

# Prevalencia y factores asociados a la no adherencia en el tratamiento farmacológico de mantenimiento en adultos con trastorno afectivo bipolar\*

Elvia Elena Pardo Cely<sup>1</sup>  
Marco Fierro<sup>2</sup>  
Milciades Ibáñez Pinilla<sup>3</sup>

## Resumen

**Introducción:** Este artículo busca determinar la prevalencia y los factores asociados a la no adherencia en el tratamiento de mantenimiento de pacientes adultos con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar. **Métodos:** Estudio de corte transversal con 124 pacientes ambulatorios. Se evaluó la adherencia al tratamiento de mantenimiento con el cuestionario de Morisky-Green. Se usó, además, la escala de impresión clínica global modificada para el trastorno bipolar (CGI-BPM) y el test de Apgar familiar. **Resultados:** La prevalencia de la no adherencia al tratamiento farmacológico de mantenimiento fue del 29,8%, y fue mayor para las mujeres (64,9%) que para los hombres (35,1%), si bien la diferencia no fue estadísticamente significativa ( $p=0,17$ ). Los factores que de manera estadísticamente significativa se asociaron a la no adherencia fueron: mayor gravedad de la enfermedad (OR 1,9), antecedente de no adherencia (39%,  $p=0,001$ ), menor *insight* (87%, RP 4,65), haberse sentido estigmatizado por padecer la enfermedad (50%, RP 6,2), el hábito de fumar (47,6%,  $p=0,048$ ), mayor disfunción familiar, no contar con familiares que ayuden al paciente en la toma del medicamento (73%,  $p=0,001$ ) y percepción negativa del médico tratante (100%,  $p=0,001$ ). **Conclusiones:** La prevalencia estuvo dentro del rango de otros estudios publicados. Los factores asociados a la no adherencia fueron: mayor gravedad de la enfermedad, sentirse estigmatizado, antecedentes de falta de adherencia, pobre *insight*, el hábito de fumar, disfunción familiar, no tener familiares que ayuden a tomar el medicamento y la percepción negativa del médico tratante.

**Palabras clave:** Trastorno bipolar, adherencia farmacológica, cumplimiento del paciente, severidad de la enfermedad, estigma social.

---

\* Este artículo es parte de la tesis Trastorno Afectivo Bipolar y adherencia Farmacológica, para optar al título como especialista en psiquiatría, Universidad del Rosario, 2011.

<sup>1</sup> MD. Residente de psiquiatría, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.

<sup>2</sup> MD, MA. Médico psiquiatra. Profesor de psiquiatría, Departamento de Psiquiatría, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.

<sup>3</sup> M.Sc. Estadístico, magíster en epidemiología. Docente de Investigación, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.

**Title: Prevalence and Associated Factors of Non-Adherence to Treatment in Bipolar Disorder**

**Abstract**

*Introduction:* This study aims to determine the prevalence and factors associated with non-adherence in maintenance treatment of adult patients diagnosed with bipolar disorder. *Methods:* Cross sectional study with 124 patients. Adherence to treatment was evaluated by the Morisky-Green Test. A structured questionnaire was applied. It included variables associated with demographics factors and factors related to the patient, illness, treatment, family, therapeutic relationship, and health system. The Global Impression Scale Modified for Bipolar Disorder (CGI-BPM) and Family Apgar were used as well. *Results:* The prevalence of non-adherence to maintenance drug treatment was 29.8%. It was greater in women (64.9%) than men (35.1%), although this difference was not statistically significant ( $p = 0.17$ ). The factors statistically significant associated with non-adherence factors were: Increased severity of the disease (OR 1.9), history of non-adherence (39%  $P=0,001$ ), negative perception of the psychiatrist (100%,  $P=0.001$ ), less insight (87%,  $RP4.65$ ), greater stigma (50%,  $RP 6.2$ ), having no family member to remind taking the drug (73%,  $P=0.001$ ). *Conclusions:* The prevalence was inside the range found in other studies. The statistically significant factors associated with non-adherence were: Severity of disease, history of non-compliance, stigma, no family support, poor insight, smoking habit, and negative perception of the psychiatrist.

**Key words:** Bipolar disorder, medication adherence, patient compliance, severity of illness index, social stigma.

**Introducción**

El trastorno afectivo bipolar (TAB) es una enfermedad crónica

caracterizada por periodos de crisis y remisión; tiene, por otra parte, repercusiones importantes en la calidad de vida del paciente, la familia y la sociedad (1,2). La prevalencia se ha estimado entre el 1% y 2% en los distintos grupos étnicos; sin embargo, en estudios poblacionales recientes se han observado prevalencias más elevadas, cercanas al 5%, si se incluyen en el tema los trastornos del espectro bipolar (3-5).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha clasificado este trastorno como la sexta causa de discapacidad en todo el mundo para el grupo de edad de 15 a 44 años, y como la novena causa cuando se incluye todas las edades (6).

Los gastos que genera el TAB son elevados: se sitúan en el séptimo lugar, en cuanto a costos, dentro de las enfermedades mundiales no mortales, con un cálculo aproximado de 45.000 millones de dólares en los Estados Unidos durante 1999, y de 2.000 millones de libras esterlinas en Gran Bretaña en 2000, si bien es necesario aclarar que en dichas estimaciones no se incluyeron los trastornos de espectro bipolar, lo cual elevaría mucho más la cifra (7,8).

Con una atención integral y oportuna es posible conseguir la remisión de la sintomatología y espaciar el periodo entre una crisis y otra. En este aspecto, los medicamentos juegan un rol importante, tanto en la fase aguda de la enfermedad como en la de mantenimiento, pues tras la resolución de un episodio la profilaxis

a largo plazo es necesaria con el fin de prevenir las recurrencias (9,10).

A pesar de que en la actualidad se dispone de una amplia gama de medicamentos eficaces para el tratamiento del TAB, los resultados siguen siendo afectados por la adherencia a lo prescrito. Es aquí donde existe una brecha entre los hallazgos de los ensayos clínicos y la realidad de la práctica cotidiana (11,12). Por otra parte, el hecho de incumplir con el tratamiento profiláctico aumenta las recurrencias, los ingresos hospitalarios y el riesgo suicida, y acrecienta el deterioro cognitivo (13,14).

El abandono terapéutico ocurre con una prevalencia que varía entre el 20% y el 60%, con una mayor frecuencia en el 41%, de los pacientes que acuden a recibir un tratamiento a centros de salud mental. El abandono puede sobrepasar el 60% cuando se tiene en cuenta la falta de asistencia a la primera cita, la de toma de contacto, lo cual constituye el abandono más precoz que puede existir, pues ni siquiera se llega a comenzar una terapia (12-15).

La adherencia farmacológica es un fenómeno complejo, condicionado por múltiples variables de diferente naturaleza. Los factores asociados a la no adherencia se han agrupado en cuatro categorías, relacionadas respectivamente con: 1) el paciente; 2) la enfermedad; 3) la atención del médico tratante y de la institución de salud; y 4) el tratamiento (14,16-19).

La OMS ha definido adherencia como “el grado en que el compor-

tamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”. La no adherencia en enfermedades crónicas ocasiona gran preocupación, debido a que el alto costo generado se constituye en un problema de salud pública que va en aumento (20). En Colombia no hay cifras sobre la prevalencia de la falta de adherencia en trastornos mentales. El objetivo del presente estudio es determinar la prevalencia de la no adherencia y los factores asociados a ésta en pacientes con TAB que están recibiendo tratamiento farmacológico de mantenimiento.

## Métodos

### *Tipo de estudio y población*

Se realizó un estudio de corte transversal, en pacientes que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: 1) hombres y mujeres mayores de 18 años de edad; 2) tener diagnóstico de TAB de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV TR; 3) haber asistido a la consulta externa programada, o haber sido dado de alta de hospitalización en la Clínica del Oriente, de Yopal, Colombia (institución de salud mental de nivel II de complejidad), durante los meses de noviembre y diciembre de 2010.

Los criterios de exclusión fueron: 1) presentar síntomas psicóticos en

el momento de la entrevista; 2) estar hospitalizado en el momento de la entrevista.

### *Variables de estudio e instrumentos*

#### *VARIABLES DE FACTORES ASOCIADOS A NO ADHERENCIA*

El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario estructurado que contenía preguntas sobre información demográfica, y otras acerca de los factores asociados a la no adherencia; específicamente, los relacionados con el paciente, la familia, la enfermedad, el tratamiento y la relación con el terapeuta y el sistema de salud.

Siguiendo las recomendaciones realizadas por el consenso de expertos sobre adherencia de 2009 (21), también se incluyeron preguntas sobre estrato socioeconómico, régimen de seguridad social, situación laboral, procedencia (urbana o rural), estado laboral, nivel educativo, hábitos de consumo de sustancia adictivas, tipo de episodio más reciente del TAB, edad de inicio y del diagnóstico del TAB, recurrencias y sus características, número de hospitalizaciones previas, *insight*, comorbilidad con otro trastorno mental, intentos suicidas, haberse sentido estigmatizado, tipo de tratamiento, creencias sobre los medicamentos y el tratamiento, psicoterapias recibidas, y percepción de la atención y de la relación con el médico tratante, así como el

acompañamiento de la familia a las citas médicas y en la toma de los medicamentos.

La gravedad actual de la enfermedad fue evaluada con la escala de impresión clínica global modificada para el trastorno bipolar (CGI-BP-M) en la versión en castellano validada por E. Vieta *et al.* (22) La funcionalidad familiar fue medida con el instrumento test de Apgar, propuesto por Gabriel Smilkstein en 1978 (23,24), y modificado por Liliana Arias (25) en una versión más corta validada para Colombia. La interpretación de dicho instrumento se hace de la siguiente manera: de 7 a 10 puntos, la familia es normofuncional; entre 4 y 6 puntos, la familia tiene disfunción leve; y menos de 3 puntos, existe una disfunción grave en la familia.

#### *MEDICIÓN DEL DESENLACE*

La variable desenlace de no adherencia al tratamiento farmacológico de mantenimiento se evaluó con el cuestionario de Morisky-Green, un método subjetivo indirecto para medir la adherencia al tratamiento farmacológico de mantenimiento.

El instrumento consta de las siguientes preguntas: 1) ¿Se ha olvidado alguna vez de tomar el medicamento?; 2) ¿Se le olvida tomar el medicamento a la hora indicada?; 3) Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar el medicamento?; 4) Si alguna vez se siente mal, ¿deja de tomar el medicamento? Si se responde “no” a las cuatro preguntas se considera

que el paciente es adherente; en contraposición, si responde afirmativamente al menos una pregunta es considerado como no adherente. El cuestionario tiene una sensibilidad de 0,81, una especificidad de 0,44 y una fiabilidad (Cronbach) de 0,61 (26,27).

### *Procedimientos*

Se realizó una prueba piloto para evaluar la comprensión del cuestionario y el tiempo necesario para aplicarlo. Se revisó en la base de datos de la institución a los pacientes atendidos durante noviembre y diciembre de 2010 en consulta externa o dados de alta de hospitalización, con diagnóstico de TAB. Todos ellos fueron contactados telefónicamente e invitados a participar en el estudio. De manera previa a la aceptación por parte del paciente, y habiendo firmado el consentimiento informado, se les realizó a todos ellos la entrevista directa.

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEI) Campo Abierto, y la Dirección Científica de la Clínica del Oriente. Se aplicaron los instrumentos de evaluación, se revisó la historia clínica de cada paciente para corroborar los datos aportados y se verificó el registro de entrega de medicamento por parte de cada una de las empresas de salud (EPS) encargadas de proveerlos.

Se construyó una base de datos en Excel 2007, y se realizó control de

calidad de los datos con depuración de la información obtenida. Se hizo también un chequeo de la calidad de los datos digitados, mediante frecuencias y cruces.

### *Análisis estadístico*

Se describieron las variables cualitativas con frecuencias simples y relativas; y las variables cuantitativas, con promedios y medianas (medidas de tendencia central), así como con desviación estándar y rango (medidas de dispersión).

Se midió la prevalencia como medida de frecuencia relativa expresada en porcentaje. Se evaluó la asociación de los factores de variables cualitativas a la prueba asintótica  $\chi^2$  de Pearson o el test exacto de Fisher (valores esperados menores de 5) o razón de verosimilitud exacta. En las variables cuantitativas se evaluó la normalidad entre adherentes y no adherentes, con la prueba de Shapiro Wilk y Kolmogorov-Smirnov.

En los factores con variables ordinales (Apgar familiar, gravedad de la enfermedad) o cuantitativas que no cumplieran con el supuesto de normalidad se utilizó la prueba no-paramétrica de Mann Whitney, y, en caso de cumplir el supuesto, se utilizó la prueba T-Student para dos grupos independientes, en los que se evaluó previamente la normalidad de las varianzas con la prueba de Levene.

Se evaluó la asociación y su fuerza con razones de prevalencia, y

su respectivo intervalo de confianza del 95%. El análisis multivariado se realizó con un modelo de regresión logística incondicional. Las pruebas estadísticas se evaluaron a un nivel de significancia del 5% ( $p < 0,05$ ).

## Resultados

Durante noviembre y diciembre de 2010 fueron atendidos ambulatoriamente o dados de alta en la Clínica Psiquiátrica del Oriente 128 pacientes con diagnóstico de TAB (el 65%, por consulta externa, y el 35%, dados de alta de hospitalización). A 4 de ellos no se los pudo incluir en el estudio, dado que 2 vivían en la zona rural de Yopal y no pudieron ser localizados, y otros 2 se negaron a participar en la investigación.

En total participaron 124 pacientes; un 26,6% de ellos procedían del área rural; el género más común fue el femenino (67,7%). El promedio de edad fue de  $43,3 \pm 13,4$  años, con una edad mínima de 19 años, y máxima, de 84 años. El estrato socioeconómico varió entre 1 y 4; los más habituales fueron el 2 (36,3%), el 1 (29,8%) y el 3 (21,0%). El régimen de afiliación al sistema de salud incluyó: subsidiado (59,7%), contributivo (27,4%), régimen especial (10,5%) y vinculado (0,8%). El 50% de los pacientes habían cursado un grado igual o menor a quinto de primaria. De todos ellos, convivían con su pareja el 52,4%.

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 (vivir con la pareja) (tabla 1).

Por otra parte, se encontraron asociados significativamente a la no adherencia: el hábito de fumar (47,6% *vs.* 26,2%,  $RP=1,82$ , IC 95%: 1,05, 3,16,  $p=0,048$ ), el *insight* pobre (85,7% *vs.* 18,4%,  $RP=4,65$ , IC 95%: 2,99, 7,23,  $p < 0,001$ ), los menores valores en la mediana del Apgar familiar (6,0 *vs.* 8,0,  $p < 0,01$ , test de Mann Whitney), el hecho de no tener familiares que le recuerden tomar los medicamentos prescritos (73,3% *vs.* 23,9%,  $p < 0,001$ ), los antecedentes de falta de adherencia farmacológica (38,9% *vs.* 0%,  $p < 0,001$ ) y haberse sentido estigmatizado por la enfermedad (50,8% *vs.* 8,2%,  $RP=6,20$ , IC 95%: 2,59, 14,86,  $p < 0,001$ ).

Hubo una correlación estadísticamente significativa ( $p=0,001$ ) entre la gravedad de la enfermedad medida por la escala (CGI-BP-M) y la no adherencia. En la tabla 2 puede apreciarse una prevalencia de no adherencia del 19,6% cuando el paciente está asintomático; del 50%, cuando la gravedad es ligera; y del 77,7%, del 75% y del 100%, cuando la severidad es marcada, grave y muy grave, respectivamente. Los pacientes con la mayor severi-

dad sintomática no tenían ninguna adherencia al tratamiento de mantenimiento.

En el análisis multivariado los factores que explican conjuntamente la falta de adherencia fueron la disfunción familiar, haberse sentido estigmatizado por la enfermedad, el *insight* pobre y la mayor gravedad de la enfermedad (tabla 3).

Los motivos que llevaron a los pacientes con no adherencia a incumplir con la toma de los medicamentos prescritos fueron: la creencia en su falta de eficacia, en el 54,5% de los casos, seguido de las reacciones adversas y los efectos secundarios que les producían. Las características de los pacientes no adherentes se muestran en la tabla 1.

### Discusión

La no adherencia al tratamiento farmacológico de mantenimiento es una situación común entre los pacientes con TAB. Keck P. E. *et al.* (28) reportaron una tasa del 62%, y Weiss *et al.*, una del 14% (29), con variaciones en las diferentes publicaciones dentro de un rango que va desde el 12% hasta el 64%. Esta variación en los resultados puede ser causada por la diferencia en el concepto de falta de adherencia y en los métodos utilizados.

La prevalencia encontrada en el presente estudio (29,8%) se ubica entre los límites reportados. Para evaluarla se usó el cuestionario de Morisky-Green, un método indirecto

basado en las respuestas del paciente, y que tiene como ventajas la rapidez para completarlo, una buena fiabilidad y el bajo costo frente a pruebas de niveles sanguíneos de medicamentos o de monitorización con dispositivos. Scott encontró que cuando en un autorreporte un paciente informa adherencia o falta de adherencia hay buena correlación con los hallazgos en los niveles del medicamento en sangre (26-28).

El motivo más habitual para abandonar el tratamiento farmacológico en los pacientes con falta de adherencia fue la creencia en la falta de eficacia de los medicamentos, seguida de los eventos adversos. Morselli *et al.* (30) reportan que cerca del 35% de los pacientes no reciben información acerca de los posibles efectos secundarios, y más del 50% no son informados sobre el manejo de estos. Dicha falta de conocimiento puede contribuir a que se acreciente el temor a las reacciones adversas, y, directamente, al abandono terapéutico (17). De acuerdo con Weiss *et al.* (31), los efectos secundarios son la principal causa de suspensión del medicamento, hallazgo que difiere de lo encontrado en esta población.

La no adherencia ha sido asociada por Jamison *et al.* a cuatro tipos de factores: 1) los relacionados con el paciente; 2) la enfermedad; 3) el tratamiento prescrito; y 4) la relación con el sistema de salud (17,32). En el presente estudio se decidió investigar un quinto factor: la funcionalidad de la familia y el

*Tabla 1. Factores asociados a no adherencia al tratamiento farmacológico de mantenimiento, en pacientes con TAB. Noviembre y diciembre de 2010*

Característica	Prevalencia de no adherentes (n= 37)	P valor
Género Hombres Mujeres	32,5 28,6	0,403f
Procedencia Urbana Rural	28,6 33,3	0,659
Estrato socioeconómico (%) I II III IV	32,4 26,7 30,8 31,3	0,954f
Situación laboral (%) Empleado Desempleado Pensionado Labores del hogar	35 32,1 0 26,9	0,56f 0,56f - 0,56f
Régimen de seguridad social Subsidiado Contributivo Especial Vinculado	29,7 32,4 23,1 29,8	0,92f
Tiene pareja No tiene pareja	30,5 29,2	0,51
Características del último episodio Maniaco Depresivo Mixto Sx psicóticos	20 25 50 35	0,47f
Antecedentes de intento de suicidio Sí No	39,5 25,6	0,090 f
Comorbilidad con otros trastornos mentales (% sí)	33,3	0,53f
Número de medicamentos recibidos (media)	1,64	0,33
Percepción del psiquiatra Positiva Negativa	24,3 100	<0,001
Responsable de la administración del medicamento Paciente Familiar	83,78 26,22	0,66

(Continúa)

(Continuación)

Característica	Prevalencia de no adherentes (n= 37)	P valor
¿Cuenta con un familiar que le recuerda la toma del medicamento? Sí No	23,2 73,3	<0,001
Antecedentes de no adherencia farmacológica Sí No	39 0	<0,001
Estigmatización por su enfermedad Sí No	50,8 8,2	<0,001 0,048
Consumo de cigarrillo Sí No	47,6 26,2	

F: Test pareado exacto de Fisher.

Tabla 2. Gravedad de la enfermedad. Escala de Impresión Global Para el Trastorno Bipolar Modificado (CGI-BPM-M)

	Prevalencia de no adherentes (n =37)	P valor
Normal (1)	N=19 19,6%	<0,001f
Mínima (2)	N=0,0	
Ligera (3)	N=6 50%	
Moderada (4)	N=0,0	
Marcada (5)	N=7 77,8%	
Grave (6)	N=23 75,0%	
Muy grave (7)	N=2 100%	

F: Test pareado exacto de Fisher.

Tabla 3. Modelo de regresión logística de los factores asociados conjuntamente a no adherencia

Variables	B	E. T.	P	OR	IC 95,0% OR	
					Inferior	
Apgar						
Leve	3,5	2	,002	21,1	0,7	687,7
Grave	3,6	1	,086	35,8	4,4	277,2
Normal		1	,001	1,0		
Estigmas						
(+)	2,9	1	,001	18,5	3,1	109,4
(-)		1	,001	1,0		
Gravedad	0,7	1	,064	1,9	0,9	3,9
<i>Insight</i>						
Pobre	3,3	1	,002	26,7	3,5	203,1
Bueno				1,0		
Constante	-6,4	1	,000	0,002		

Variable(s) introducida(s) en el paso 1: Apgar, Estigmas, Gravedad, *Insight*.

apoyo que esta brinda al paciente en la toma de los medicamentos.

Con respecto a los características de los pacientes, la no adherencia ha sido asociada al género masculino (33), el estado civil (no estar casado o no convivir con la pareja) (34), la comorbilidad con enfermedades psiquiátricas (35) y el uso de sustancias psicoactivas (36). En los resultados de la presente investigación, no se hallaron tales asociaciones; tampoco las hubo a la procedencia de la zona rural ni a la condición laboral.

Contrariamente a lo anterior, el *insight*, específicamente el pobre *insight*, estuvo asociado de forma estadísticamente significativa a la no adherencia. Al fin y al cabo, tener un mejor *insight* conlleva un mayor conocimiento de la enfermedad, de

la necesidad de tratamiento y de los riesgos que se asume el paciente al no cumplirlo. Adam y Scoth (37) reportan una alta adherencia entre pacientes con una alta comprensión de la gravedad de su enfermedad, y una fuerte percepción de los beneficios de su tratamiento, y este es un factor positivo.

Los pacientes no adherentes manifestaron en mayor proporción haberse sentido estigmatizados por parte de otras personas, debido a su enfermedad. Se sabe que las opiniones negativas sobre sus capacidades, las burlas y el rechazo pueden influir en las creencias y en las actitudes de los pacientes, así como en seguir o no un tratamiento a mediano y largo plazo, como el de mantenimiento (15,38).

Con respecto a las características de la enfermedad, algunos estudios han mostrado diferencias entre pacientes con síntomas maníacos y depresivos; los primeros tienen menor *insight* y peor adherencia farmacológica (15,36). Los resultados de esta investigación no muestran diferencias con respecto a las características clínicas del último episodio de TAB.

En cuanto al tipo de medicamentos prescritos para el tratamiento de mantenimiento, se han visto prevalencias de no adherencia más altas con el uso del litio que con el uso de ácido valproico (29), si bien los resultados al respecto no son del todo concluyentes, e incluso, algunos han sido contrarios a los anteriores (16). En el presente estudio no hubo relación entre no adherencia y tipo de medicamentos utilizados.

La relación con el sistema de salud y sus miembros también se ha asociado a la no adherencia. En un estudio reciente de veteranos con TAB se encontró que tener una alianza terapéutica y una percepción positiva de la atención recibida y del personal tratante puede mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico de mantenimiento (39).

Strauss y Johnson (40) informaron que una alianza terapéutica sólida, con una influencia positiva en las creencias y en las actitudes del paciente, da como resultado menos actitudes negativas con respecto a los medicamentos, mejor aceptación de la enfermedad y mayor adherencia.

Lingam y Scott (12) también destacaron la importancia de la alianza terapéutica y de una percepción positiva del servicio de salud y del psiquiatra tratante, e informaron que la pobre interacción médico-paciente y la percepción negativa eran cuatro veces más usuales en los pacientes no adherentes, en comparación con los adherentes. En el presente estudio la no adherencia entre los pacientes que tenían una percepción negativa del psiquiatra tratante fue del 100%, mientras que fue del 24% entre quienes tenían una percepción positiva, lo cual indica el peso de una buena relación médico-paciente en el cumplimiento de los tratamientos prescritos.

La gravedad de la enfermedad, en cuanto a los síntomas presentes en el momento de la evaluación, se relacionó con la no adherencia. De hecho, los pacientes calificados como muy graves eran 100% no adherentes. Este hallazgo difiere de reportes donde los pacientes con síntomas prodrómicos, o en proceso de recuperación, tienen un mayor abandono de la medicación. Dado el carácter transversal del presente estudio, no fue posible determinar si el abandono del tratamiento empeora la condición clínica o si la mayor gravedad de la condición clínica genera el abandono (16,35,41).

Los factores familiares, incluyendo una alta expresividad sobre los asuntos relacionados con la enfermedad y las creencias negativas acerca del tratamiento, han sido

asociados a una peor adherencia y a peores resultados en pacientes con TAB (42,43). Los hallazgos de esta investigación apoyan dichos resultados.

Una percepción negativa del medicamento en la familia se vio asociada a la no adherencia farmacológica en los pacientes; también, la disfuncionalidad familiar y la ausencia de miembros en la familia que apoyasen al individuo en la toma del medicamento. Con base en estos hallazgos, se podría pensar que las intervenciones destinadas a mejorar la adherencia deben incluir, necesariamente, a los miembros de la familia, asesorados estrechamente por el equipo de salud.

En el presente estudio se utilizó una clasificación dicotómica de adherencia y no adherencia, sin evaluar las adherencias parciales, como se ha hecho en otros casos (16,17). En la mayoría de estudios de prevalencia se ha utilizado esta clasificación dicotómica, y los resultados se hallan reportados en esas dos categorías, una limitación del estudio fue la falta de evaluación de la comorbilidad con trastornos de personalidad, asociación que recientemente ha mostrado tener una relación directa con la no adherencia.

### **Conclusiones**

La prevalencia encontrada en el presente estudio (29,8%) se ubica dentro del rango reportado en otros estudios (20%- 60%). En términos

clínicos es alta, si se considera que 3 de cada 10 pacientes no cumplen con el tratamiento de la manera prescrita.

Los factores que de manera estadísticamente significativa se asociaron a la falta de adherencia fueron: la severidad de la enfermedad, el pobre *insight*, sentirse estigmatizado, antecedentes de no adherencia, el hábito de fumar, la percepción negativa del psiquiatra tratante, la disfunción familiar, y no contar con un familiar que colabore con la toma del medicamento.

### **Agradecimientos**

A los pacientes y familiares que aceptaron participar en el estudio. A la Clínica del Oriente, en Yopal. A Alfredo Montenegro.

### **Referencias**

1. Sachs GS, Rush AJ. Response, remission, and recovery in bipolar disorders: what are the realistic treatment goals? *J Clin Psychiatry*. 2003;64:18-22.
2. Sajatovic M. Bipolar disorder: disease burden. *Am J Manag Care*. 2005;11:S80-4.
3. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64:543-52.
4. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:593-602.
5. Pini S, de Queiroz V, Pagnin D, et al. Prevalence and burden of bipolar disorders in European countries. *Eur*

- Neuropsychopharmacol. 2005;15:425-34.
6. Ayuso-Mateos JL. Global burden of bipolar disorder in the year 2000. Geneva: World Health Organization; 2000.
  7. Kleinman L, Lowin A, Flood E, et al. Costs of bipolar disorder. *Pharmacoeconomics*. 2003;21:601-22.
  8. Chisholm D, van Ommeren M, Ayuso-Mateos JL, et al. Cost-effectiveness of clinical interventions for reducing the global burden of bipolar disorder. *Br J Psychiatry*. 2005;187:559-67.
  9. Geddes JR, Burgess S, Hawton K, et al. Long-term lithium therapy for bipolar disorder: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Psychiatry*. 2004;161:217-22.
  10. Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL, et al. Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 1995;152:1635-40.
  11. Sajatovic M, Valenstein M, Blow F, et al. Treatment adherence with lithium and anticonvulsant medications among patients with bipolar disorder. *Psychiatr Serv*. 2007;58:855-63.
  12. Lingam R, Scott J. Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;105:164-72.
  13. Perlick DA, Rosenheck RA, Kaczynski R, et al. Medication non-adherence in bipolar disorder: a patient-centered review of research findings. *Clin Approaches Bipolar Disord*. 2004;3:56-64.
  14. Tondo L, Isacsson G, Baldessarini R. Suicidal behaviour in bipolar disorder: risk and prevention. *CNS Drugs*. 2003;17:491-511.
  15. Vieta D. Improving treatment adherence in bipolar disorder through psychoeducation. *J Clin Psychiatry*. 2005;66:24-9.
  16. Colom F, Vieta E, Martínez-Arán A, et al. Clinical factors associated with treatment noncompliance in euthymic bipolar patient. *J Clin Psychiatry*. 2000;61:549-55.
  17. Scott J, Pope M. Nonadherence with mood stabilizers: prevalence and predictors. *J Clin Psychiatry*. 2002;63:384-90.
  18. Berk M, Berk L, Castle D. A collaborative approach to the treatment alliance in bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2004;6:504-18.
  19. Colom F, Vieta E. Treatment adherence in bipolar patients. *Clin Approaches Bipolar Disord*. 2002;1:49-56.
  20. Sabaté E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004.
  21. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic, et al. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *J Clin Psychiatry*. 2009;70:1-46.
  22. Vieta E, Torrent C, Martínez-Arán F, et al. Escala sencilla de evaluación del curso del trastorno bipolar: CGI-BP-M. *Actas Esp Psiquiatr*. 2002;30:301-4.
  23. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract*. 1978;6:1231-9.
  24. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the Family APGAR as a test of family function. *J Fam Pract*. 1982;15:303-11.
  25. Mejía Gómez D. Salud familiar para América Latina. Bogotá: Asociación Colombiana de Facultades de Medicina; 1991.
  26. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24:67-74.
  27. Sajatovic M, Velligan DI, Weiden PJ, et al. Measurement of psychiatric treatment adherence. *J Psychosom Res*. 2010;69:591-9.
  28. Scott J, Pope M. Self-reported adherence to treatment with mood stabilizers, plasma levels, and psychiatric hospitalization. *Am J Psychiatry*. 2002;159:1927-9.
  29. Keck PE Jr, McElroy SL, Strakowski SM, et al. Factors associated with pharmacologic noncompliance in patients with mania. *J Clin Psychiatry*. 1996;57:292-7.
  30. Morselli PL, Elgie R; GAMIAN-Europe. GAMIAN-Europe/BEAM survey I--global analysis of a patient questionnaire circulated to 3450 members of 12 Eu-

- ropean advocacy groups operating in the field of mood disorders. *Bipolar Disord.* 2003;5:265-78.
31. Weiss RD, Greenfield SF, Najavits LM, et al. Medication compliance among patients with bipolar disorder and substance use disorder. *J Clin Psychiatry.* 1998;59:172-4.
  32. Jamison KR, Gerner RH, Goodwin FK. Patient and physician attitudes towards lithium: relationship to compliance. *Arch Gen Psychiatry.* 1979;36:866-9.
  33. Danion JM, Neunreuther C, Krieger-Finance F, et al. Compliance with long-term lithium treatment in major affective disorders. *Pharmacopsychiatry.* 1987;20:230-1.
  34. Aagaard J, Vestergaard P, Maarbjer K. Adherence to lithium prophylaxis: II. Multivariate analysis of clinical, social, and psychological predictors of nonadherence. *Pharmacopsychiatry.* 1988;21:166-70.
  35. Clatworthy J, Bowskill R, Rank T, et al. Adherence to medication in bipolar disorder: a qualitative study exploring the role of patients' beliefs about the condition and its treatment. *Bipolar Disord.* 2007;9:656-64.
  36. Keck PE Jr, McElroy SL, Strakowsky SM, et al. Compliance with maintenance treatment in bipolar disorder. *Psychopharmacol Bull.* 1997;33:87-91.
  37. Adams J, Scott J. Predicting medication adherence in severe mental disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 2000;101:119-24.
  38. Cochran SD, Gitlin MJ. Attitudinal correlates of lithium compliance in bipolar affective disorders. *J Nerv Ment Dis.* 1988;176:457-64.
  39. Zeber JE, Miller AL, Copeland La, et al. Medication adherence, ethnicity, and the influence of multiple psychosocial and financial barriers. *Adm Policy Ment Health.* 2011;38:86-95.
  40. Strauss JL, Johnson SL. Role of treatment alliance in the clinical management of bipolar disorder: stronger alliances prospectively predict fewer manic symptoms. *Psychiatry Res.* 2006;145:215-23.
  41. Baldessarini RJ, Perry R, Pike J. Factors associated with treatment nonadherence among US bipolar disorder patients. *Hum Psychopharmacol.* 2008;23:95-105.
  42. Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Nuechterlein KH, et al. Expressed emotion, affective style, lithium compliance, and relapse in recent onset mania. *Psychopharmacol Bull.* 1986;22:628-32.
  43. Perlick DA, Rosenheck RA, Clarkin JF, et al. Impact of family burden and affective response on clinical outcome among patients with bipolar disorder. *Psychiatr Serv.* 2004;55:1029-35.

*Conflictos de interés: Los autores manifiestan que no tienen conflictos de interés en este artículo.*

*Recibido para evaluación: 5 de diciembre del 2010  
Aceptado para publicación: 28 de febrero del 2011*

Correspondencia  
Elvia Elena Pardo Cely  
Carrera 26 No. 14A-38  
Yopal, Casanare  
shelvis2004@yahoo.com