

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

ESTIGMA INTERNALIZADO COMO FACTOR ASOCIADO A
NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DE
LA CONSULTA PSIQUIÁTRICA

AUTORA

GUADALUPE JAZMINE AVALOS RODRIGUEZ

ASESORA

Dr. DRA: Luz Milagros Jara Pereda

TRUJILLO - PERÚ

2019

**ESTIGMA INTERNALIZADO COMO FACTOR ASOCIADO A NO
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DE LA CONSULTA
PSIQUIÁTRICA**

MIEMBROS DEL JURADO

**DR. ESPINOLA LOZANO, JOEL
PRESIDENTE**

**DR. MOYA VEGA, VICTOR
SECRETARIO**

**DR. VASQUEZ TIRADO, GUSTAVO
VOCAL**

**DRA. JARA PEREDA, LUZ
ASESOR**

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo A mis padres, Gladys Rodríguez y Abner Avalos, por su apoyo y amor incondicional durante todos estos años de carrera; por su sacrificio a fin de ver cumplir mi sueño, y su calor y comprensión en tiempos difíciles.

A mis hermanas Lisseth y Mónica, que siempre creyeron en mí y no dudaron ni un solo segundo que yo podía, con sus actos y palabras han sido mi motor para seguir adelante durante estos años.

A mis amigas Carla y Paloma, quienes estuvieron hasta el final, en las buenas y en las malas, y con quienes vi realizado la culminación de mi carrera, el apoyo que obtuve de ustedes fue único.

A los pacientes del área de psiquiatría, quienes me inspiraron a realizar este proyecto, mostrándome su vulnerabilidad y confianza, haciéndome tomar conciencia cuán importante es la salud mental y todos los prejuicios que hay entorno a ello.

Y finalmente a compañeros y amigos presentes y pasados con quienes compartimos alegrías y tristezas, formando parte de esta gran aventura llamada Medicina.

Sentir su amor incondicional ha sido el pilar en donde me sostuve hasta llegar hasta donde estoy; el coraje que obtuve de ustedes lo fue todo para mí.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios, en primer lugar, por ser fuente infinita de amor, quien me mostró el camino y es quien guía y protege mis pasos.

A mi familia, quienes en tiempos de calma y tormenta me enseñaron a mantenernos unidos; fomentando en mí el deseo de superación.

A mis amigos quienes me regalo la carrera de Medicina, porque me demostraron su apoyo incondicional en tiempos difíciles, y con quienes compartí momentos gratos, su amistad es un tesoro valioso que obtuve durante estos años.

A la Dra., Milagros Jara por aceptar trabajar conmigo en esta investigación, que con tiempo y paciencia hoy se ve culminado

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar si el estigma internalizado es un factor asociado a no adherencia al tratamiento en pacientes de la consulta psiquiátrica.

MATERIAL Y METODO: Estudio analítico de corte transversal en donde se encuestaron a 273 pacientes psiquiátricos de la consulta externa de psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo, en el 2019, divididos según la adherencia (112 pacientes) o no adherencia (161 pacientes), al tratamiento indicado. Indagando sobre la adherencia (mediante la escala Morisky) y el estigma internalizado (mediante la escala de Estigma Internalizado de la Enfermedad Mental en su versión de 10 ítems), se calculó el Chi cuadrado y T de student y luego la asociación del estigma y la no adherencia al tratamiento.

RESULTADOS: Los pacientes con mala adherencia al tratamiento presentaron atención ambulatoria por más de un psiquiatra en promedio que en el otro grupo (2.1 vs 1.8, $p=0.003$), así mismo el estar asintomático y presentar estigma internalizado, se asociaron a la no adherencia (X^2 : 2.671, y 4.087, respectivamente), además este último incrementó en 1.73 veces más las probabilidades de no adherencia al tratamiento psiquiátrico; sin embargo solo el Estigma internalizado (ORa: 1.89, $p=0.015$) se mantuvo asociado de forma independiente en el análisis multivariado.

CONCLUSION: el estigma internalizado es un factor asociado a no adherencia al tratamiento en pacientes de la consulta psiquiátrica.

PALABRAS CLAVES: mala adherencia al tratamiento, estigma internalizado, factor de riesgo.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine if internalized stigma is a factor associated with non-adherence to treatment in patients of the psychiatric office.

MATERIAL AND METHOD: Cross-sectional analytical study in which 273 psychiatric patients from the external psychiatric office of the Trujillo Regional Teaching Hospital were surveyed in 2019, divided according to adherence (112 patients) or not (161 patients), to the indicated treatment. Inquiring about adherence (using the Morisky scale) and internalized stigma (using the Internalized Stigma scale of Mental Illness in its 10-item version), the student's Chi square and T were calculated and then the association of stigma and no adherence to treatment.

RESULTS: Patients with poor treatment adherence presented outpatient care for more than one psychiatrist on average than in the other group (2.1 vs. 1.8, $p = 0.003$), as well as being asymptomatic and presenting internalized stigma, were associated with non-adherence (X^2 : 2,671, and 4,087, respectively), the latter also increased the probability of no adherence to psychiatric treatment by 1.73 times. However, only internalized stigma (ORa: 1.89, $p = 0.015$) remained independently associated in the multivariate analysis.

CONCLUSION: internalized stigma is a factor associated with non-adherence to treatment in patients of psychiatric consultation.

KEY WORDS: poor adherence to treatment, internalized stigma, risk factor.

ÍNDICE

	PAGINA
PORTADA	
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTOS	
RESUMEN	
ABSTRACT	
ÍNDICE	
I. INTRODUCCION	1
II. MATERIALES Y METODOS	7
III. RESULTADOS	16
IV. DISCUSIÓN	19
V. CONCLUSIONES	24
VI. RECOMENDACIONES	24
VII. REFERENCIAS BILIOGRÁFICAS	25
VIII. ANEXOS	
ANEXO 01: Solicitud de autorización de encuesta	31
ANEXO 02: Hoja de recolección de datos	32
ANEXO 03: Hoja de consentimiento informado	36

I. INTRODUCCION

1.1 MARCO TEORICO

Se ha señalado que en América Latina existe una elevada prevalencia de trastornos mentales y se traducen en carga biopsicosocial para aquellos pacientes. Un informe peruano de la década anterior ya denotaba la importancia a la salud mental al reconocer que, entre los trastornos mentales o enfermedades psiquiátricas, se identificaban al trastorno depresivo, trastorno afectivo bipolar y la esquizofrenia, como causas frecuentes de atención en la consulta psiquiátrica. ^(1,2) Actualmente 1 de 4 personas reúnen los criterios de esta patología, y que cerca del 40% la llega a desarrollar a lo largo de su vida ^(3,4)

De las Cuevas considera que la mala adherencia al uso de los fármacos anti-psiquiátricos es un problema que radica en todo el mundo, esto es importante, pues es una medida de efectividad del tratamiento, además que interfiere negativamente sobre la recuperación del paciente y ocasiona gastos considerables en los sistemas de salud. En general se identifican tasas con un rango amplio de variabilidad, desde el 10 al 77%, con una tasa media de 35 a 60%. De acuerdo a **Cardoso y cols.**, la no adherencia a la medicación por trastornos mentales se observa en 50% de personas; por su parte, **Pérez y cols.** indican que las tasas de falta de adherencia en pacientes esquizofrénicos oscilan entre 50 a 90%. ^(3,4 5)

La adherencia es básicamente el cumplimiento de las recomendaciones del médico. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “la magnitud con la cual el enfermo sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento” (6,7). Los términos “cumplimiento” y “adherencia” se utilizan indistintamente en la atención sanitaria; es así que cumplimiento da énfasis a una conducta que solo corresponde al paciente o personal médico, por otro lado, la adherencia terapéutica engloba diversas conductas, dando responsabilidad tanto a personal médico como paciente (8)

En psiquiatría la adherencia al tratamiento posibilita un mejor control de síntomas psiquiátricos y minimiza riesgo de recaídas y continuas internaciones psiquiátricas., **Serrano y cols.** señalan que este hecho es uno de los principios de la efectividad de las terapias; la no adherencia se relaciona fuertemente con resultados clínicos más pobres, poniendo mayor costo y demanda en los servicios de salud (4,9,10). La revisión de la literatura indica el reconocimiento de la no adherencia al tratamiento como un desafío en la consulta psiquiátrica y los rangos de pacientes no cumplidores pueden incrementarse en el caso de pacientes con esquizofrenia y trastornos psicóticos; lograr la adherencia al tratamiento también implicaría la aceptación del diagnóstico correspondiente a la propia enfermedad (7,11)

Se han documentado factores relacionados con la baja adherencia, los cuales se refieren al paciente, la enfermedad, el fármaco y el terapeuta; con respecto al paciente se ha visto factores como menor edad, sexo femenino, estado civil casado, educación primaria, desempleados, estigma hacia la enfermedad; se ha visto una asociación directa con variables sociodemográficas y clínicas(12,13,14). **Salinas y col.** señalan una serie de factores de riesgo como

el antecedente de abandono, mala evolución, ausencia de la enfermedad, baja expectativa terapéutica, consumo de sustancias ilícitas, así como acatisia, entre otros⁽⁷⁾. Por su parte, **Onayo y col.** refieren que, para la OMS, este proceso es multifactorial, pero que en síntesis interfieren 5 factores, los cuales están relacionados directamente al tratamiento, enfermedad, paciente, atención en salud y la economía ⁽¹⁵⁾

El origen del término estigma se relaciona con los griegos al referirse a signos corporales que exponían algo inusual en relación al estatus moral del afectado, definiéndose en los años ochenta como marca o desviación del prototipo que desacredita la identidad social del portador⁽⁶⁾ El estigma hacia la enfermedad mental está constituido por estereotipos negativos, prejuicios, y discriminación; está muy extendido en las sociedades de todo el mundo y se ha demostrado que tiene una variedad de efectos negativos; es así que el mismo individuo se identifica con los estereotipos negativos asumiéndolos como suyos, originándose el estigma interiorizado^(16,17). **Campo-Arias y col.** consideran que el estigma se configura en el momento que un estereotipo frente a un atributo o rasgo toma una connotación negativa ⁽¹⁸⁾

Paredes y cols. consideran que, en la actualidad, el término estigma se refiere a un comportamiento que genera una respuesta negativa en los demás y, por consiguiente, sea visto como inferior, si planteamos que la adherencia a un tratamiento farmacológico puede favorecer la recuperación de un paciente, el estigma puede apoyarse en lo planteado por **Gary y cols.** que, señalan que dicha recuperación se asocia de manera positiva con el estilo de vida positivo como el empoderamiento, calidad de vida y autoestima, así mismo de forma negativa tenemos al estigma. Muchos estudios han

confirmado una correlación negativa entre el estigma internalizado y la autoestima, la calidad de vida, el significado en la vida, la esperanza y la susceptibilidad al tratamiento. (19,20,21)

Para **Mascayano**, el estigma frecuentemente conduce a un bajo nivel de autoestima, una menor calidad de vida y baja adherencia a los tratamientos, esto porque el paciente comúnmente se avergüenza de tomar medicación y se atribuye a que piensa que no es suficientemente fuerte para superar la enfermedad; teniendo en cuenta ello el estigma debería ser estudiado de manera compleja por los prejuicios que se asocian fuertemente a “trastorno mental”, los cuales hacen ver al individuo que la padece como peligroso ya que interactuar continuamente con una sociedad que atribuye ideas estigmatizadoras sobre los individuos con trastornos psiquiátricos puede llevar a éstos a internalizar esas creencias sintiéndose inferiores, constituyendo un obstáculo para los usuarios en el cuidado de su salud, el tratamiento, los recursos sociales, la inclusión social y las oportunidades de recuperación.(1,6,22,23)

1.2 ANTECEDENTES

- **Pardo y cols.** En una investigación en una clínica de Colombia, en 2011, en un estudio de corte transversal de 124 pacientes encontró que la prevalencia de no adherencia al tratamiento farmacológico de mantenimiento del Trastorno Afectivo Bipolar fue 29.8%, siendo mayor para las mujeres, sin diferencia significativa. El estigma estuvo presente en un 50% de pacientes(24)

- Una investigación del 2012 llevada a cabo en México por **Flores y cols.** Incluyeron a 100 pacientes con trastornos mentales de al menos 2 años de diagnosticados, quienes respondieron una encuesta de estigma sobre su enfermedad y otra sobre la actitud frente al tratamiento recibido. Entre los resultados, muestran que la esquizofrenia se identificó en el 47%, seguida del trastorno bipolar y psicosis no funcionales, entre otros. La media del estigma fue 60.15 y la media de apego 5.4; mostrando una correlación moderada significativa; sin embargo no fue el único factor que explica el pobre apego. ⁽⁶⁾
- Otra investigación llevada a cabo por **Kamaradova y cols.** En la República Checa, publicada en 2016 examinó a 322 pacientes con seis diagnósticos, abuso de sustancias, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno depresivo, ansiedad y trastornos de personalidad. La edad media fue 42.7 años y la edad promedio de inicio de la enfermedad fue 32.7, con una duración promedio de 7.11, 2.32 hospitalizaciones promedio y 2.09 psiquiatras visitados. La adherencia al tratamiento en varones tuvo una media de 4.24 y en mujeres 4.34. Se encontró una correlación negativa entre autoestigma y adherencia al tratamiento en todos los grupos diagnosticados. ⁽¹⁷⁾

1.3 JUSTIFICACIÓN

Tomando en cuenta los antecedentes encontrados en la revisión de la literatura se consideró conveniente la realización de esta investigación, pues si bien los escasos estudios que relacionan ambas variables han mostrado una relación estadísticamente significativa, estas se han visto influenciada

por la asociación con otros factores; lo cual no demostraría una relación directa entre ambas variables.

En Latinoamérica los estudios sobre estigma internalizado en salud mental son escasos siendo los países que han estudiado dicho fenómeno: Brasil, México, Chile y Argentina, no encontrándose mayores estudios nacionales; el cual sería el primero en estudiar dicho fenómeno asociado a no adherencia al tratamiento.

Tiene relevancia social ya que los resultados pueden beneficiar a la población afectada que, como se ha descubierto en la revisión de la literatura, tiene la potencialidad de comprometer a una proporción importante de la sociedad por tratarse de salud mental

Nuestro trabajo aporta valor teórico ya que, en caso se corrobore al estigma internalizado como factor asociado a la no adherencia terapéutica, permitirá reforzar el conocimiento sobre su riesgo tanto de los profesionales de la especialidad como del futuro profesional de la medicina que conlleve a su vez a centrar su atención en la dimensión psicosocial del paciente

1.4 PROBLEMA

¿Es el estigma internalizado un factor asociado a no adherencia al tratamiento en pacientes de la consulta psiquiátrica?

1.5 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar si el estigma internalizado es un factor asociado a no adherencia al tratamiento en pacientes de la consulta psiquiátrica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la proporción de pacientes con estigma internalizado y no adherencia al tratamiento
- Determinar la proporción de pacientes con estigma internalizado y adherencia al tratamiento
- Comparar la proporción de Estigma internalizado en los pacientes con y sin adherencia al tratamiento.

1.6 HIPÓTESIS

Ha: El estigma internalizado está asociado a la no adherencia al tratamiento en pacientes de la consulta psiquiátrica.

Ho= El estigma internalizado no está asociado a la no adherencia al tratamiento en pacientes de la consulta psiquiátrica.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 POBLACIÓN DE ESTUDIO

- **POBLACIÓN OBJETIVO:** Pacientes con trastorno mental que acuden a la consulta externa psiquiátrica en el periodo Mayo-Junio 2019.

- **POBLACIÓN ACCESIBLE:** Pacientes con trastorno mental de la consulta externa psiquiátrica del Hospital Regional Docente de Trujillo durante periodo Mayo-Junio 2019

2.2 CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes en quienes se ha confirmado el diagnóstico de trastorno mental según Cie 10
- Pacientes que acuden a control psiquiátrico únicamente en el Hospital Regional Docente de Trujillo.
- Pacientes mayores de edad y menores de 65.
- Pacientes independientemente de su género.
- Pacientes que acepten participar en la encuesta.
- Pacientes encuestados en Mayo. Junio del 2019, por única vez

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con deterioro cognitivo grave
- Pacientes con retardo mental.
- Pacientes con dos o más hospitalizaciones por el trastorno psiquiátrico.
- Además, no se considerará a quienes sufrieran un episodio agudo durante la encuesta (tales como, delirio, lenguaje o comportamiento desorganizado, alucinación, disminución de fluidez verbal o del pensamiento) o importante desorganización.

2.3 MUESTRA

- **UNIDAD DE ANÁLISIS**

Paciente del consultorio externo de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo periodo Mayo-Junio 2019.

- **TAMAÑO MUESTRAL**

Se utilizó el muestreo aleatorio simple con afijación proporcional, para que cada paciente de la población tenga la misma chance de ser elegido dentro de la muestra, además se calculó mediante la fórmula siguiente:

$$n_0 = \frac{z^2 pq}{E^2}, \quad \text{reajustándose a}$$

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}, \quad \text{donde}$$

n_0 : Tamaño preliminar de muestra

z : Coeficiente de confianza

pq : Varianza para variable cualitativa.

E : Error de muestreo

N : tamaño de población

n : tamaño de muestra

Así mismo la confianza del estudio fue del 95% con Z igual a 1.96, y un “e” de 0.04, y una varianza máxima ($PQ=0.25$) obteniendo así un tamaño de muestra lo suficientemente grande respecto al tamaño de la población ($N=500$) de los referidos pacientes

$$n_0 = \frac{1.96^2 (0.25)}{0.04^2}$$

$$= 600.25$$

$$n = \frac{600.25}{1 + \frac{600.25}{500}}$$

$$n = 273$$

Por tanto, la muestra estará conformada por 273 pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

2.4 DISEÑO DEL ESTUDIO

Tipo, nivel y diseño de estudio: observacional, analítico, de corte transversal.



2.5 VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE		TIPO	ESCALA	INDICADOR	ÍNDICE
(INDEPENDIENTE) Estigma internalizado		Cualitativa	Nominal	Rasgo negativo registrado en encuesta	Sí=2.51-4.0 No=1.0-2.5
(DEPENDIENTE) No adherencia		Cualitativa	Nominal	No apego al tratamiento según encuesta	Sí: < 6 No: 6 a más
Características generales	Edad	Cuantitativa	De razón	Tiempo de vida según encuesta	< 60 ≥ 60
	Género	Cualitativa	Nominal	Grupo fenotípico según encuesta	Masculino/ Femenino
	Grado de instrucción	Cualitativa	Nominal	Grado de instrucción según encuesta	Analfabeto/ Primaria/ Secundaria/ Superior técnico/ Superior universitario/ Postgrado
	Estado civil	Cualitativa	Nominal	Condición social según encuesta	Soltero/ Casado/ Viudo Divorciado/ Unión libre
Factores intervinientes	Tiempo del padecimiento	Cuantitativa	Discreta	Duración de la enfermedad según encuesta MINSA	<12 12 – 23 24 - +
	Número de psiquiatras	Cuantitativa	Discreta	Cantidad de profesionales según encuesta	1 2 3 - +

Ausencia de familiar de apoyo	Cualitativa	Nominal	Presencia de la persona según encuesta	Sí/No
Ausencia de la enfermedad	Cualitativa	Nominal	Desaparición de los síntomas del padecimiento según encuesta	Sí/No
Drogadicción	Cualitativa	Nominal	Consumo de sustancias ilícitas referido en encuesta	Sí/No
Efectos colaterales	Cualitativa	Nominal	Eventos referidos en encuesta	Sí/No
Tipo de trastorno psiquiátrico	Cualitativa	Nominal	Variedad de enfermedad mental según encuesta	Esquizofrenia/ Trastorno bipolar/ Depresión/ Ansiedad

Definiciones operacionales.

Estigma internalizado: Rasgo obtenido a partir de los puntajes de la escala Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) o escala de Estigma Internalizado de la Enfermedad Mental en su versión reducida de 10 ítems, considerando como tal al puntaje entre 2.5 a 4.

No adherencia: No apego al tratamiento definido a partir del puntaje obtenido en la Escala Morisky de Adherencia a los Medicamentos clasificando como adherentes a los pacientes con puntajes igual o mayor de 6, y no adherentes menores de 6

Características generales: Datos del paciente psiquiátrico del Hospital Regional de Trujillo referidos a:

- **Edad:** Tiempo de vida del paciente en estudio referido en encuesta.

- **Género:** Grupo fenotípico al que pertenece el paciente, registrado en encuesta.
- **Grado de instrucción:** Nivel de estudios del paciente registrado según encuesta (Analfabeto, Primaria, Secundaria, Superior, Postgrado)
- **Estado civil:** Condición social del paciente en estudio en función si tiene o no pareja y la responsabilidad que conlleva, expresada como soltero, casado, viudo, divorciado o en unión libre.

Factores intervinientes:

- **Tiempo del padecimiento:** Duración de la enfermedad del paciente psiquiátrico, registrada en encuesta.
- **Número de psiquiatras:** Cantidad de profesionales especialistas que atendieron al paciente por su trastorno psiquiátrico, registrado en encuesta.
- **Ausencia de familiar de apoyo:** Carencia de familiar del paciente que ayuda a recordar el tratamiento registrado en encuesta.
- **Ausencia de la enfermedad:** Estado sin manifestaciones del padecimiento en algún momento antes de la consulta según encuesta.
- **Drogadicción:** Referencia de consumo de sustancias ilícitas del paciente según encuesta.
- **Efectos colaterales:** Eventos adversos del consumo de la medicación referida por el paciente en la encuesta (nauseas, fatiga, sequedad de boca, somnolencia, visión borrosa, estreñimiento, mareos)
- **Tipo de trastorno psiquiátrico:** Variedad de enfermedad mental que presenta el paciente en estudio ya sea Esquizofrenia, Trastorno bipolar, Depresión o Ansiedad según encuesta.

2.6 PROCEDIMIENTO

1. Primero se solicitó la aprobación del proyecto por parte de la entidad correspondiente en UPAO.
2. Una vez obtenido el permiso, se acudió al hospital de interés presentando una solicitud dirigida a la dirección respectiva para obtener los datos de interés.(ANEXO 1)
3. Los datos fueron recolectados de los pacientes que se encontraron en espera de los consultorios externos de psiquiatría del hospital en mención, estos serán obtenidos con el permiso del familiar acompañante o del paciente si puede ofrecer su consentimiento por propia cuenta.
4. La técnica de recolección de datos fue la encuesta, que constituye el instrumento de recolección. se realizaron las encuestas a pacientes que acuden a la consulta psiquiátrica explicando la finalidad del estudio y la confidencialidad del mismo, durante el periodo de estudio Mayo- Junio 2019, así mismo se verifico el buen llenado del consentimiento informado por el paciente (Anexo 3)
5. El instrumento de recolección de datos estuvo basado en la encuesta para evaluar tanto el estigma internalizado como la adherencia al tratamiento, además de una sección de características generales (ANEXO 2).
6. Para medir el estigma internalizado se utilizó la escala ISMI, en su versión reducida de 10 ítems que agrupan 5 subescalas: Alienación (ítem 4 y 6), Interiorización de estereotipos (ítem 1 y 8), Aislamiento social (ítem 3 y 5), Experiencias de discriminación (ítem 7 y 10) y Resistencia al estigma (ítem 2 y 9). El puntaje asignado para cada pregunta será: 1 (totalmente en desacuerdo), 2 (en desacuerdo), 3 (de acuerdo), 4 (totalmente de acuerdo).

Las puntuaciones fueron calificadas a la inversa en el caso de los ítems 2 y 9. El puntaje de cada ítem se sumó a los restantes y dicho total se dividió entre el número de ítems respondidos, por lo que el puntaje resultante abarcará de 1 a 4. Se interpretó como estigma internalizado una puntuación entre 2.5 a 4 y su ausencia de 1 a 2.5 puntos.

7. Se utilizó la encuesta de Morinsky para determinar la adherencia hacia el tratamiento. Esta encuesta reúne ocho preguntas, de las cuales las 7 primeras son de Sí (1 punto) y No (0 puntos), y una pregunta final con 5 alternativas tipo Likert. De este modo, si el paciente obtiene menos de 6 puntos fue catalogado como mala adherencia.
8. Las encuestas en donde el llenado sea incompleto, serán descartadas.
9. Los datos finales fueron incluidos en una hoja Excel 2016, para su proceso.

2.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

1. **Estadística descriptiva**: mediante tablas de frecuencias y porcentajes, promedios y desviación estándar.
2. **Estadística analítica**: Para establecer diferencias significativas al analizar la asociación de las variables dependiente e independiente se usó la prueba de chi cuadrado, estableciendo asociación si $p < 0.05$. También, en el caso de establecer diferencias significativas entre variables cuantitativas se utilizó la prueba t de student.

2.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En La realización de la investigación tuvo en cuenta las pautas de Helsinki además de la Ley General de Salud y Código de Ética y Deontología del colegio Médico del Perú. En donde se respetará la confiabilidad de los datos, utilizándolos solo para los fines propios de la investigación, además del uso del consentimiento informado y participación voluntaria.

III. RESULTADOS

La tabla 1 muestra el análisis general de las variables incluidas, en donde se observa que no hubo diferencia significativa en cuanto a la edad (35.3 vs 35.6 años) y el tiempo de enfermedad (7.2 vs 7.6 meses), pero si en cuanto al número de psiquiatras (2.1 vs 1.8, $p = 0.003$). Variables como el sexo, grado de instrucción y estado civil no presentaron asociación. Dentro de los factores relacionados a la enfermedad, solo el estar asintomático se asoció con la mala adherencia al tratamiento (X^2 , $p=0.005$), además del estigma internalizado (51% vs 38%, $p=0.028$).

La tabla 2 muestra el análisis del riesgo del estigma en relación a la mala adherencia en donde se observa que este se incrementa en 1.73 veces (IC95%: 1.06-2.83), constituyéndose en un factor de riesgo.

En la tabla 3 se observa que el estigma internalizado es un factor de riesgo independiente de mala adherencia al tratamiento psiquiátrico (ORa: 1.89, $p=0.015$).

Tabla 1. Análisis de las características de los pacientes incluidos en el estudio.

	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO		X ²	Valor p
	NO 161 (%)	SI 112 (%)		
Edad (años)	35.3 ± 14.0	35.6 ± 14.1	No aplica	0.777
Tiempo de enfermedad (meses)	7.2 ± 2.9	7.6 ± 4.7	No aplica	0.120
Número de psiquiatras	2.1 ± 1.1	1.8 ± 0.9	No aplica	0.033
Sexo				
Masculino	65 (40%)	52 (47%)	0.989	0.320
Femenino	96 (60%)	46 (53%)		
Grado de instrucción				
Ninguno	12 (8%)	10 (10%)	2.319	0.677
Primaria	76 (47%)	56 (50%)		
Secundaria	19 (12%)	17 (15%)		
Superior	53 (53%)	28 (25%)		
Estado civil				
Soltero	114 (71%)	70 (63%)	3.604	0.308
Casado	27 (17%)	29 (26%)		
Viudo	2 (2%)	2 (1%)		
Divorcio	18 (10%)	11 (10%)		
Asintomático				
Si	69 (43%)	25 (22%)	4.84	0.005
No	92 (57%)	87 (78%)		
Drogadicción				
Si	19 (12%)	15 (13%)	0.153	0.695
No	142 (88%)	97 (87%)		
Efectos adversos				
Si	121 (75%)	74 (66%)	2.671	0.102
No	40 (25%)	38 (34%)		
Apoyo familiar				
No	57 (35%)	35 (31%)	0.510	0.475
Si	104 (65%)	77 (69%)		
Estigma internalizado				
Si	82 (51%)	42 (38%)	4.807	0.028
No	79 (49%)	70 (62%)		

*T de student para muestras independientes.

Fuente: departamento de psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo.

Tabla 2. Análisis de asociación del estigma internalizado y la falta de adherencia al tratamiento en pacientes psiquiátricos.

	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO		OR (IC95%)	Valor p
	NO 161 (%)	SI 112 (%)		
Estigma internalizado				
Si	82 (51%)	42 (38%)	1.73 (1.06-2.83)	0.028
No	79 (49%)	70 (62%)		

Tabla 3. Análisis multivariado de los factores de riesgo de falta de adherencia al tratamiento en pacientes psiquiátricos.

	Valor p	Wald	ORa	IC 95%
Estigma internalizado	0.015	5.93	1.89	1.13-3.18

ORa: Odds ratio ajustado.

Fuente: departamento de psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo.

IV. DISCUSIÓN

La estigmatización y la discriminación contra las personas con enfermedades mentales son problemas universales. Estos problemas siguen siendo de particular importancia, a la luz de las dificultades asociadas con la implementación de la integración social de los pacientes psiquiátricos, que es un postulado básico de la psiquiatría moderna y la psicología clínica⁽²⁶⁾. Teniendo en cuenta la percepción individual del contexto social de cada paciente, es necesario proponer una estrategia de tratamiento individualizada e integrada. Hoy en día, los psiquiatras deben poner mucho énfasis en las actividades dirigidas contra el estigma, incluido el estigma interiorizado, porque no hay duda de que el estigma en las enfermedades mentales es uno de los obstáculos más importantes para el seguimiento del tratamiento ⁽²⁷⁾. El propósito de este estudio fue determinar si el estigma internalizado es un factor asociado a no adherencia al tratamiento en pacientes de la consulta psiquiátrica (depresión, trastornos afectivos) y analizar la relación entre las variables demográficas y clínicas y el estigma internalizado y su apego al tratamiento. Cabe resaltar que para dicha investigación se excluyeron variables como el número de hospitalizaciones mayor de 2 puesto que según la literatura cuanto más expuestos están los pacientes a hospitales menor calidad de vida, mayor dependencia con familiares, además de que ya por su historia hablaríamos de un trastorno severo persistente, y una historia de recaídas; tienden a mostrar mayor estigma sin embargo no podríamos asociarlo directamente con la no adherencia al tratamiento, pues habrían muchos factores que lo condicionarían;⁽¹⁷⁾ y finalmente los pacientes con un episodio agudo durante la encuesta (tales como delirio,

lenguaje o comportamiento desorganizado, alucinación, disminución de fluidez verbal o del pensamiento) o importante desorganización; esto porque nuestra muestra estaría constituida por pacientes de la consulta psiquiátrica no excluyendo ninguno de los Diagnósticos; por lo cual se sabe que quienes padecen dichos episodio son las personas con diagnóstico de Esquizofrenia, lo cual resulta discapacitante, aunque se mantiene la lucidez de la conciencia como la capacidad intelectual, en el transcurso del tiempo pueden haber un deterioro intelectual, además las manifestaciones clínicas de la esquizofrenia y de los trastornos esquizofreniformes son diversas y pueden cambiar a lo largo del tiempo, debido a su gran variedad, mientras muchos síntomas son obvios, como las alucinaciones, otros son relativamente sutiles, y pueden pasar desapercibidos para un observador, por lo cual fijarse en estos puntos ya descritos ayudaría a la selección ⁽¹¹⁾

Con respecto a las variables generales, no hubo diferencia significativa entre la edad y el tiempo de enfermedad entre ambos grupos, ($p > 0.05$), aunque si lo hubo en el número de psiquiatras al cuales visitaron. Los pacientes con mala adherencia al tratamiento, estuvieron sujetos a más psiquiatras promedio que el grupo que se apegó correctamente a las terapias, aunque este hecho puede suponer que los pacientes con estigma necesitan de más médicos especialistas, también puede ser debido a que son llevados a diferentes psiquiatras por que el tratamiento no les “resulta”, este último hecho tendría diferentes hipótesis, como por ejemplo, la necesidad de un mejor trato que hace cambiar de especialista, la necesidad de un cambio de terapia farmacológica debido a su mal apego por el estigma que el propio paciente siente, además influencia lo que el paciente y familiar crean de cómo ve el profesional de la salud a dicha persona, existirían

diferentes motivos por el cual se aumentaría el número de psiquiatras, hecho que hasta ahora no se reporta en ninguna literatura, pero que se recoge del sentir de cada paciente o familiar, por lo que esta variable necesita de mayor investigación.

Ni el grado de instrucción ni el estado civil, determinaron influenciar la adherencia al tratamiento, esto es observado en diferentes estudios ^(24,25), en donde hasta el más alto nivel de instrucción se puede ver afectado por la enfermedad mental o haría que el profesional se sienta retraído a mostrarse en público, dejando de lado el tratamiento o poniendo condicionales, por otro lado la situación laboral muchas veces cambia, sumiendo esto al paciente en un mayor deterioro, por sentir que ya no es útil en lo que antes era bueno, incluso puede privarlo por completo del trabajo, como la esquizofrenia que aparece en el adulto, de ambas partes, tanto con un alto grado de instrucción o con un buen empleo, en cualquier caso la enfermedad mental podría incidir en una mala adherencia al tratamiento^(27,28).

El estar asintomático se asoció a la mala adherencia al tratamiento, hubo un 43% de personas asintomáticas que abandonaron el tratamiento en alguna ocasión, y solo un 22% en quienes no abandonaron ($p=0.005$), Salinas E, et al, refieren que dentro de los factores más frecuentes por los cuales el paciente abandona el tratamiento es el presentar mejoría con o sin medicación ⁽⁷⁾. Esto también se observa en diferentes enfermedades, sobre todo las crónicas (hipertensión arterial, diabetes mellitus), en donde si el paciente no siente que su presión aumenta o sí que su glucosa no marcha bien, deciden ya no continuar el medicamento hasta que sientan las molestias de la propia enfermedad ⁽⁸⁾.

La toma de medicamentos en el ámbito de la atención de pacientes agudos a menudo es facilitada por los profesionales de la salud, lo que crea una sensación de confianza entre los profesionales de que la adherencia continuará en el entorno postagudo. Sin embargo, el manejo de muchas enfermedades crónicas, como los trastornos psicóticos, presenta enormes problemas en la adherencia a la medicación, lo que conduce a innumerables visitas a la sala de emergencias evitables y días en el hospital, así como a resultados generales subóptimos⁽²⁹⁾. Se estima que el 50% de los pacientes que padecen enfermedades crónicas no toman medicamentos según lo prescrito después de seis meses⁽³⁰⁾, nuestro estudio revela que de los 94 pacientes que se mostraron asintomáticos, 69 de ellos decidieron abandonar el tratamiento lo que asciende a una proporción del 70% aproximadamente, concordando que se debe poner mayor énfasis y explicación en cuanto a las recomendaciones de los medicamentos que se prescriben, sobre todo si el paciente presenta algún grado de trastorno mental.

Los resultados aquí presentados indican que el estigma internalizado se encontró en el 51% de los pacientes abandonadores de tratamiento, es decir que la mitad de quienes no tenían buen apego presentaron un estigma de más de 2.5, lo cual lo cataloga como una estigmatización leve. En los estudios realizados por Picco L, et al en Singapur (2.37 puntos)⁽³¹⁾, Girma E, et al en Etiopía (2.32 puntos)⁽³²⁾ y Brohan E, et al (2.34 puntos)⁽³³⁾, el nivel medio de estigma internalizado fue mayor, pero aún se consideró leve. Pero aunque leve, podemos observar en la tabla 2, que el estigma internalizado incrementa en 1.73 veces más el riesgo de mala adherencia al tratamiento. Kamaradova y cols (2016), evaluó una correlación entre el puntaje de la escala de estigma y en la escala de

adherencia, los que presentan una correlación negativa (a mayor estigma, menos adherencia), la cual fue significativa ($p < 0.005$)⁽²⁵⁾, por lo tanto no cabe duda que el estigma internalizado influencia sobre la concepción de tratamiento del paciente.

Existen diferentes formas por las cuales influencia el estigma sobre la adherencia al tratamiento, en primer lugar los pacientes suelen ser muy conscientes de los estereotipos que sostiene la sociedad sobre las personas que reciben atención psiquiátrica y que reciben medicación; las consecuencias pueden ser incluso más graves que solo dejar el tratamiento, y creyendo en el rechazo o la condena por parte de otros tiende a retirarse socialmente, perdiendo no solo el tratamiento, sino también el control sobre su enfermedad⁽³⁴⁾. Por otro lado, el estigma en sí mismo puede interferir con el bienestar mental el cual ya se encuentra afectado, pudiendo agravar su propio cuadro mental, por lo tanto se debe tener en cuenta la percepción individual del contexto social de cada paciente, y proponer una estrategia de tratamiento individualizada e integrada⁽³⁵⁾

Este estudio presentó algunas limitaciones, en primer lugar, la dificultad de la comprensión incluso de los familiares del paciente sobre los cuestionarios, además que algunos de ellos no conocía el padecimiento de su paciente y solo acompañaron por obligación o por pena, aumentando el estigma en el paciente, lo cual no se pudo objetivar en el estudio.

V. CONCLUSIONES

- El estigma internalizado es un factor asociado a no adherencia al tratamiento en pacientes de la consulta psiquiátrica.
- El estigma internalizado estuvo presente en el 51% de pacientes con no adherencia al tratamiento.
- El estigma internalizado estuvo presente en el 38% de pacientes con adherencia al tratamiento.
- Existe influencia entre número de psiquiatras y ausencia de síntomas del padecimiento con la No adherencia al tratamiento.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda ampliar el tamaño muestral incluyendo mayor cantidad de muestra de otros nosocomios.
- Se recomienda ampliar la investigación mediante la comparación de otras escalas de estigma y una revaloración de su apego al tratamiento.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mascayano F, Lips W, Mena C, Manchego C. Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental* 2015; 38(1):53-58.
2. República del Perú. Defensoría del Pueblo. *Salud Mental y Derechos Humanos Supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables. Informe Defensorial N° 140.* Lima (PER): Defensoría del Pueblo; 2008. 303
3. De las Cuevas C, Sanz E. Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud* 2016; 7(1): 25-30.
4. Cardoso L, Inocenti A, Frari S, Marques B, Braga R. Grado de adhesión y conocimiento sobre tratamiento psicofarmacológico entre pacientes egresados de internación psiquiátrica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. Sep-Oct 2011 [citado 29 Dic 2017]; 19(5): [aprox. 9 p.]. Disponible en http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/es_12.pdf
5. Pérez A, Gil S, Pina L, García-Cabeza I. Psicofarmacología de la psicosis: Elección del fármaco, adherencia al tratamiento y nuevos horizontes. *Clínica y Salud* 2010; 21(3): 271-283
6. Flores S, Medina R, Robles R, Páez A. Estigma y apego al tratamiento psiquiátrico en los trastornos mentales severos y persistentes. *Rev Latinoam Psiquiatría* 2012; 11(3):82-89.
7. Salinas E, Nava M. Adherencia terapéutica. *Enf Neurol (Mex)* 2012; 11(2): 102-104.

8. Ortega J, Sánchez D, Rodríguez O, Manuel J. Adherencia terapéutica un problema de Atención Médica Acta Médica Grupo Ángeles. 2018; 16(3): 18-25.
9. Serrano M, Vives M, Mateu C, Vicens C, Molina R, Puebla-Guedea M et al. Adherencia terapéutica en pacientes depresivos de atención primaria: un estudio longitudinal. Actas Esp Psiquiatr 2014; 42(3): 91-98.
10. Jawad B, Watson S, Haddad P, Talbot P, and McAllister-William R. Medication nonadherence in bipolar disorder: a narrative review. Ther Adv Psychopharmacol 2018, Vol. 8(12) 349–363
11. Onayo J, Paucar J. Factores relacionados a la no adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos adultos en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen-EsSalud-2010. Revista de la Facultad de Medicina Humana-Universidad Ricardo Palma 2011; 1: 11-16
12. Sirvent C. “Fracaso, abandono y cumplimiento terapéutico”. Norte de Salud Mental 2009; 33: 51–58.
13. Gebeyehu D, Mulat H, Bekana L, Asemamaw N, Binarra M, et.al. Psychotropic medication non-adherence among patients with severe mental disorder attending at Bahir Dar Felege Hiwote Referral hospital, north west Ethiopia, 2017. MC Res Notes (2019) 12:102 pp 2-6.
14. De las Cuevas C, De Leon J, Peñate W, Betancort M. Factors influencing adherence to psychopharmacological medications in psychiatric patients: a structural equation modeling approach. Patient Preference and Adherence 2017;11 681–690

15. Onayo J, Paucar J. Factores relacionados a la no adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos adultos en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen-EsSalud-2010. Revista de la Facultad de Medicina Humana-Universidad Ricardo Palma 2011; 1: 11-16.
16. Boyd J, Otilingam P. Brief Version of the Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale: Psychometric Properties and Relationship to Depression, Self Esteem, Recovery Orientation, Empowerment, and Perceived Devaluation and Discrimination. Psychiatric Rehabilitation Journal In the public domain 2014, Vol. 37, No. 1, 17–23
17. Kamaradova D, Latalova K, Prasko J, Kubinek R, Vrbova K, Mainerova B, et al. Connection between self-stigma, adherence to treatment, and discontinuation of medication. Patient Preference and Adherence 2016;10: 1289–1298.
18. Bengochea-Seco R, Arrieta-Rodríguez M, Fernández-Modamio M, Santacoloma-Cabero I, Gómez J, García-Polavieja B, et al. Adaptación al español de la escala Internalized Stigma of Mental Illness para valorar el estigma personal. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.) [Internet]. Ene 2016 [citado 28 Dic 2017]; XXX: [aprox. 11 p.].
19. Badallo A, Ballesteros F, Bertina A, Cerezo Y, Magro M, et.al. La dinámica estigmatizante: generación y mantenimiento del estigma y el autoestigma asociado al trastorno mental en la vida cotidiana. Revista Clínica Contemporánea (2018), 9, e1, 1-15
20. Garay M, Pousa V, Pérez L. La relación entre la percepción subjetiva del funcionamiento cognitivo y el autoestigma con la experiencia de

- recuperación de las personas con enfermedad grave. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2014; 34(123): 459-475.
- 21.** Szcześniak D, Kobyłko A, Wojciechowska I, Kłapciński M, Rymaszewska J. internalized stigma and its correlates among patients with severe mental illness. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2018;14 2599–2608.
- 22.** Badallo A, Ballesteros F, Bertina A, Cerezo Y, Magro M et.al. La dinámica estigmatizante: generación y mantenimiento del estigma y el autoestigma asociado al trastorno mental en la vida cotidiana. *Revista Clínica Contemporánea* (2018), 9, e1, 1-15
- 23.** Pérez Brenes L, Utrera Caballero E, Lopera Arroyo MJ. Influencia del Autoestigma o Estigma Internalizado en el Funcionamiento Social y Apoyo Social en pacientes con Enfermedades Mentales atendidos en la Comunidad Terapéutica de Salud Mental. *NURE Inv [Internet]*. Sept-Oct 2014.; 11(72): [aprox. 8 p.].
- 24.** Pardo E, Fierro M, Ibañez M. Prevalencia y factores asociados a la no adherencia en el tratamiento farmacológico de mantenimiento en adultos con trastorno afectivo bipolar [tesis]. Bogotá (Colombia): Universidad del Rosario; 2011.
- 25.** Hatzenbuehler ML, Link BG. Introduction to the special issue on structural stigma and health. *Soc Sci Med.* 2014; 103: 1–6.
- 26.** Beldie A, den Boer JA, Brain C, et al. Fighting stigma of mental illness in midsize European countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2012; 47(Suppl 1):1–38.

27. Girma E, Tesfaye M, Froeschl G, Möller-Leimkühler AM, Dehning S, Müller N. Facility based cross-sectional study of self stigma among people with mental illness: towards patient empowerment approach. *Int J Ment Health Syst.* 2013;7(1):21.
28. Grover S, Avasthi A, Singh A, et al. Stigma experienced by caregivers of patients with severe mental disorders: A nationwide multicentric study. *Int J Soc Psychiatry.* 2017; 63(5):407–417.
29. Hershman DL, Shao T, Kushi LH, et al. Early discontinuation and nonadherence to adjuvant hormonal therapy are associated with increased mortality in women with breast cancer. *Breast Cancer Res Treat.* 2011; 126:529–37.
30. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a las terapias a largo plazo: evidencia de acción. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.
31. Picco L, Lau YW, Pang. Mediating effects of self-stigma on the relationship between perceived stigma and psychosocial outcomes among psychiatric outpatients: findings from a cross-sectional survey in Singapore. *BMJ Open.* 2017; 7(8):e018228.
32. Girma E, Tesfaye M, Froeschl G, Möller-Leimkühler AM, Dehning S, Müller N. Facility based cross-sectional study of self stigma among people with mental illness: towards patient empowerment approach. *Int J Ment Health Syst.* 2013; 7(1):21.
33. Brohan E, Elgie R, Sartorius N, Thornicroft G, GAMIAN-Europe Study Group Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study. *Schizophr Res.* 2010;122(1–3):232–238.

- 34.** Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med.* 2010;71: 2150–2161.
- 35.** Kane J, Kishimoto T, Correll C. Non-adherence to medication in patients with psychotic disorders: epidemiology, contributing factors and management strategies. *World Psychiatry.* 2013;12(3):216-26.

VII. ANEXOS

ANEXO 01

SOLICITO: Autorización para aplicación de encuesta a pacientes del consultorio externo de Psiquiatría

Dr. Augusto Manuel Aldave Herrera
Director del Hospital Regional Docente de Trujillo
Presente:

Yo, Guadalupe Jazmine Avalos Rodríguez identificada con DNI N° 48462688 ID N° 000099599, estudiante de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego, ante Ud. me presento y expongo:

Que, por motivo de encontrarme en el 7 año de la carrera y siendo necesario ejecutar un proyecto de investigación, solicito a Ud. su apoyo y autorización para la aplicación de encuestas a usuarios externos de su digna institución con el fin de culminar mi tesis titulada: “Estigma internalizado como factor asociado a no adherencia al tratamiento en pacientes de la consulta psiquiátrica”.

Por lo expuesto:

Espero sea aceptada mi petición por ser de justicia.

Trujillo 03 de Abril del 2019

Atentamente

Guadalupe Jazmine Avalos Rodríguez

DNI: 48462688

ANEXO 02

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. DATOS GENERALES

Edad: _____ (años)

Género:

- Masculino () Femenino ()

Grado de instrucción:

- Analfabeto/
- Primaria ()
- Secundaria ()
- Superior técnico ()
- Superior universitario ()
- Postgrado ()

Estado civil:

- Soltero ()
- Casado ()
- Viudo ()
- Divorciado ()
- Unión libre ()

Tiempo del padecimiento: _____ (meses)

Número de psiquiatras: _____

II. DATOS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE: Adherencia al tratamiento (adaptada de Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky 8 ítems-MMAS-8):

Preguntas	Opciones de respuesta	
1. Se le olvida tomar alguna vez la medicina	Si= 0	no =1
2. A algunas personas se les pasa tomarse sus medicinas por otras razones y no un simple olvido. Si recuerda las últimas dos semanas ¿Hubo algún día en el que se le olvido tomar la medicina?	Si=0	no=1
3. ¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la	Si=0	no=1

<p>medicina sin decírselo a su médico porque se sentía peor al tomarla?</p> <p>4. Cuando viaja o está fuera del hogar ¿se le olvida llevar la medicina?</p> <p>5. ¿Tomó la medicina para su padecimiento ayer?</p> <p>6. Cuando se siente que su padecimiento está bajo control ¿deja a veces de tomar su medicina?</p> <p>7. Tomar medicamentos cada día puede ser un problema para muchas personas. ¿Se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico para su padecimiento?</p> <p>8. ¿Con que frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todas sus medicinas?</p>	<p>Si=0</p> <p>Si= 1</p> <p>Si= 0</p> <p>Si=0</p> <p>Nunca/ casi nunca</p> <p>Rara vez</p> <p>Algunas veces</p> <p>Habitualmente</p>	<p>no= 1</p> <p>no= 0</p> <p>no = 1</p> <p>no= 1</p> <p>1</p> <p>0.75</p> <p>0.5</p> <p>0.25</p>
---	--	--

DATOS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE: Estigma internalizado. Escala Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) versión abreviada en castellano:

Instrucciones:

Vamos a utilizar el término “enfermedad mental” para el resto del cuestionario, pero por favor piense en ella como si realmente sintiera que es el término correcto. Para cada pregunta marque si está totalmente en desacuerdo (1), en desacuerdo (2), de acuerdo (3) y totalmente de acuerdo (4).

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Las personas con enfermedad mental tienden a ser violentas	1	2	3	4
2. Las personas con enfermedad mental hacen contribuciones importantes a la sociedad	1	2	3	4

3. No me relaciono tanto como solía porque mi enfermedad mental podría hacerme parecer o comportarme raro	1	2	3	4
4. Tener una enfermedad mental ha echado a perder mi vida	1	2	3	4
5. Me mantengo apartado de situaciones sociales con el fin de no avergonzar a mi familia o amigos	1	2	3	4
6. Las personas sin enfermedad mental no pueden entenderme	1	2	3	4
7. La gente me ignora o me toma menos en serio solo porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
8. No puedo contribuir en nada a la sociedad porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4

9. Puedo tener una vida plena y satisfactoria a pesar de mi enfermedad mental	1	2	3	4
10. Algunas personas piensan que no puedo lograr mucho en la vida porque tengo una enfermedad mental.	1	2	3	4

III. DATOS ADICIONALES:

Apoyo de familiar (para recordar la medicación):

- Sí()
- No ()

Ausencia de síntomas de la enfermedad antes de la consulta:

- Sí()
- No ()

Consumo de sustancias ilícitas (drogadicción): (marihuana, cocaína, anfetaminas, otras)

- Sí()
- No ()

Efectos colaterales (indeseables) del tratamiento: (nauseas, fatiga, sequedad de boca, somnolencia, visión borrosa, estreñimiento, mareos)

- Sí()
- No ()

Tipo de trastorno psiquiátrico:

- Esquizofrenia ()
- Trastorno bipolar ()
- Depresión ()
- Ansiedad ()
- Otro (especificar):_____

ANEXO 3

Formulario de Consentimiento

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Título del Estudio:
"Estigma internalizado como factor asociado a no adherencia al tratamiento en pacientes de la consulta psiquiátrica"

Yo _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Fecha: _____ DNI _____
Firma del participante: _____ Huella Dactilar: _____

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):
He _____ explicado _____ a _____ la Sra. _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le explicado de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normativa correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Nombre y Firma del investigador _____