y la inadecuada distribución geográfica de la infraestructura dificultan la integración de los tres

niveles. Además, los recursos humanos como psiquiatras, psicólogos y enfermeros especializados en salud mental son aún reducidos (Solano *et al.*, 2015). Se han sugerido diversos y complejos factores que podrían explicar la falta de adherencia a los tratamientos y por consiguiente, se observa que los pacientes presentan más enfermedades médicas concomitantes, generando así un mayor uso de los servicios de salud y complicaciones de los trastornos de base que padecen (Serrano *et al.*, 2014).

## **2. Antecedentes**

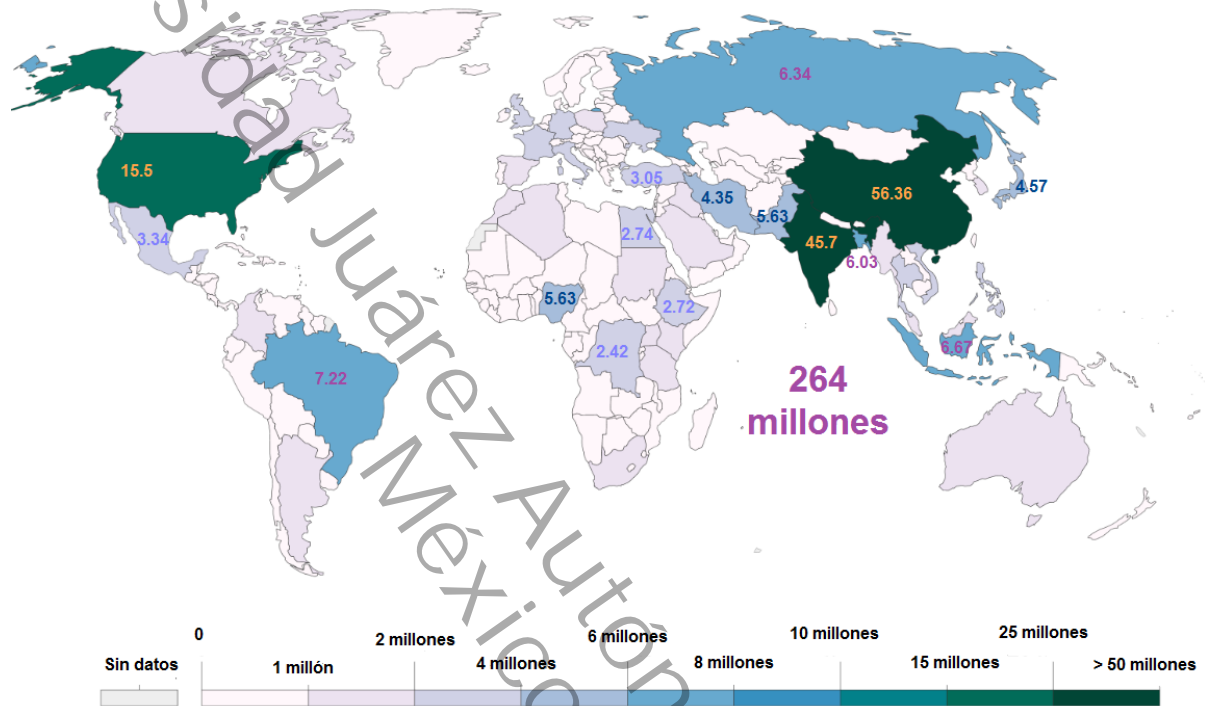
### **2.1 Trastornos afectivos**

Dentro del marco epidemiológico, los trastornos afectivos presentan una alta prevalencia a nivel mundial. Se reconocen como un gran problema de salud pública y se asocian con el aumento en la incapacidad funcional y mortalidad. Se estima que en el mundo más de 350 millones de personas padecen algún trastorno afectivo, siendo la depresión la primera causa de discapacidad a nivel mundial (OMS, 2018). En México se estima que la prevalencia a lo largo de la vida de cualquier trastorno afectivo alcanza el 9.2%, siendo las mujeres el mayor grupo afectado con un 10.4 % y los hombres con 5.4% (Berenzon *et al.*, 2013). (Figura 1) Asimismo, la depresión es uno de los principales factores de riesgo para muerte por suicidio, el cual representa una de las primeras 5 causas de muerte en sujetos de entre 15 y 34 años en nuestro país (Pérez 2017).

El diagnóstico de un trastorno afectivo constituye una categoría importante dentro de las enfermedades psiquiátricas y se caracterizan por alteraciones en el estado



de ánimo, curso del pensamiento y la conducta, provocando una disrupción significativa y alteraciones de funcionalidad en el área social, familiar, laboral y en otras áreas importantes (Martínez *et al.*, 2015). En cuanto a los signos y síntomas de estos trastornos, se incluyen cambios en el nivel de actividad, las funciones



**Figura 1.** Prevalencia de depresión en el mundo y en cada país. Basado en (GBD, 2017).

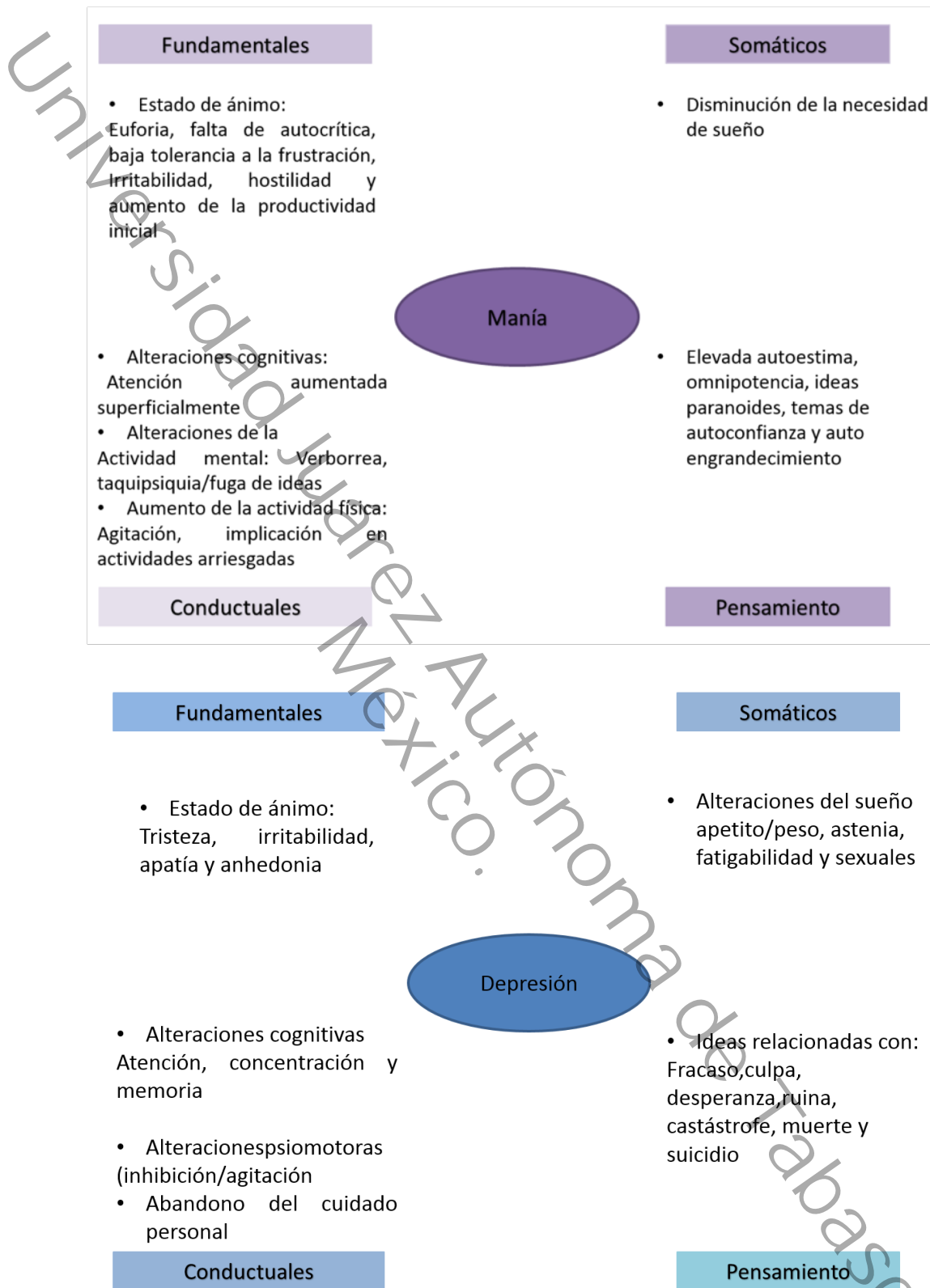
cognitivas, el habla y las funciones vegetativas (como el sueño, apetito, actividad sexual y otros ritmos biológicos) (Sadock *et al.*, 2015 ). (Figura 2)

Dentro de los trastornos afectivos, se diferencian dos grandes síndromes: depresivo y bipolar.

- Espectro bipolar: Trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico, trastorno bipolar relacionado por sustancias / medicamentos y trastorno bipolar relacionado a otra afección médica (DSM-5, 2013).

- Espectro depresivo: Trastorno depresivo mayor, trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastorno depresivo persistente (distimia), recurrente, trastorno disfórico premenstrual , trastorno depresivo inducido por una sustancia / medicamento, trastorno depresivo no especificado y trastorno depresivo debido a otra afección médica. (DSM-5, 2013).

Los pacientes afectados con episodios exclusivamente depresivos mayores tienen un trastorno de depresión mayor. Los que presentan episodios tanto maníacos como depresivos, o los que tienen episodios únicos de manía, se clasifican dentro de un trastorno bipolar. Otras tres categorías más de trastornos del estado de ánimo son: la hipomanía, la ciclotimia y la distimia (Sadock *et al.*, 2015 ). Respecto a la etiología, se considera multifactorial, ya que se combinan factores sociales, biológicos, ambientales y genéticos. Uno de los principales aspectos de investigación en cuanto al origen de estos trastornos, se ha centrado en los neurotransmisores monoamínicos (noradrenalina, dopamina, serotonina e histamina, entre otros). Sin embargo, con el tiempo se ha producido un desplazamiento progresivo hacia la investigación de circuitos neuronales y mecanismos neuroreguladores más complejos, que interactúan en conjunto y finalmente provocan alteraciones en el estado de ánimo (Sadock *et al.*, 2015 ).



**Figura 2.** Síntomas maníacos y depresivos agrupados. Basado en (Suárez et al., 2015)

## **2.2 Adherencia Terapéutica**

Se define como el grado de disposición de una persona para mejorar su salud, realizando cambios en el estilo de vida, seguir un régimen alimentario, eliminar comportamientos y tendencias nocivas, realizar actividades físicas, así como la toma de medicamentos que correspondan a las recomendaciones proporcionadas por un profesional de salud, con el fin de mantener una evolución estable de la enfermedad y alcanzar los objetivos terapéuticos (Pisano Gonzalez *et al.*, 2013).

Se evita en estas definiciones la consideración de la palabra “instrucciones”, que implicaría que el paciente solo acata, ya que la adherencia demanda la conformidad del paciente en relación con las recomendaciones, participando activamente y en conjunto con los profesionales de la salud en su propia atención de manera responsable (Ramos, 2015). A su vez, la adherencia terapéutica hace alusión a un fenómeno multifactorial y complejo debido a que intervienen factores propios del individuo y externos que pueden afectarla; asimismo, la adherencia lleva implícita un modelo de relación centrado en las necesidades de la propia persona, tomando en consideración sus valores, conocimientos, creencias, un informe adecuado sobre la medicación y el respeto de las elecciones sobre diversas alternativas terapéuticas de cada individuo (Pisano Gonzalez *et al.*, 2013).

En general se busca que un tratamiento restaure la funcionalidad del individuo y de quienes le rodean. Una vez prescrito, se informa al paciente y a su familia sobre el régimen terapéutico, dando por sentado que la responsabilidad de llevar a

cabo las indicaciones recae casi exclusivamente en ellos; con frecuencia, esto puede ocurrir sin que el paciente tenga una información y conciencia clara de su padecimiento y las destrezas mínimas para instrumentarlo. Visto que, para lograr un tratamiento efectivo se necesita una adecuada continuidad hasta que los indicadores de restablecimiento de funcionalidad del paciente ameriten darle de alta, se considera que el abandono del mismo, supone no solo un desperdicio de recursos, sino un riesgo adicional para recaídas que pueden llevar a una disfunción progresivamente más incapacitante en cada episodio (Velázquez *et al.*, 2000).

### **2.3 Factores que intervienen en la adherencia terapéutica**

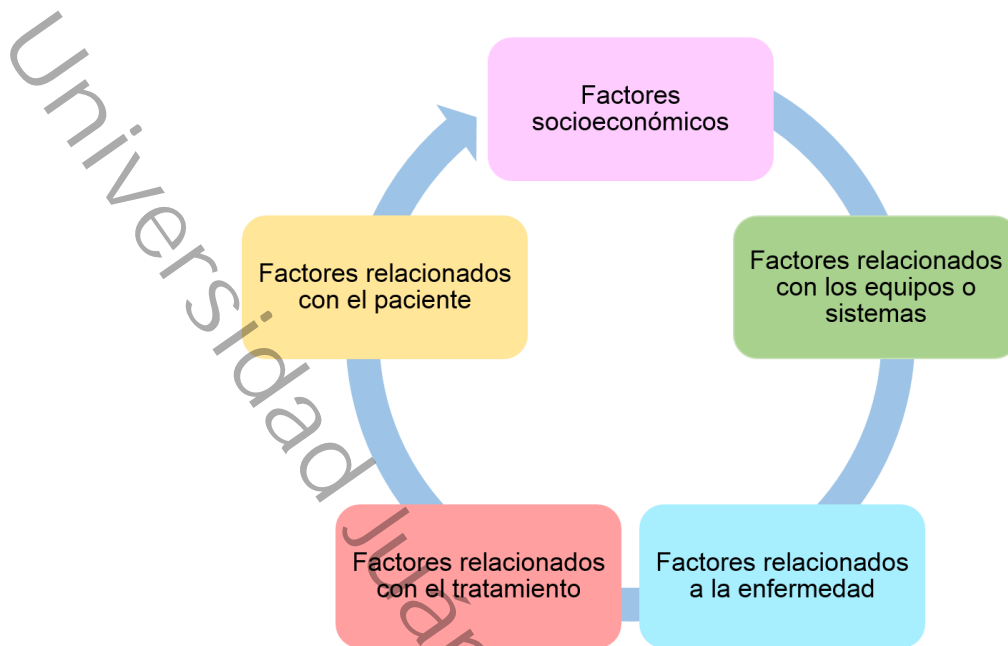
El cumplimiento terapéutico se ve condicionado por un conjunto de diversos factores, como lo son los socioeconómicos, los relacionados con el equipo o sistema de asistencia sanitaria, los propios de la enfermedad, el tratamiento en si y los relacionados con el propio paciente (Pardo *et al.*, 2011). (Figura 3)

Ejemplos de ellos son:

- Factores socioeconómicos: bajo nivel socioeconómico, analfabetismo, nivel educativo, desempleo, condiciones de vida inestables, lejanía del centro de tratamiento, transporte, costo de medicamentos, situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento y la disfunción familiar. (Ramos, 2015)
- Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria: servicios de salud poco desarrollados, carencia de medicamentos, falta de

conocimiento y adiestramiento del personal en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, falta de incentivos, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y capacidad de autocuidado e intervenciones efectivas para mejorarla (Ramos, 2015).

- Factores asociados con la enfermedad: gravedad de los síntomas, grado de la discapacidad (física, psicológica, social), velocidad de progresión y la de tratamientos efectivos (Ramos, 2015).
- Factores relacionados con el tratamiento: la complejidad del régimen médico y su duración, fracasos de tratamientos anteriores, cambios frecuentes en el esquema, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos (Ramos, 2015).
- Factores relacionados con el paciente: sus recursos cognitivos, actitudes, creencias, percepciones y expectativas. Además, el olvido, estrés psicosocial, la angustia por los posibles efectos adversos, la baja motivación, el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento (Ramos, 2015).

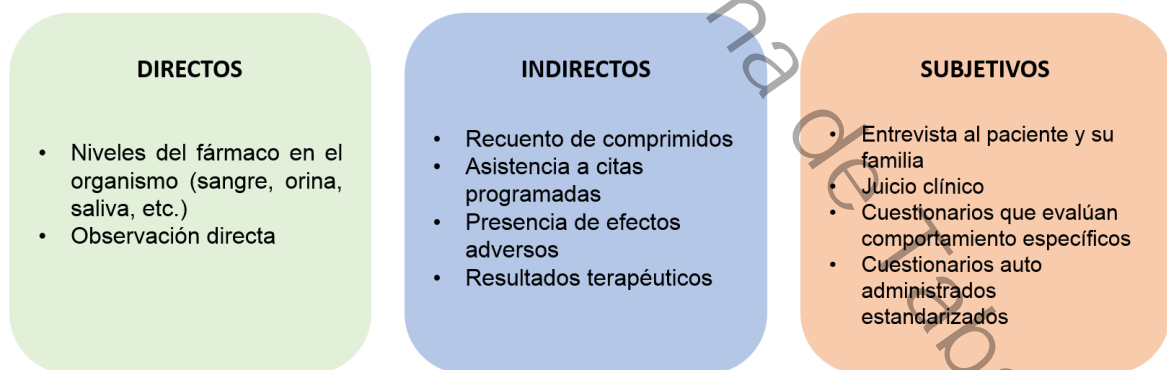


**Figura 3.** Factores relacionados con la adherencia a los tratamientos a largo. Basado en la (OMS; 2004).

#### **2.4 Medidas de evaluación para la adherencia terapéutica**

El hecho de que el fenómeno de la adherencia a un tratamiento sea múltiple y complejo, refleja una dificultad existente para disponer de un sistema de evaluación idóneo, por lo cual se utilizan diferentes instrumentos de medición; universalmente se clasifican en: objetivos, que a su vez se subdividen en directos e indirectos y en subjetivos (De las Cuevas *et al.*, 2015). A continuación se mencionan algunas características y ejemplos de los mismos. (Figura 4)

- Los métodos objetivos directos se basan en la determinación del fármaco prescrito o de sus metabolitos en fluidos biológicos. Son los más sensibles y específicos, pero tienen escasa utilidad en la práctica clínica debido a los altos costos y necesidad de una infraestructura sofisticada, que no siempre se encuentra disponible en la práctica clínica psiquiátrica habitual (De las Cuevas *et al.*, 2015).
- Los métodos objetivos indirectos evalúan 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 (De las Cuevas *et al.*, 2015).
- Los métodos subjetivos valoran la conducta de los pacientes, así como sus conocimientos sobre su enfermedad y tratamiento. Son los menos fiables, pero su ventaja reside en que son más sencillos y económicos, por lo que resultan útiles en la práctica clínica diaria; además, contribuyen al conocimiento de la efectividad terapéutica (De las Cuevas *et al.*, 2015).



**Figura 4.** *Métodos de evaluación más utilizados para la evaluación de adherencia al tratamiento.* Basado en (Pisano Gonzalez *et al.*, 2013)



## **2.5 Adherencia Terapéutica en Psiquiatría**

Se sabe que la población que sufre un trastorno mental es vulnerable a presentar múltiples episodios y recaídas, así como un mayor número de hospitalizaciones, ya que es común que en los periodos de recuperación / remisión, los pacientes sientan mejoría clínica y física, y por lo tanto, descuidan el tratamiento o lo abandonan. En particular, la falta de adherencia al tratamiento farmacológico de los trastornos psiquiátricos es un problema mundial de alarmante magnitud, ya que compromete la efectividad de los tratamientos disponibles que se han desarrollado, interfiere con la recuperación de los pacientes y representa un considerable gasto para los sistemas nacionales de salud en nuestro país y en el resto del mundo. En cuanto a las causas que se relacionan con esta pobre adherencia al tratamiento farmacológico, se ha documentado en diferentes estudios, que los pacientes con trastornos psiquiátricos son carentes, en su mayoría, de conciencia sobre enfermedad, así como tienen una pobre percepción de la necesidad de un seguimiento psiquiátrico ambulatorio o de la toma del tratamiento en períodos intercríticos. Como muchas otras enfermedades, las mentales tienen factores de riesgo que pueden prevenirse o reducirse, y creemos que la comprensión de esos factores puede proporcionar un marco para estrategias de fomento de la salud mental y prevención. En la actualidad, no existe un método único que sea considerado de referencia o de elección para medir dicha adherencia. Es importante además mencionar, que específicamente en la práctica clínica psiquiátrica, se precisa de métodos de evaluación que sean

sencillos y que no consuman grandes esfuerzos o tiempo para poder incorporarlos a la práctica y valoración clínica diaria, por lo que las formas más comunes de evaluar la adherencia a los tratamientos psiquiátricos que se utilizan actualmente, son el auto informe y el informe del médico a cargo del paciente (De las Cuevas *et al.*, 2015).

## **2.6 Adherencia al tratamiento en los Trastornos Afectivos**

Actualmente, existen diversos métodos terapéuticos enfocados en los trastornos afectivos, siendo el tratamiento farmacológico un elemento fundamental para una adecuada evolución y prevención de recaídas. (De las Cuevas *et al.*, 2015; Párraga *et al.*, 2014). Como ejemplo, el trastorno afectivo bipolar es una enfermedad recidivante y con un curso crónico, lo que implica que se precise de tratamientos de mantenimiento o profilácticos para una buena evolución y pronóstico. En ocasiones, algunos pacientes deciden abandonar el tratamiento por la poca confianza en la medicación, por el miedo hacia los efectos secundarios como puede ser el aumento de peso, entre otros, o por la percepción de que su vida depende y es controlada por pastillas, lo que los orilla a sentirse limitados con respecto a sus capacidades de creatividad, de toma de decisiones y de productividad. Se ha documentado, que particularmente en individuos que se encuentran dentro de la categoría diagnóstica del espectro bipolar, los pacientes llegan a sentir que extrañan o echan de menos los períodos de euforia que se manifiestan en la manía o hipomanía, y en otras ocasiones, consideran que tras

un período de eutimia y mejoría en su estado de ánimo, ya no es necesario continuar haciendo uso de la medicación (Tourño, 2009). Otros de los factores que condicionan la adherencia terapéutica son las creencias y actitudes que tenga el paciente hacia su enfermedad; como por ejemplo la depresión, es una de las patologías con las tasas más elevadas de abandono farmacológico, en parte, por la propia sintomatología del padecimiento y por el significado que le dá 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. Este significado, se ve influido a su vez, por la valoración de la sociedad sobre la enfermedad y por las experiencias e información con las que cuente el paciente. Existen evidencias de sujetos dentro del espectro de depresivo, que se niegan a usar antidepresivos porque tienen la creencia de que deberían ser capaces de sobreponerse y de salir adelante sin ayuda; los medicamentos además, se asocian a ciertas barreras cognitivas y prácticas. Entre las cognitivas, se encuentran creencias sobre el modo de acción, grado de efectividad y temores, especialmente en un contexto de volverse dependientes o adictos a la medicación. Otra razón posible de abandono, es la demora entre el inicio del tratamiento, el inicio de la respuesta terapéutica y la remisión de la sintomatología, puesto que no es inmediata en la mayoría de los psicofármacos (Pacheco *et al.*, 2011). Otra de las dificultades para lograr una adherencia terapéutica adecuada es que algunos pacientes, en quienes la patología es grave y presentan sintomatología psicótica, tienen poca consciencia de su patología por el poco contacto con la realidad, así como es frecuente

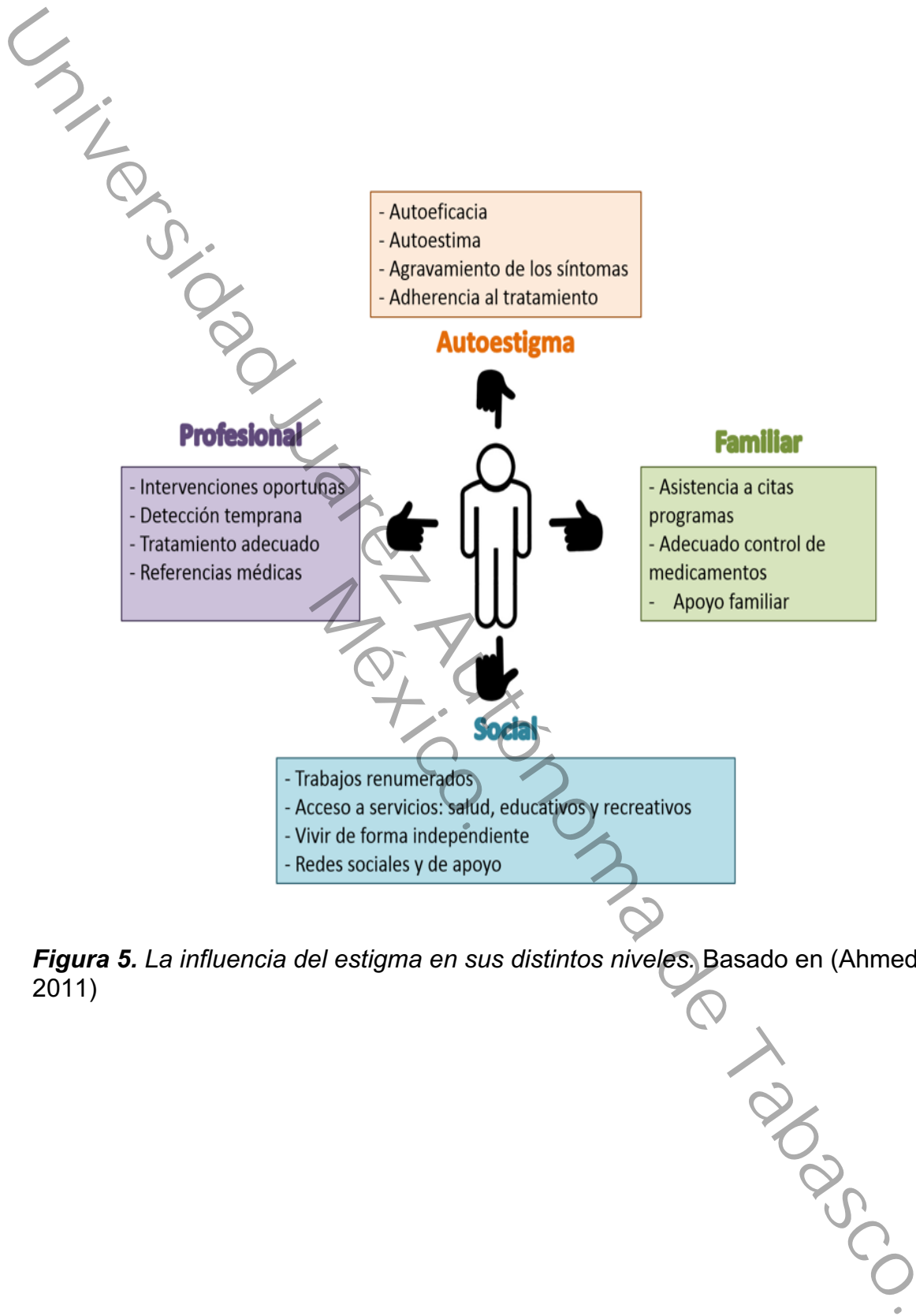
encontrar que presentan un deterioro cognitivo y funcional, haciendo este proceso más complejo aún y dificultando su manejo ambulatorio (Suárez *et al.*, 2015). Es importante recordar, que una vez establecido el tratamiento, existe un porcentaje considerable de sujetos, que pueden presentar respuesta parcial o nula al mismo, por lo que será preciso plantear diversas estrategias, que podrían incluir: incremento de dosis, cambio de antidepresivos, combinaciones farmacológicas, terapia coadyuvante, entre otros, por lo que el tiempo de evolución y remisión varía entre cada individuo (Vilela *et al.*, 2017).

### **2.7 Estigma internalizado (Autoestigma)**

La palabra estigma proviene del latín “*stigma*” y este del griego “στίγμα” que significa marca o señal en el cuerpo. En sociología, el estigma se define como una condición, atributo, rasgo o comportamiento que hace que su portador genere una respuesta negativa y sea visto como culturalmente inaceptable o inferior en comparación con los individuos promedio. Particularmente en la enfermedad mental, se mencionan dos aspectos estigmatizantes principales. En primer lugar, se habla de alteraciones corporales (como deformidades físicas y poco estéticas) y en segundo lugar, las marcas de carácter individual, como lo son la voluntad débil, carácter dominante, creencias rígidas, ideas extrañas o peligrosas, etc. (Flores Reynoso *et al.*, 2011). Estas situaciones, asocian a los pacientes a un conjunto de tipologías indeseables, para ser luego etiquetados, estereotipados y

finalmente aislados de la sociedad, lo que conlleva a repercusiones importantes en diferentes ámbitos a lo largo de su vida. (Ahmedani, 2011).

Dentro del contexto de salud mental, estas distinciones sociales se clasifican de la siguiente manera: el estigma percibido internamente en las personas portadoras de un trastorno mental, el estigma de (o desde) la familia y el estigma ejercido de manera pública y por parte de instituciones (Mascayano *et al.*, 2015). Enfocándonos a la forma en que los afectados por un trastorno mental experimentan las actitudes negativas de los otros hacia ellos, se crea una condición que conocemos como: “*estigma internalizado o autoestigma*”. (Figura 5). Dentro de su definición, se conoce que el autoestigma es percibido como un proceso subjetivo y se caracteriza por sentimientos negativos sobre sí mismos y sobre su condición, resultado de esas actitudes y creencias percibidas por el individuo de manera negativa, y que finalmente termina en la internalización de las mismas, teniendo como consecuencia una propia desvalorización, una baja autoestima, la disminución en su calidad de vida, un pobre sentido de autoeficacia como ser humano e incluso agravamiento de los propios síntomas de la enfermedad de la base (Muñoz *et al.*, 2011). Aunado a este fenómeno, el autoestigma se relaciona además con otras dificultades, como lo son la aceptación de la propia enfermedad y por supuesto del tratamiento, conllevando finalmente a una mala adherencia terapéutica (Caycedo *et al.*, 2011).



**Figura 5.** La influencia del estigma en sus distintos niveles. Basado en (Ahmedani, 2011)

### **3. Planteamiento del problema**

Actualmente, la atención psiquiátrica en general, continúa representando un gran reto en el ejercicio médico, ya que está conformada por una serie de obstáculos en su desarrollo y en su entendimiento. En ocasiones la atención brindada hacia los pacientes no cumple con sus expectativas y no obtienen los resultados inmediatos que esperan como cualquier consulta de medicina general, hablando de alguna otra patología médica. Sin duda alguna, representa el primer obstáculo en la evolución de los pacientes (Velázquez et al., 2000) y se ve reflejado en primera instancia con una falta de adherencia terapéutica y psicofarmacológica. Estudios anteriores sobre el tema, han documentado tasas de abandono que van desde un 30-40 % en los trastornos afectivos (Flores et al., 2012), los cuales representan uno de los primeros diagnósticos de ingreso y abarcan gran porcentaje de las atenciones psiquiátricas diarias en atención primaria y en segundos niveles, repercutiendo de forma importante en la calidad de vida de los pacientes y generando altos costos, en nuestro sistema de salud. Entre los múltiples motivos de abandono terapéutico, destacan una falta de comprensión en las instrucciones otorgadas por los profesionales de salud, la desconfianza por parte de los pacientes, las actitudes hacia la medicación, dosis, efectos secundarios, ventajas, mecanismo de acción y su razonamiento en cuanto a la necesidad de necesitarlos realmente o no. Irónicamente, y a pesar de la introducción de nuevos psicofármacos con perfiles de seguridad más eficaces y menores efectos secundarios, las tasas de abandono y mala adherencia

terapéutica permanecen estáticas, (Flores et al., 2012) lo que hace necesario redirigir nuestra atención hacia los motivos o causas de este fenómeno, y no propiamente a otros aspectos que han sido ya tema de estudio en el ámbito de la salud mental. Enfocándonos entonces en esta situación en particular, es importante mencionar que en nuestra institución se observa de manera evidente y muy frecuentemente, que uno de los principales motivos relacionados con los constantes reingresos, servicios de urgencias saturados y valoraciones ambulatorias que se toman complejas, es la falta de adherencia terapéutica, abandono de la medicación y seguimiento psiquiátrico, siendo incluso en algunas ocasiones, de manera consciente y voluntaria por parte de los pacientes.

#### **4. Justificación**

Como se ha mencionado anteriormente, existen alrededor de 350 millones de personas a nivel mundial que padecen algún tipo de trastorno afectivo (OMS, 2018) y existen evidencias documentadas que hasta un 70% de los pacientes que reciben atención, abandonan el tratamiento en los primeros tres meses tras iniciar dicho seguimiento psiquiátrico, por lo cual uno de los principales retos en el espectro de las patologías afectivas es la adherencia terapéutica y sus relaciones con diferentes factores que pudiesen influir en este fenómeno.

Actualmente, el conocimiento e investigación respecto al tema en particular del autoestigma como factor influyente o determinante en la adherencia terapéutica es bastante limitado, sobre todo en pacientes de esta región geográfica y en nuestra



población hospitalaria, ya que no se interroga a profundidad en cada uno de los casos, las percepciones, creencias, emociones y sentimientos de los usuarios, limitándonos únicamente a reiniciar el esquema terapéutica cuando presentan alguna recaída o empeoramiento de la sintomatología. Si bien existen muchos otros factores que forman parte de la compleja dinámica terapéutica, parece de especial importancia detectar si el autoestigma pudiese ser una parte importante que influya en la falta de compromiso terapéutico de los pacientes de esta institución. Es importante mencionar, que en este hospital se prestan servicios de atención psiquiátrica, psicológica, entre otras, a un gran sector regional del sureste del país, lo que conlleva una responsabilidad mayor y un compromiso con varios diversas poblaciones, culturalmente diferentes. El llevar a cabo este estudio y evaluar el autoestigma y su relación con la adherencia terapéutica, nace con el fin de identificar a pacientes en riesgo, conocer más acerca de la dinámica que viven día a día y con estos datos, poder mejorar e implementar estrategias de detección oportuna, de psicoeducación y ampliar nuestro panorama sobre factores y actitudes que pueden ser prevenibles, reversibles y corregidos durante una atención psiquiátrica ambulatoria de calidad, con el objetivo de que la evolución y pronóstico del paciente pueda mejorar con una adherencia terapéutica más controlada y una relación médico – paciente más satisfactoria.

## **5. Hipótesis**

Un mayor grado de autoestigma percibido se asocia con una pobre adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de algún trastorno afectivo.

## **6. Objetivos**

### **6.1 Objetivo General**

Determinar la asociación entre la adherencia terapéutica y el grado de autoestigma percibido en pacientes ambulatorios con diagnóstico de algún trastorno afectivo en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental de Villahermosa.

### **6.2 Objetivos Específicos**

1. Identificar las características sociodemográficas de pacientes con trastornos afectivos en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental de Villahermosa.
2. Identificar las características clínicas (tipo de trastorno) de pacientes con trastornos afectivos en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental de Villahermosa.
3. Determinar el grado de autoestigma percibido mediante la aplicación de la Escala de King en pacientes con trastornos afectivos en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental de Villahermosa.

4. Evaluar la adherencia terapéutica mediante el cuestionario DAI (Inventario de Actitudes hacia la Medicación), clasificando a los pacientes con trastornos afectivos en adherentes o no adherentes al tratamiento indicado durante su atención en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental de Villahermosa.
5. Identificar si existe una relación entre las características sociodemográficas y la adherencia terapéutica en los pacientes con trastornos afectivos en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental de Villahermosa.
6. Identificar si existe una relación entre las características clínicas (tipo de trastorno) y la adherencia terapéutica en los pacientes con trastornos afectivos en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental de Villahermosa.

## **7. Materiales y métodos**

### **7.1 Diseño**

Descriptivo, transversal y analítico.

### **7.2 Universo del estudio**

Se reclutaron pacientes que cumplieran con criterios diagnósticos de acuerdo al DSM-5 (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales; 5ta edición) de alguno de los trastornos afectivos y que llevaran su seguimiento y atención en

los servicios de consulta externa y área de urgencias del Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental de Villahermosa.

### **7.3 Muestra**

Conformada por 50 pacientes ambulatorios que cumplieron los criterios de inclusión que se mencionan a continuación.

### **7.4 Tiempo**

Este estudio se realizó en el lapso del 19 de Septiembre del año 2019 al 31 de Octubre del 2019.

### **7.5 Criterios de Inclusión**

- Pacientes atendidos en los servicios de consulta externa y urgencias del Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental de Villahermosa.
- Pacientes entre 18 y 65 años de edad.
- Pacientes que cumplieran con diagnóstico de algún trastornos afectivo de acuerdo al DSM-5: Trastorno bipolar tipo I, trastorno bipolar tipo II, TDM (trastorno depresivo mayor), trastorno mixto ansio-depresivo, ciclotimia, distimia, trastorno depresivo recurrente, trastornos afectivos sin especificación, con cualquiera de sus especificadores o severidades.

## **7.6 Criterios de Exclusión**

- Pacientes con diagnósticos anteriormente mencionados y que presenten además síntomas psicóticos agudos o crónicos.
- Pacientes con sintomatología afectiva en fase aguda (de manía/ hipomanía/ depresión).
- Pacientes con discapacidad intelectual, enfermedades del sistema nervioso y/o lesiones orgánicas cerebrales.
- Pacientes que cumplan con criterios diagnósticos de algún tipo de trastorno neurocognitivo de cualquier tipo o severidad.
- Analfabetas.

## **7.7 Instrumentos de medición**

### Datos sociodemográficos y características clínicas

Se aplicó un cuestionario inicial para obtener las características sociodemográficas (edad, género, estado civil, años de estudio, ocupación remunerable o no remunerable) y clínicas (tipo de trastorno afectivo diagnosticado, número de hospitalizaciones y número de fármacos indicados en su esquema de tratamiento).

(Anexo 1)

### Escala de estigma internalizado de King

Esta escala evalúa la percepción de estigma internalizado. Fue validada en su versión en español en pacientes mexicanos con trastornos mentales severos y persistente (Flores *et al.*, 2012) y determina el estigma mediante la aplicación de tres subescalas (una sobre discriminación, divulgación y aspectos positivos sobre la enfermedad mental). La subescala de discriminación contiene reactivos que se refieren a las reacciones negativas de otras personas. Incluye actos de discriminación realizados por personal de salud, empresarios, policías y sociedad en general. La subescala de divulgación, interroga acerca de la vergüenza o el temor a divulgar o manejar la información acerca de la enfermedad con otras personas o en sus ambientes cercanos para evitar dicha discriminación. Finalmente, la última subescala, evalúa si existen aspectos positivos sobre la enfermedad y determina cómo la gente acepta su enfermedad o ha realizado algún cambio de conciencia sobre la forma en que perciben el autoestigma (Mizuno, 2017).

- Interpretación:

La escala se encuentra compuesta por 28 reactivos. Se evalúan con una escala tipo Likert de cinco puntos, que van de “muy de acuerdo” a “muy en desacuerdo” (0 a 4). Con un máximo de 112 y mínimo de 0 puntos. Entre más alto sea el

puntaje registrado y se acerque al límite máximo (112), mayor será el autoestigma percibido por el paciente (King, 2007). (Anexo 3)

#### Inventario de Actitudes hacia la Medicación (DAI)

Esta escala, evalúa actitudes, creencias y sentimientos del paciente en relación a la toma de medicación, así como el efecto subjetivo de la medicación antipsicótica y la conciencia de enfermedad. (Townsend *et al.*, 2009). La escala consiste en una serie de preguntas, cada una con una sola respuesta dicotómica (verdadero / falso), y que valoran algunas de las percepciones y experiencias del tratamiento que toma el paciente. La escala original consta de 30 aciertos, sin embargo existe una versión resumida del inventario con tan solo 10 aciertos, la cual se eligió para este estudio de investigación.

- Interpretación:

Para calcular el puntaje de un conjunto de respuestas, a cada respuesta "positiva" se le da un puntaje (+1) y a cada respuesta "negativa" se le da un puntaje (-1). La puntuación DAI-10 varía de -10 a +10 con un puntaje total  $> 0$  que indica una actitud positiva hacia los medicamentos psiquiátricos y un puntaje total de  $< 0$  que indica una actitud negativa hacia los medicamentos psiquiátricos (Kane *et al.*, 2009). (Anexo 2)

### **7.8 Procedimiento para la colecta de datos**

El proceso para la obtención de datos fue realizado por médicos residentes de segundo y cuarto año de la especialidad en Psiquiatría durante el tiempo de atención de cada paciente en seguimiento ambulatorio en el área de consulta externa y urgencias del Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental de

Villahermosa. Se solicitó su participación en el estudio, explicando los objetivos del mismo y previa firma de consentimiento informado (Anexo 4), se les proporcionó el cuestionario de datos sociodemográficos (Anexo 1), la escala y el inventario, ambos autoaplicables. El tiempo total de realización de las escalas y cuestionario fue de aproximadamente 5 a 7 minutos.

### **7.9 Análisis estadístico**

Las variables fueron expresadas como media y desviación estándar para las variables continuas, y como porcentajes para las variables categóricas. Para la asociación entre la puntuación en la Escala de Estigma de King y la actitud hacia la medicación del inventario DAI, se utilizó la prueba T de Student para muestras independientes. Se determinó la media y desviación estándar para cada grupo, así como la puntuación t y la p correspondiente. El nivel de significancia empleado fue de  $p \leq 0.05$ . Los datos fueron analizados empleando SPSS v. 23.0.



### **7.10 Consideraciones éticas**

El estudio se realizó siguiendo las normativas éticas establecidas por el comité de bioética del Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental de Villahermosa, de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de Febrero de 1984. Así mismo, el estudio se apegó a la declaración de Helsinki de 1964, que establece las normas éticas para la investigación. Durante su

proceso, se respetó la autonomía de los sujetos, así como su integridad física, psíquica y social. Se obtuvo el consentimiento pleno y explícito por parte de los participantes por medio de una carta de consentimiento informado. (Anexo 4)

## **8. Resultados**

### **8.1 Características sociodemográficas de la muestra**

En el presente estudio se incluyeron 50 pacientes con trastornos afectivos, de los cuales 66 % pertenecían al género femenino y 34% al género masculino. La media de edad de los pacientes fue de 41.52 años y en promedio contaban con 8.72 años escolarizados. Además, 64% de los pacientes tenían una relación de pareja y 44% contaban con un trabajo remunerado. (Tabla 1)

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de los pacientes con trastornos afectivos estudiados del Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental.

| <b>Característica</b>    | <b>Media <math>\pm</math> DE, frecuencia (%)</b> |
|--------------------------|--|
| <b>Edad</b>              |  |
| Años                     | 41.52 $\pm$ 12.30                                |
| <b>Educación</b>         |  |
| Años                     | 8.72 $\pm$ 3.21                                  |
| <b>Sexo</b>              |  |
| Mujeres                  | 33 (66 %)  |
| Hombres                  | 17 (34 %)  |
| <b>Estado civil</b>      |  |
| Soltero                  | 12 (24 %)  |
| Casado                   | 19 (38 %)  |
| Unión libre              | 13 (26 %)  |
| Viudo                    | 1 (2 %)  |
| Divorciado               | 5 (10 %)   |
| <b>Tipo de ocupación</b> |  |
| Remunerado               | 22 (44 %)  |
| No remunerado            | 28 (56 %)  |

Fuente: Servicio de Consulta Externa y servicio de Urgencias del Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental en el periodo de Septiembre – Octubre 2019.

## **8.2 Características clínicas de los pacientes con trastornos afectivos**

Los tipos de trastornos afectivos más frecuentemente diagnosticados entre los pacientes fueron, en primer lugar el trastorno depresivo mayor (36%), trastorno mixto ansio-depresivo (20%), trastorno depresivo breve recurrente (16%) y trastorno afectivo bipolar tipo II (12%), mientras que el trastorno bipolar tipo I y el trastorno depresivo persistente fueron los menos frecuentes. Por otro lado, la

mayoría de los pacientes no contaban con antecedentes de hospitalización (62%) y en promedio eran tratados con 2 psicofármacos. (Tabla 2)

**Tabla 2.** Características clínicas de los pacientes con trastornos afectivos estudiados del Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental.

| <b>Característica</b>          | <b>Media <math>\pm</math> DE, frecuencia (%)</b> |
|--------------------------------|--|
| <b>Trastorno diagnosticado</b> |  |
| Afectivo Bipolar I             | 4 (8 %)  |
| Afectivo Bipolar II            | 6 (12 %)   |
| Depresivo Mayor                | 18 (36%)   |
| Mixto ansio-depresivo          | 10 (20 %)  |
| Depresivo Persistente          | 4 (8 %)  |
| Depresivo Recurrente           | 8 (16 %)   |
| <b>Hospitalizaciones</b>       |  |
| Sí                             | 19 (38 %)  |
| No                             | 31 (62 %)  |
| <b>Hospitalizaciones</b>       |  |
| Veces                          | 2.52 $\pm$ 1.44                                  |
| <b>Fármacos recetados</b>      |  |
| Cantidad                       | 2.46 $\pm$ 0.79                                  |

Fuente: Servicio de Consulta Externa y servicio de Urgencias del Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental en el periodo de Septiembre - Octubre 2019.

### **8.3 Autoestigma entre los pacientes con trastornos afectivos**

En general, los pacientes presentaron una puntuación total de (54.08  $\pm$  16.04), alcanzando mayores puntuaciones en la subescala de divulgación (22.18  $\pm$  7.23) y la subescala de discriminación (21.66  $\pm$  7.94), mientras que los puntajes en la subescala de aspectos positivos fueron menores (10.24  $\pm$  4.65). Asimismo, la

proporción de los pacientes con falta de apego al tratamiento (no adherentes) fue mayor en comparación con los pacientes con buen apego terapéutico (adherentes). (Tabla 3)

**Tabla 3:** Puntuaciones de las escalas DAI y King en los pacientes con trastornos afectivos estudiados del Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental.

| <b>Escala</b>                                      | <b>Media <math>\pm</math> DE, frecuencia (%)</b> |
|--|--|
| <b>Escala de estigma de King</b>                   |  |
| Subescala de discriminación                        | 21.66 $\pm$ 7.94                                 |
| Subescala de divulgación                           | 22.18 $\pm$ 7.23                                 |
| Subescala de aspectos positivos                    | 10.24 $\pm$ 4.65                                 |
| Puntuación total                                   | 54.08 $\pm$ 16.04                                |
| <b>Inventario de actitudes hacia la medicación</b> |  |
| Adherente  | 12 (24 %)  |
| No adherente                                       | 38 (76 %)  |

Fuente: Servicio de Consulta Externa y servicio de Urgencias del Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental en el periodo de Septiembre-Octubre 2019.

#### **8.4 Asociación entre el autoestigma y la adherencia terapéutica en pacientes con trastornos afectivos**

En este estudio, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la adherencia terapéutica y el autoestigma, ya que al analizar las diferencias entre pacientes de acuerdo a su grado de adherencia terapéutica, se encontró que aquellos no adherentes obtuvieron una puntuación general mayor en la escala de estigma internalizado de King, mostrando principalmente diferencias en la subescala de discriminación (19.79  $\pm$  7.34 vs 27.58  $\pm$  7.01; t-3.24; p <0.01) (Tabla 4).

**Tabla 4.** Asociación de la escala de King de estigma internalizado (autoestigma) con la adherencia terapéutica en pacientes con trastornos afectivos estudiados del Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental de Villahermosa.

| <b>Característica</b>            | <b>Adherente</b> | <b>No adherente</b> | <b>t, p</b>            |
|----------------------------------|------------------|---------------------|------------------------|
| <b>Escala de estigma de King</b> |                  |                     |                        |
| Subescala de discriminación      | 19.79 ± 7.34     | 27.58 ± 7.01        | <b>-3.24, &lt;0.01</b> |
| Subescala de divulgación         | 20.89 ± 7.39     | 26.25 ± 5.01        | <b>-2.34, &lt;0.02</b> |
| Subescala de aspectos positivos  | 8.74 ± 4.06      | 15.00 ± 2.86        | <b>-4.96, &lt;0.01</b> |
| Puntuación total                 | 49.42 ± 14.46    | 68.83 ± 11.45       | <b>-4.24, &lt;0.01</b> |

Fuente: Servicio de Consulta Externa y servicio de Urgencias del Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental en el periodo de Septiembre-Octubre 2019.

### **8.5 Asociación entre la adherencia terapéutica y las características sociodemográficas en pacientes con trastornos afectivos**

Al examinar las discrepancias entre ambos grupos (adherentes y no adherentes), se observa que los pacientes no adherentes tuvieron una media de edad de 46.92 ( $\pm$  12.15) años; en su mayoría fueron de sexo femenino con un 68.4 % y el 57.9 % de ellos tienen un trabajo no remunerado. Además, se encontró una asociación significativa entre el estado civil del paciente con la adherencia al tratamiento, evidenciando que los pacientes que no tienen pareja (solteros), presentan una menor adherencia, mientras que 66% de los pacientes con buena adherencia estaban casados ( $t= 10.94$ ;  $p 0.03$ ) (Tabla 5).

**Tabla 5.** Relación de características sociodemográficas y adherencia terapéutica en pacientes con trastornos afectivos estudiados del Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental.

| Característica      | Adherente     | No adherente  | $\chi^2 / T, p$    |
|---------------------|---------------|---------------|--------------------|
| <b>Edad</b>         |               |               |                    |
| Años                | 39.82 ± 12.01 | 46.92 ± 12.15 | -1.78, 0.08        |
| <b>Educación</b>    |               |               |                    |
| Años                | 9.05 ± 3.12   | 7.67 ± 3.42   | 1.31, 0.20         |
| <b>Sexo</b>         |               |               |                    |
| Femenino            | 7 (58.3 %)    | 26 (68.4 %)   | 0.41, 0.38         |
| Masculino           | 5 (41.7 %)    | 12 (31.6 %)   |                    |
| <b>Estado civil</b> |               |               |                    |
| Soltero             | 0 (0 %)       | 12 (31.6 %)   | <b>10.94, 0.03</b> |
| Casado              | 8 (66.7 %)    | 11 (28.9 %)   |                    |
| Unión libre         | 2 (16.7 %)    | 11 (28.9 %)   |                    |
| Viudo               | 1 (8.3%)      | 0 (0 %)       |                    |
| Divorciado          | 1 (8.3%)      | 4 (10.5 %)    |                    |
| <b>Empleo</b>       |               |               |                    |
| Remunerado          | 6 (50 %)      | 16 (42.1 %)   | 0.23, 0.44         |
| No remunerado       | 6 (50 %)      | 22 (57.9 %)   |                    |

Fuente: Servicio de Consulta Externa y servicio de Urgencias del Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental en el periodo de Septiembre - Octubre 2019.

### **8.6 Relación entre la adherencia terapéutica y las características clínicas en pacientes con trastornos afectivos**

No se encontraron diferencias significativas entre las variables clínicas (tipo de diagnóstico, número de fármacos y número de hospitalizaciones) con la adherencia al tratamiento. Sin embargo, los pacientes con trastorno depresivo mayor (TDM) mostraron una mayor falta de adherencia al tratamiento (42.1 %) en comparación a los pacientes con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar tipo I (TAB I) (5.3 %). (Tabla 6)

**Tabla 6.** Relación de características clínicas y adherencia en pacientes con trastornos afectivos estudiados del Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental.

| <b>Característica</b>          | <b>Adherente</b> | <b>No adherente</b> | <b><math>\chi^2 / T, p</math></b> |
|--------------------------------|------------------|---------------------|-----------------------------------|
| <b>Hospitalizaciones</b>       |                  |                     |                                   |
| Sí                             | 3 (25 %)         | 16 (42.1 %)         | 1.13, 0.24                        |
| No                             | 9 (75 %)         | 22 (57.9 %)         |                                   |
| <b>Hospitalizaciones</b>       |                  |                     |                                   |
| Veces                          | 2.47 ± 1.50      | 2.75 ± 1.26         | -0.34, 0.74                       |
| <b>Fármacos recetados</b>      |                  |                     |                                   |
| Cantidad                       | 2.50 ± 0.83      | 2.33 ± 0.65         | 0.64, 0.53                        |
| <b>Trastorno diagnosticado</b> |                  |                     |                                   |
| Afectivo Bipolar I             | 2 (16.7 %)       | 2 (5.3 %)           | 4.30, 0.51                        |
| Afectivo Bipolar II            | 1 (8.3 %)        | 5 (13.2 %)          |                                   |
| Depresivo Mayor                | 2 (16.7 %)       | 16 (42.1 %)         |                                   |
| Mixto                          | 3 (25 %)         | 7 (18.4 %)          |                                   |
| Depresivo Persistente          | 1 (8.3%)         | 3 (7.9 %)           |                                   |
| Depresivo Recurrente           | 3 (25 %)         | 5 (13.2 %)          |                                   |

Fuente: Servicio de Consulta Externa y servicio de Urgencias del Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental en el periodo de Septiembre - Octubre 2019.

## 9. Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo demostrar una asociación entre la adherencia terapéutica de los pacientes con diagnóstico de trastornos afectivos y el grado de autoestigma percibido por los mismos. La elección de la población del estudio se basó principalmente en que estos trastornos (afectivos) presentan características heterogéneas, tienen por lo general un curso crónico y las alteraciones mentales conllevan a un grado de disfuncionalidad importante, que se corrobora con las cifras cada vez mayores en cuanto a su prevalencia dentro de las enfermedades que causan mayor discapacidad a nivel mundial, como lo menciona el National Institute of Mental Health (Caycedo *et al.*, 2011).

La adherencia terapéutica se ha intentado explicar con diversas teorías, como mencionan Sackett y Haynes, quienes en su estudio sobre la adherencia llegaron a citar más de 200 variables que podían relacionarse con la persona, el mismo tratamiento, el entorno y el personal sanitario (Pisano *et al.*, 2014). En las primeras investigaciones sobre este tema, se centraban en su mayoría en aspectos sociodemográficos y otras características del paciente y del tratamiento, dejando a un lado, factores relacionados con la actitud, expectativas y relación médico-paciente (Serrano *et al.*, 2014).

Como se observó en el presente análisis, los participantes del estudio fueron en mayor parte del sexo femenino, con un empleo no remunerado, con promedio de edad de 41.53 años y escolaridad promedio de 8.72 años, siendo ésta última, una variable importante, ya que se ha comprobado en otros estudios que la baja



escolaridad se encuentra dentro de uno de los factores más importantes que pudiese influir en la comprensión de la enfermedad, de las indicaciones médicas y de los esquemas de tratamiento necesarios. Con respecto al tratamiento que recibían, el promedio fue de 2 fármacos, concluyendo que son pacientes sin polifarmacia, así como el 62% no habían sido hospitalizados, por lo que pudiese decirse que el grado de disfunción que presentaban estos pacientes no era de una gravedad considerable, sin embargo, los resultados sobre el autoestigma percibido muestran otros datos, y finalmente la adherencia al tratamiento se ve influenciada, ya que es baja o nula en la mayoría de ellos.

En el informe realizado por Touriño en 2009, se menciona que en diferentes investigaciones no se han encontrado diferencias relevantes en la adherencia terapéutica por diferencia de género, sin embargo, otros autores han observado un peor cumplimiento en el género masculino, y suponen que quizás se deba a un mayor uso comórbido de sustancias y mayor frecuencia de episodios maníacos en los diagnosticados como bipolares (Touriño, 2009). En este contexto, nuestros resultados correlacionaron al sexo femenino como el género con menor adherencia (68.4%), así como refleja que la mayoría de los pacientes no adherentes se encuentran solteros, sin embargo no se recolectaron datos sobre uso y abuso de sustancias / alcohol en esta muestra. Por otro lado, los resultados sobre el estado civil de los pacientes que son adherentes son similares al estudio previamente mencionado, en donde se considera que el matrimonio puede ser un

factor positivo y de protección, ya que predispone a mayor adherencia, cuidados y mejor red de apoyo (Tourño, 2009).

Respecto a los diagnósticos clínicos del estudio se presentan como los 3 diagnósticos afectivos más frecuentes: el trastorno depresivo mayor con 36%, trastorno mixto ansio-depresivo con 20% y el trastorno depresivo recurrente con el 16%, comparable con el estudio realizado en el Instituto Jalisciense de Salud Mental, donde el porcentaje de los trastornos afectivos en una muestra de 100 pacientes representó el 8% de su población de estudio, entre el resto de los trastornos psiquiátricos (Flores *et al.*, 2012).

En cuanto a la adherencia terapéutica evaluada, un 66% de la muestra del estudio se determinó como no adherente, resultado similar a un estudio realizado por Cuevas (2015) sobre adherencia terapéutica, donde se reportan tasas medias de 35-60% de no adherencia en una muestra similar. En otros estudios clínicos, que incluían supervisión constante de los pacientes y sus familias durante la toma de la medicación, se reportan tasas menores de abandono de alrededor de un 20-40%, porcentaje que pudiera ser probablemente más elevado en un contexto clínico habitual, donde esa supervisión se encuentra ausente (Pacheco *et al.*, 2011). En cuanto a la escala de King, utilizada para determinar la percepción de autoestigma, los pacientes presentaron una puntuación total de 54.08, que representa más de la mitad del puntaje máximo (112), por lo que se determinó un grado de autoestigma moderado, pero que se correlaciona de manera estadísticamente significativa con la no adherencia al tratamiento psiquiátrico. Las

puntuaciones de las subescalas de divulgación y discriminación presentaron mayor puntuación e impacto, lo que habla de una mayor percepción de aspectos negativos hacia la enfermedad, confirmando los informes publicados en un estudio realizado en pacientes con trastorno afectivo bipolar por Cayceo et al. en 2011, donde afirman que la enfermedad mental es vista como algo extraño, atribuido a cosas mágicas o a juicios de valor, y que provocan que los pacientes se sientan marginados, por lo que esconden o niegan su enfermedad ante la sociedad como un mecanismo de defensa social. Así mismo, Pacheco P et al., afirman que los factores con mayor importancia para predecir adherencia en pacientes psiquiátricos son estas creencias, las cuales explican hasta un 20% de la varianza en pacientes con enfermedades crónicas en su investigación. En comparación con la subescala de aspectos positivos hacia la enfermedad, se obtuvo una puntuación de 10.24, la cual representa poca introspección y aceptación de enfermedad, ya que como menciona Livingston y Boyd en una de las revisiones internacionales más completas publicadas hasta el momento sobre el tema, el contar con variables positivas psicosociales como esperanza, autoestima, empoderamiento, autoeficacia, calidad de vida y variables sociales como apoyo social e integración a la comunidad se relacionan significativamente de manera inversa con el autoestigma (Garay et al., 2014).

## 10. Conclusiones y Recomendaciones

La adherencia terapéutica es menor a mayor autoestigma percibido por los pacientes con trastornos afectivos, lo que puede condicionar una tórpida evolución del padecimiento. Considerando los datos anteriores, resulta de vital importancia comprender, explorar y abordar el tema del autoestigma en nuestros pacientes, sobre todo en aquéllos en los que la adherencia representa el principal fallo en su evolución o que es el motivo de múltiples recaídas. De esta manera, se ampliaría el panorama de la problemática y podríamos así, replantear a manera institucional, el abordaje de los pacientes y la psicoeducación que se recibe al respecto de las enfermedades mentales en las atenciones que se brindan diariamente.

Son necesarios estudios adicionales sobre satisfacción con el tratamiento con psicofármacos y sobre las estrategias dirigidas a mejorar el cumplimiento del tratamiento, recomendando que la adherencia debería evaluarse de forma rutinaria siempre que se prescriba o revise la medicación de un paciente. Por tanto, la medición y evaluación del cumplimiento debería formar parte del protocolo de la práctica clínica psiquiátrica, tanto en pacientes con trastornos de evolución crónica, como en aquéllos donde se presenta un primer episodio.

## 11. Referencias Bibliográficas

- Ahmedani, B. K. (2011). Mental Health Stigma: Society, Individuals, and the Profession. *Journal of social work values and ethics*, 8(2), 41-416.
- Berenzon, S., Lara M., Robreles R., & M., M.-M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55, 74-80
- Caycedo, B., M., Herrera, S., & Offir Jiménez, K. (2011). Descripción de los factores de riesgo para recaída en pacientes con diagnóstico de trastorno mental. , 9(2), 141-158. Recuperado de. *Revista Ciencias de la Salud*, 9(9), 141-158.
- De las Cuevas, C., & Sanz, E. (2015). Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 7. doi:10.1016/j.rips.2015.10.001
- DSM-5. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* American Psychiatric Association
- Flores Reynoso, S., Medina Davalos, R., & Robles Garcia, R. (2011). Estudio de traducción al español y evaluación psicométrica de una escala para medir el estigma internalizado en pacientes con trastornos mentales graves. *Salud Mental*, 333-339.
- Flores, R. R., Medina Davalos R., Robles Garcia R., & Paez Agraz F. (2012). Estigma internalizado y apego al tratamiento en los trastornos mentales severos y persistentes *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 82-89
- Garay, M., Puosa, V., & Perez, L. (2014). La relación entre la percepción subjetiva del funcionamiento cognitivo y el autoestigma con la experiencia de recuperación de las personas con enfermedad mental grave. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 459-475.
- GBD (2017). Global Burden of Disease Study 2017 Retrieved
- Kane, J., Kissling W., Lambert T., & E, P. (2009). Adherence rating scales *An international educational activity developed*.
- King, M. (2007). The Stigma Scale: development of a standardsided measure of the stigma of mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 248-254.
- Martínez, X. G., Cabeza, M. M., Pascuale, M. S., & , B. (2015). Trastornos del humor: trastornos depresivos. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(85), 5064-5074.
- Mascayano, T. F., Lips Castro, W., Mena Poblete, C., & Manchego Soza, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones %J *Salud mental*. 38, 53-58.

- Mizuno, M. (2017). Development of Japanese version of King's Stigma Scale and its short version: Psychometric properties of a self-stigma measure. . *Psychiatry and Clinical Neurosciences*(189-197).
- Muñoz , M., Sanz M., & Pérez Santos E. (2011). Estado del conocimiento sobre el estigma internalizado desde el modelo socio-cognitivo-comportamental. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 7 41- 50
- OMS. (2018). Organización Mundial de la Salud  
Retrieved from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Pacheco, P., Bernardo, & Aránguiz G, C. (2011). Factores relacionados a la adherencia a tratamiento en adolescentes con depresión %J *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 49, 69-78.
- Pardo, C. E. E., Fierro, M., & Ibáñez Pinilla, M. (2011). Prevalencia y factores asociados a la no adherencia en el tratamiento farmacológico de mantenimiento en adultos con trastorno afectivo bipolar\* %J *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 40, 85-98.
- Párraga, Martínez I., López- Torres Hidalgo, J., del Campo del Campo, J. M., Villena Ferrer , A., Morena Rayo, S., & Escobar Rabadán, F. (2014). Seguimiento de la adherencia al tratamiento antidepresivo en pacientes que inician su consumo *Atención primaria*, 46-(7), 357-366.
- Pérez , E. R. (2017). Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones %J *Revista de la Facultad de Medicina (México)*. 60, 7-16.
- Pisano, G. M., & González, P., Ana (2014). La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *Enfermería Clínica*, 24(1), 59-66.
- Pisano Gonzalez, M., & Gonzalez Pisano, A. (2013). La modificación de los hábitos y la adherencia terpaéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *Enfermería Clínica*, 59-66.

- Sadock, B., Alcott, V., & Ruiz, P. (2015). Kaplan & Sadock Sinopsis de Psiquiatría. In (11 ed., pp. 1460).
- Serrano, Vives M., Mateu C., Vicens C., Molina R., Puebla-Guedea M., & M., G. (2014). Adherencia terapéutica en pacientes depresivos de atención primaria: un estudio longitudinal. *Actas Española de Psiquiatría*, 42(3), 91-98.
- Solano, N., Gorn, S., & Reyes, J. (2015). Salud mental y atención primaria en México. Posibilidades y retos. *Atencion primaria / Sociedad Espanola de Medicina de Familia y Comunitaria*, 48. doi:10.1016/j.aprim.2015.05.005
- Suárez, M. Z., Montes, M. G., Jarabo, D. S., & S., F. G. L. (2015). Trastorno Bipolar. *Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(85), 5075-5085.
- Touriño, R. (2009). La adherencia en los trastornos afectivos *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 9(1), 49-63
- Townsend, L., Floersch, J., & Findling, R. L. (2009). Adolescent attitudes toward psychiatric medication: the utility of the Drug Attitude Inventory. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 50(12), 1523-1531. doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02113.x
- Velázquez, A., Sánchez Sosa, J., & Lara, M. d., & Senties, H. (2000). El abandono del tratamiento psiquiátrico: motivos y contexto institucional. *Revista De Psicología*, 18 (2), 315-340.
- Vilela, M. M., Martínez Salinas I., Andrade- González N., & Guillermo, L. (2017). Tratamiento farmacológico de la depresión: comparación entre las principales Guías de Practica Clínica *Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud*, 2(1), 72-84

## 12. Anexos

### Anexo 1. Datos sociodemográficos y clínicos

NOMBRE: \_\_\_\_\_

HOMBRE ( )                      MUJER ( )

EDAD: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD (EN AÑOS): \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

INTERNAMIENTOS: SI ( ) # INTERNAMIENTOS ( )                      NO ( )

NÚMERO DE MEDICAMENTOS DE SU TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

### Anexo 2. Inventario de Actitudes hacia la Medicación (DAI)

#### 4.7. Inventario de Actitudes hacia la Medicación (Drug Attitude Inventory, DAI)

Lea detenidamente cada una de las frases siguientes y decida si para usted son verdaderas o falsas. Las frases se refieren únicamente a la medicación psiquiátrica que toma actualmente. Si una frase es verdadera o en su mayor parte verdadera, rodee con un círculo la V. Si una frase es falsa o en su mayor parte falsa, rodee con un círculo la F. Si desea cambiar alguna respuesta, tache con un X la respuesta errónea y marque con un círculo la respuesta correcta.

|   |   |   |
|---|---|---|
| 1. Para mí lo bueno de la medicación supera lo malo                             | V | F |
| 2. Me siento raro/a, como un zombi con la medicación                            | V | F |
| 3. Tomo medicación por decisión mía   | V | F |
| 4. La medicación hace que me sienta más relajado/a                              | V | F |
| 5. La medicación hace que me sienta cansado/a y lento/a                         | V | F |
| 6. Tomo medicación sólo cuando estoy enfermo/a                                  | V | F |
| 7. Me siento más normal con la medicación                                       | V | F |
| 8. Es antinatural para mi mente y mi cuerpo estar controlado/a por medicaciones | V | F |
| 9. Mis pensamientos son más claros con medicación                               | V | F |
| 10. Por estar con medicación puedo prevenir caer enfermo                        | V | F |



### Anexo 3. Escala de estigma internalizado de King

#### Escala de Estigma de King et al. Versión en español

Instrucciones: Lea cuidadosamente los siguientes enunciados y elija en qué proporción está de acuerdo o en desacuerdo con que esto le sucede a usted

| Enunciado   | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|---|-----------------------|------------|--------------------------------|---------------|--------------------------|
| 1 He sido discriminado en mi vida escolar (primaria, secundaria, preparatoria o profesional), debido a mis problemas de salud mental. |                       |            |                                |               |                          |
| 2 Algunas veces siento que se me da por mí lado debido a mis problemas de salud mental.   |                       |            |                                |               |                          |
| 3 El haber tenido problemas de salud mental me ha convertido en una persona más comprensiva.  |                       |            |                                |               |                          |
| 4 No me siento mal por haber tenido problemas de salud mental.  |                       |            |                                |               |                          |
| 5 Me preocupa decirle a la gente que recibo tratamiento psicológico.  |                       |            |                                |               |                          |
| 6 Algunas personas con problemas de salud mental son peligrosas.  |                       |            |                                |               |                          |
| 7 La gente ha sido comprensiva con mis problemas de salud mental.   |                       |            |                                |               |                          |
| 8 He sido discriminado por la policía debido a mis problemas de salud mental.   |                       |            |                                |               |                          |
| 9 He sido discriminado por mis patrones o jefes en el trabajo debido a mis problemas de salud mental.                                 |                       |            |                                |               |                          |
| 10 Mis problemas de salud mental me han convertido en alguien que acepta mejor a los demás.   |                       |            |                                |               |                          |
| 11 Con mucha frecuencia me siento solo debido a mis problemas de salud mental.  |                       |            |                                |               |                          |
| 12 Me asusta cómo reaccionarán los demás si se enteran que tengo problemas de salud mental.   |                       |            |                                |               |                          |
| 13 Habría tenido mejores posibilidades en la vida si no tuviese problemas de salud mental.  |                       |            |                                |               |                          |
| 14 No me preocupa que la gente de mi vecindario sepa que he tenido problemas de salud mental.   |                       |            |                                |               |                          |
| 15 Diría que he tenido problemas de salud mental cuando estoy solicitando un trabajo o empleo.  |                       |            |                                |               |                          |
| 16 Me preocupa decirle a la gente que tomo medicamentos o tabletas para mis problemas de salud mental.                                |                       |            |                                |               |                          |
| 17 Las reacciones de la gente hacia mis problemas de salud mental me hacen callarme cosas para mí mismo.                              |                       |            |                                |               |                          |
| 18 Estoy enojado con la manera en que la gente ha reaccionado a mis problemas de salud mental.  |                       |            |                                |               |                          |
| 19 No he tenido ningún problema con los demás debido a mis problemas de salud mental.   |                       |            |                                |               |                          |
| 20 He sido discriminado por profesionales de la salud debido a mis problemas de salud mental.   |                       |            |                                |               |                          |
| 21 La gente me ha evitado debido a mis problemas de salud mental.   |                       |            |                                |               |                          |
| 22 La gente me ha insultado debido a mis problemas de salud mental.   |                       |            |                                |               |                          |
| 23 Haber tenido problemas de salud mental me ha convertido en una persona más fuerte.   |                       |            |                                |               |                          |
| 24 No me siento avergonzado debido a mis problemas de salud mental.   |                       |            |                                |               |                          |
| 25 Evito decirle a la gente acerca de mis problemas de salud mental.  |                       |            |                                |               |                          |
| 26 Haber tenido problemas de salud mental me hace sentir que la vida es injusta.  |                       |            |                                |               |                          |
| 27 Siento la necesidad de esconder a mis amigos mis problemas de salud mental.  |                       |            |                                |               |                          |
| 28 Se me hace difícil decirle a la gente que tengo problemas de salud mental.   |                       |            |                                |               |                          |

## Anexo 4. Carta de consentimiento informado

### HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Villahermosa, Tabasco a \_\_\_\_\_

Estimado usuario:

Le informamos del desarrollo de un estudio de investigación que estamos llevando a cabo sobre la importancia de detectar niveles de autoestigma (estigma internalizado) en los pacientes que han sido diagnosticados con algún trastorno del estado de ánimo (afectivos).

El procedimiento de la investigación se llevará a cabo mediante la aplicación de dos escalas auto aplicables; una de ellas con relación hacia la medicación que toma y otra acerca de sus sentimientos y/o percepción de su diagnóstico, con el objetivo de analizar posteriormente si las respuestas brindadas tienen alguna relación con la adherencia al tratamiento que usted tiene indicado. El tiempo de aplicación aproximado es de 3 a 5 minutos.

Los beneficios de conocer esta relación son para poder detectar y analizar mejores formas de impartir información a los pacientes sobre sus diagnósticos y tratamientos, y en algunos casos para analizar mejores estrategias en cuanto a la atención que se les brinda en este servicio de consulta.

El participante puede retirar su consentimiento en cualquier momento de la valoración y se le garantiza que, en ese caso, su atención clínica y médica no se verá afectada por ningún motivo.

La información personal del participante y los resultados de las presentes encuestas permanecerán estrictamente confidenciales; en caso de que así lo solicite, se le informará acerca de los resultados de las entrevistas.

YO:

\_\_\_\_\_

acepto participar en el estudio de investigación "Evaluación del autoestigma en trastornos afectivos y su relación con la adherencia terapéutica"; por lo tanto, doy mi consentimiento voluntario para realizar las pruebas y preguntas que se me tengan que realizar para dicho estudio.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL INVESTIGADOR