

**VARIABLES PSICOLÓGICAS QUE INTERVIENEN  
EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO  
FARMACOLÓGICO EN ADULTOS CON TRASTORNO  
BIPOLAR.**

TRABAJO DE FIN DE GRADO DE PSICOLOGÍA

Departamento de Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología

Facultad de Psicología y Logopedia

Universidad de La Laguna

Realizado por: Adrián Kronewitter Rufino y Cristina Araceli Expósito González

Tutores académicos: Ascensión Fumero Hernández y Wenceslao Peñate Castro

Curso académico: 2019/2020

## **Resumen**

En este estudio se ha realizado una revisión sistemática con el objetivo de investigar cuáles son las variables psicológicas que intervienen en la adherencia al tratamiento en adultos con trastorno bipolar. Para llevar a cabo esta revisión se han utilizado las bases de datos: Medline, Biblioteca Cochrane, Psycinfo y Sciencedirect. De donde fueron seleccionados finalmente 10 registros. En éstos se encontró que los componentes del modelo de creencia en la salud presentan un papel activo en la explicación de la varianza relacionada con la adherencia. Se concluye, por tanto, que el modelo de creencia en la salud está asociado con el cumplimiento terapéutico de los pacientes con trastorno bipolar, aunque se han encontrado otras variables psicológicas no contempladas en el modelo. En esta revisión se ha detectado que la evidencia científica relacionada con este tema de investigación es escasa, por lo que se precisan estudios futuros que permitan esclarecer el verdadero papel de las variables psicológicas presentes en el modelo de creencia en la salud y fuera de él, y su relación con el cumplimiento terapéutico de los pacientes con trastorno bipolar.

Palabras clave: adherencia, tratamiento, trastorno bipolar, modelo de creencia en la salud.

## **Abstract**

In this study a systematic review has been conducted with the aim of investigating what are the psychological variables involved in adherence to treatment in adults with bipolar disorder. To carry out this review, the following databases have been used: Medline, Cochrane Library, Psycinfo and Sciencedirect. From where 10 records were finally selected. In these we found that the components of the health belief model play an active role in explaining adherence-related variance. It is concluded, therefore, that the health belief model is associated with the therapeutic compliance of patients with bipolar disorder, although other psychological variables not contemplated in the model have been found. In this review, we have detected that

scientific evidence related to this research topic is scarce, so future studies are needed to clarify the true role of psychological variables present in the health belief model and outside it, and their relationship with the therapeutic compliance of patients with bipolar disorder.

Key words: adherence, treatment, bipolar disorder, Health Belief Model.

## Introducción

La adherencia al tratamiento es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “la medida en que la conducta de una persona -tomar medicamentos, seguir una dieta, y/o la ejecución de cambios en el estilo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas por un proveedor de servicios de salud (OMS, 2003).

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico es un problema común en personas con trastorno del estado de ánimo, esto complica el desarrollo normal y la efectividad del tratamiento, además de producir variaciones en el estado clínico del paciente (Kemp et al., 1996).

Para explicar la adherencia se utilizará el Health Belief Model o Modelo de las Creencias en la Salud (HBM), creado para explicar comportamientos preventivos relacionados con la salud. El HBM parte de que las actitudes y creencias relacionadas con la salud son factores que juegan un papel importante a la hora de explicar la toma de decisiones.

El **HBM** es un modelo cognitivo-social que trata de explicar o predecir cambios en las conductas relacionadas con la salud en individuos. Este modelo asume que la implicación individual en conductas relacionadas con la salud está determinada por seis constructos: Las creencias que tiene una persona sobre la posibilidad de adquirir una patología o condición se conocen como *susceptibilidad percibida*; se añade a esta variable la *severidad percibida* (sensaciones o emociones experimentadas ante el significado que la persona atribuye a contraer

una enfermedad o condición, incluyendo el planteamiento de consecuencias clínicas y sociales). La combinación de la susceptibilidad y severidad percibidas se denomina *amenaza percibida*; los *beneficios percibidos* serán la respuesta de la persona ante la amenaza percibida, las creencias del individuo definirán el curso de acción que se tomará para reducir el impacto potencial de esta amenaza percibida. Los aspectos o factores negativos percibidos que pueden prevenir o bloquear el desarrollo de una acción beneficiosa son las *barreras percibidas*, como p. ej. que un paciente con trastorno bipolar se niegue a llevar a cabo un tratamiento con litio por los posibles efectos adversos; finalmente, se definen los elementos o pistas que llevan al desarrollo de una conducta como *claves para la acción*, como por ejemplo la notificación de una aplicación móvil para recordar el consumo de un fármaco (Laranjo, 2016).

A pesar de que este modelo sea útil explicando la adherencia queda la duda de si sigue siendo igual de efectivo a la hora de explicarla en personas con trastornos del estado de ánimo, por los problemas o alteraciones de conducta que éstos conllevan (Becker et al., 1977).

El trastorno bipolar es un trastorno psiquiátrico potencialmente grave que produce problemas importantes para las personas a las que afecta. En el transcurso del trastorno bipolar, pueden ocurrir cuatro tipos diferentes de estados de ánimo: manía, hipomanía, depresión y estado mixto (American Psychiatric Association, 2000).

*Un estado maníaco* es un periodo bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía dirigida a un objetivo, que dura como mínimo una semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días. *Un episodio hipomaníaco* es un periodo bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo cuatro días consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días. *Un episodio de*

*depresión mayor* ha de tener cinco (o más) de los criterios establecidos en el DSM-V y al menos uno de ellos ha de ser un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío o sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso) o el criterio de una disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación) (American Psychiatric Association, 1994). Y, por último, *el estado mixto* es una mezcla de los episodios mencionados anteriormente.

En promedio, sin tratamiento, los episodios maníacos o hipomaníacos duran unos pocos meses, mientras que los episodios depresivos a menudo duran más de 6 meses. Algunas personas se recuperarán por completo entre los episodios y pueden continuar durante muchos años sin síntomas graves, mientras que otras pueden seguir teniendo depresión leve y cambios de humor leves. Por ello se considera de vital importancia la medicación en este tipo de trastorno y por consiguiente una adecuada adherencia al tratamiento, puesto que la no adherencia de esta limita sustancialmente la eficacia del tratamiento y puede causar una mayor recaída, servicio de emergencia de salud mental y tasas de hospitalización, y a su vez un mayor malestar y deterioro en las personas que padecen este trastorno (Knoth et al., 2006).

El objetivo del tratamiento psicofarmacológico del trastorno bipolar es estabilizar los patrones del estado de ánimo. Los estabilizadores del estado de ánimo se prescriben para aliviar los síntomas durante un episodio agudo y son la base de la prevención a largo plazo al limitar la aparición o la gravedad de los cambios de humor maníacos y depresivos (Cheng et al., 2005). Sin embargo, esto puede ser engañoso para aquellos que se han sentido bien durante varios años, pensando que el trastorno ha sido "curado" y que ya no se necesitan medicamentos. Hasta la fecha, no se ha encontrado una intervención curativa para el trastorno bipolar, de ahí la importancia de la adherencia a la medicación para prevenir la recaída o el desarrollo de futuros

episodios. Debido a la imprevisibilidad de los episodios del estado de ánimo, el cumplimiento de los regímenes de medicamentos recetados es crucial para controlar el ciclo de los episodios (maníaco o depresivo) (National Institute of Mental Health [NIMH], 2006).

Túnez (2016) refiere que, en esta patología, los timorreguladores constituyen la piedra angular del tratamiento que, además de su efecto curativo durante los episodios, tiene un efecto preventivo a largo plazo sobre las recurrencias tímicas. Sin embargo, este último efecto solo puede obtenerse con la ingesta regular del tratamiento y a dosis efectivas, es decir, con una adecuada adherencia. En caso de cumplimiento deficiente, el riesgo de recaída y hospitalización es alto, lo que aumenta el costo de esta enfermedad para la sociedad.

El trastorno bipolar disminuye la satisfacción vital de las personas diagnosticadas con la enfermedad y se considera una carga importante para las familias y la sociedad (Shastry, 2005). Las personas que no reciben tratamiento para el trastorno bipolar pueden experimentar síntomas, como un mayor estrés, angustia emocional o enfermedad física, que disminuyen la probabilidad de que puedan hacer frente a su enfermedad y funcionar de manera efectiva.

Por otra parte, en la población con trastornos mentales existe un riesgo de suicidio relacionado con el alta hospitalaria tras una crisis del trastorno: se ha informado que el periodo de mayor riesgo son las cuatro primeras semanas después del alta, lo que podría explicarse por una percepción de pérdida de apoyo, menor supervisión, recaída al verse nuevamente expuestos a problemas en el medio habitual, abandono del tratamiento, o que simplemente no están del todo recuperados, con ello se justifica la importancia del mantenimiento del tratamiento y por consiguiente su adherencia al mismo en personas con episodios recurrentes (Goldacre et al., 1993).

Los trastornos mentales más frecuentes en adultos que han realizado intentos de suicidio son depresión, distimia, bipolaridad, trastorno de personalidad, ansiedad, agorafobia, abuso de sustancias (drogas psicoactivas, alcohol y tabaco), esquizofrenia, somatización y

trastornos alimentarios como la anorexia nerviosa (Balhara et al., 2014). Existe un mayor riesgo de suicidio en los primeros meses después de ser diagnosticado con algún trastorno afectivo (Castro-Díaz et al., 2013), depresión psicótica y trastorno bipolar (Steele et al., 2007).

Entre el 10% y 15% de personas con trastorno bipolar realizan el suicidio, frecuentemente al comienzo de la enfermedad (Goodwin et al., 2007) y en las fases depresivas (Post, 2005). Strakowski et al (1996) identificaron en pacientes con trastorno bipolar hasta un 90% de tendencia al suicidio, y altas puntuaciones en una escala de depresión como el factor más agravante; también se ha establecido que el riesgo de suicidio es 22 veces mayor en pacientes diagnosticados con trastorno bipolar que en población general (Tondo et al., 2001).

Por lo tanto, parece importante comprender los factores que influyen tanto en la adherencia a la medicación como en su relación con la satisfacción general de la vida de las personas diagnosticadas con trastorno bipolar. El diagnóstico temprano y el mantenimiento del tratamiento psicofarmacológico adecuado pueden mantener los síntomas del trastorno al mínimo.

Se ha encontrado que la falta de adherencia entre las personas diagnosticadas con trastorno bipolar es relativamente alta (Scott et al., 2002). Varios factores influyen en la adherencia, como son la edad del individuo, la adaptación del individuo y de la familia al diagnóstico de la enfermedad, las habilidades de afrontamiento familiar y las experiencias subjetivas del individuo con el trastorno a medida que avanza el tratamiento (Bernstein et al., 1989).

El objetivo de esta revisión es identificar la relación del modelo de creencia en la salud con la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos con trastorno bipolar.

## **Método**

El procedimiento y la selección de las referencias de esta revisión sistemática se realizó en base a la declaración PRISMA, la cual ofrece una guía para obtener una búsqueda y selección adecuada de intervenciones para estudios de revisión o meta-análisis (Urrútia y Bonfill, 2010).

### **Identificación y selección de estudios**

La búsqueda se llevó a cabo en cuatro bases de datos, Medline (a través de su acceso electrónico de PubMed), Biblioteca Cochrane, Psycinfo, y Sciencedirect.

Las palabras clave utilizadas en la búsqueda fueron las siguientes: *bipolar disorder*, *mood disorder*, *mental health*, *compliance*, *patient compliance*, *adherence*, *Health Belief Model* y *HBM*. Cabe destacar que estas palabras claves se han combinado a lo largo de la búsqueda para obtener mejores resultados, y se ha hecho utilización de los términos descriptores MeSH.

### **Criterios de inclusión y exclusión**

Los registros se seleccionaron en base a los siguientes criterios de inclusión: 1) que al menos uno de los términos o palabras clave de cada bloque de contenido principal (modelo de creencia en la salud, trastorno bipolar y adherencia) estuvieran contenidas en el título y/o abstract; 2) que estuvieran disponibles a texto completo; 3) realizados en población adulta (+19); 4) idioma español e inglés; y, por último, 5) que fuese evidencia científica revisada por pares.

Por ende, se descartaron artículos que no incluyesen alguna de las palabras clave en el título o resumen, aquellos realizados en población pediátrica y anciana, que solo estuviera disponible el resumen y publicados en idiomas distintos al español o inglés. Además, se excluyeron de esta revisión aquellos resultados cuyo material fuesen: Libros, editoriales, artículos de prensa o de comentario, o artículos que no pertenecieran a investigación en el área de la psicología, medicina, farmacia o biología.



## **Procesos de selección**

Los dos autores de esta revisión realizaron la selección de los artículos de manera independiente, y posteriormente las discrepancias se resolvieron en reunión programada. En primer lugar, se evaluó que el título estuviera relacionado con el objetivo de esta revisión y posteriormente se pasó a realizar una segunda selección mediante la lectura del resumen, valorando todos los criterios de selección anteriormente mencionados.

## **Extracción de datos**

Para valorar los resultados se recogió la siguiente información de los artículos: Nombre del primer autor y año de la publicación, tamaño muestral y distribución por sexo, tipo de diseño, definición de la muestra (adultos con trastorno bipolar) y principales resultados.

## **Resultados**

Primeramente, se han realizado diversas búsquedas en las bases de datos Medline, Biblioteca Cochrane, Psycinfo, y Sciencedirect combinando las palabras clave citadas anteriormente, obteniendo un total de 38 publicaciones. De los cuales se descartaron 6 artículos mediante el análisis del abstract y del título porque no eran sobre trastorno bipolar, modelo de creencia en la salud o adherencia. Posteriormente, se seleccionaron 32 artículos para realizar una lectura completa y tras la misma se excluyeron 22, de los cuales 11 no tenían contenido relacionado con los tres bloques de contenido principales (modelo de creencias en la salud, trastorno bipolar y adherencia), 5 presentaban población adolescente, 2 no estaban disponibles a texto completo, 3 eran libros y por último se descartó un artículo de prensa. Finalmente, se incluyen 10 artículos que cumplen con los criterios de inclusión.

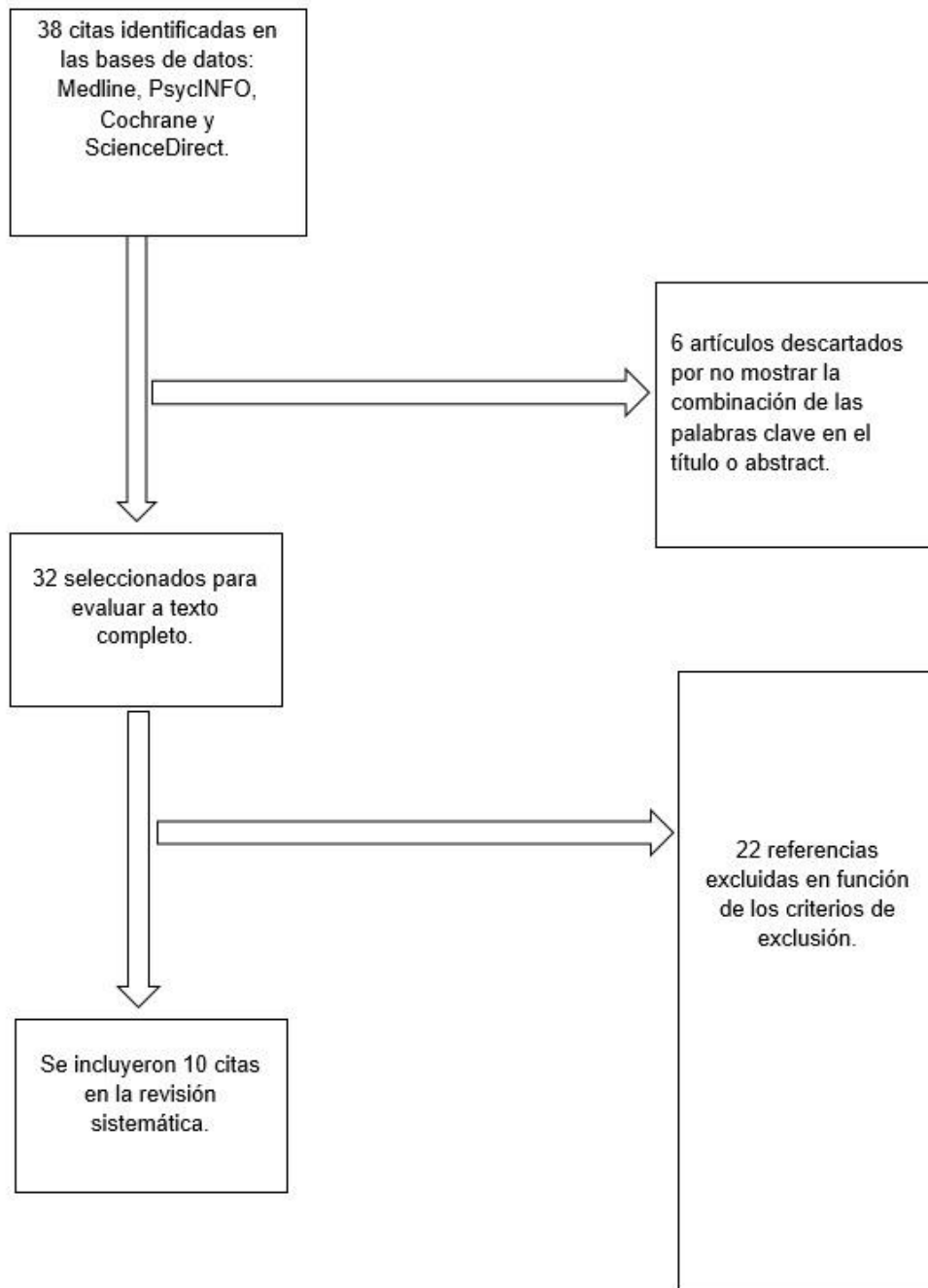


Figura 1: Diagrama de flujo de la búsqueda y cribado de artículos, basado en PRISMA.

En cuanto a los 10 artículos revisados, la suma de todas las muestras poblacionales es  $n=59990$ , y de los artículos que especificaron el sexo (5), el 66.51% de la población era femenina. El 72.72% (8) de los artículos se basan en o incluyen los factores del modelo de

creencia en la salud en su estudio, los 3 restantes utilizaron modelos o factores diferentes: Greenhouse (2013) emplea los estilos de afrontamiento o *coping*. Averous (2018) utiliza la autorregulación o *self regulating model*, y, por último, García (2016) presenta un abordaje centrado en variables sociodemográficas y médicas. El 54.4% (6) de los artículos tienen un diseño descriptivo transversal, el 43.6% restante (5) son revisiones, de las cuales dos son narrativas (18.18%) y tres sistemáticas (27.27%).

Los factores que mostraron ser más relevantes (al estar presentes en un mayor número de artículos) a la hora de explicar la no adherencia fueron los beneficios percibidos (Adams et al., 2000; Kavi et al., 2010) alcanzándose resultados significativos en los dos estudios, aunque mostrándose no significativo en el estudio de Kelly et al (1987), y las creencias negativas sobre los medicamentos (Kavi et al., 2010; Sajatovic et al., 2009). Se encontró también relación entre la severidad percibida, la interpretación personal de la enfermedad y la negación de la enfermedad con la adherencia (Sajatovic, 2009; Adams, 2000; y Cohen et al., 2000). El locus de control externo parece estar asociado también a un peor cumplimiento del tratamiento (Marrero et al., 2020; Sajatovic et al., 2009). Chakrabarti et al (2016) y Marrero et al (2020) asocian la adherencia a la medicación a las creencias en la salud. Otros factores que indican tener relación con la conducta adherente son: El apoyo familiar (Marrero et al., 2020), percepción positiva en cuanto al control del tratamiento y una buena comprensión de su trastorno (Averous et al., 2018), la intensidad de los síntomas delirantes (García et al., 2016), claves para la acción o *cues to action* (Kelly, 1987), efectos negativos percibidos sobre el estado físico resultado de llevar a cabo el tratamiento y demás barreras percibidas (Kavi et al., 2010; Kelly et al., 1987), la dificultad con el seguimiento de rutinas para la toma de medicación (Sajatovic et al., 2009) y el afrontamiento de aceptación o *acceptance coping* (Greenhouse et al., 1999). En cuanto al resto de factores asociados al modelo de creencia en la salud, la amenaza percibida se presenta en forma de sus dos componentes (susceptibilidad y severidad percibida),

de los cuales en la severidad percibida se encuentran resultados dispares, al hallarse como no significativo en el estudio de Kelly et al (1997), pero sí en el de Adams et al (2000), y la susceptibilidad percibida muestra significación en relación con el cumplimiento del tratamiento (Kelly et al., 1987).

*Tabla 1: Datos extraídos de los artículos.*

Autores y año	Muestra	Tipo de estudio	Definición (población)	Resultados
Marrero 2020	N=6139 De los cuales, el porcentaje de mujeres estaba entre 21.2% y 50%.	Revisión sistemática	Pacientes diagnosticados con BD ( <i>Bipolar Disorder</i> ), esquizofrenia y trastorno depresivo.	La adherencia a la medicación está asociada con creencias de salud y variables psicológicas (autoeficacia y el locus de control). El apoyo familiar también fue relacionado positivamente con la adherencia a la medicación.
Averous 2018	N=38 De los cuales un 76.31% son mujeres.	Descriptivo transversal	Pacientes diagnosticados con BD.	Los pacientes con percepciones positivas en cuanto al control del tratamiento, percepciones negativas de sus emociones negativas respecto a su enfermedad mental, percepción negativa de las consecuencias y alta comprensión de su trastorno tenían una mejor adherencia.
García 2016	N=51.796 De los cuales 40.298 son pacientes con trastorno bipolar y 10.385 son pacientes con esquizofrenia (Sexo no especificado).	Revisión sistemática	Pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar.	En pacientes con esquizofrenia y trastornos afectivos se encontró que la intensidad de los síntomas delirantes junto con barreras percibidas, deterioro cognitivo y abuso de sustancias predijeron una mala adherencia al tratamiento.
Kelly 1987	N=107 De los cuales un 92,5% son hombres.	Descriptivo transversal	Pacientes con esquizofrenia, trastornos afectivos, trastornos no psicóticos y otras psicosis.	Los datos muestran que el 20% de la varianza del cumplimiento de la medicación se explica por claves para la acción, susceptibilidad y barreras percibidas.
Cohen 2000	N=1675, (sexo no especificado)	Revisión sistemática	Pacientes con depresión mayor y trastorno bipolar.	La negación de la enfermedad (síntoma común de la manía) fue la razón más común para el incumplimiento de la medicación en trastorno bipolar.

Adams 2000	N= 36 de los cuales un 56% son hombres	Descriptivo transversal	Pacientes hospitalarios con Trastornos afectivos (67,6%) y esquizofrenia (32,4%).	Dos factores del Modelo de creencia en la salud (severidad y beneficios percibidos) explicaron el 43% de la varianza en la conducta adherente ( $p<0.05$ ).
Kavi 2010	N= 27 (sexo no especificado).	Descriptivo transversal	Pacientes con trastorno bipolar.	Los factores que explicaron mayor parte de la varianza en la no adherencia fueron: Creencia de que los medicamentos son innecesarios ( $p<0.0001$ ), falta de beneficios percibidos de los medicamentos( $p<0.001$ ) y efectos negativos percibidos sobre el estado físico ( $p=0.05$ ).
Chakrabarti 2016	--	Revisión narrativa	Individuos con trastorno bipolar.	Creencias en la salud, relación médico-paciente y el impacto del entorno inmediato son más apropiados para predecir adherencia en pacientes con BD que factores demográficos.
Sajatovic 2009	N=140 de los cuales un 70% son mujeres.	Descriptivo transversal	Adultos con trastorno bipolar.	Las actitudes negativas hacia los medicamentos ( $p<0.0001$ ), la interpretación personal de la enfermedad ( $p<0.05$ ), el locus de control externo ( $p<0.05$ ) y la dificultad con las rutinas de medicación( $p<0.05$ ) son variables que intervienen en la adherencia al tratamiento.
Greenhouse 1999	N=32 De los cuales un 68.7% son mujeres.	Descriptivo transversal	Pacientes con BD.	Afrontamiento de aceptación correlacionó positivamente con adherencia ( $p<0.05$ ).

## **Discusión**

Los factores evaluados en esta revisión apuntan a la importancia de las variables psicológicas a la hora de explicar el cumplimiento de la toma de medicación en población adulta con trastorno bipolar.

Se ha enfatizado en este estudio la búsqueda de investigaciones que tengan como finalidad predecir la adherencia al tratamiento en pacientes con trastorno bipolar dentro del campo de la psicología de la salud y se han encontrado resultados relevantes a la hora de predecir la misma.

En primer lugar, la mayoría de los artículos mencionan el Modelo de creencia en la salud y sus componentes (Amenaza percibida, Beneficios percibidos y Señales para la acción) a la hora de predecir el cumplimiento del tratamiento. Demostrando por tanto que este modelo permite predecir las variables que intervienen en la adherencia. El atractivo de este marco radica en su principio central de que un proceso racional de toma de decisiones (acerca de la salud) guía la promulgación de una variedad de conductas preventivas y de rol, incluyendo el cumplimiento de un régimen de medicación prescrito (Kelly et al, 1987). Kelly (1987) también confirma la capacidad de las creencias en la salud para predecir el cumplimiento y afirma la solidez teórica del modelo y su adecuación para su uso con pacientes psiquiátricos, por lo tanto, sería muy interesante tener en cuenta este modelo a la hora de prescribir un tratamiento.

Otros factores han aparecido demostrando también su influencia en el cumplimiento del tratamiento en adultos con trastorno bipolar. En primer lugar, Kavi et al (2010) encontraron que las creencias acerca de que la medicación es innecesaria es uno de los factores involucrados a la hora de explicar la mayor parte de la varianza en la no adherencia, junto con la falta de beneficios percibidos de los medicamentos y efectos negativos percibidos sobre el estado físico. Marrero et al (2020) encuentran que la autoeficacia, el locus de control y el apoyo

familiar también se relaciona con la adherencia al tratamiento. Asimismo, se encontró que los síntomas y el estado (maníaco o hipomaníaco) en el que se encuentre la persona con diagnóstico bipolar en un momento determinado influyen para el cumplimiento o no del tratamiento. Esto lo demuestra García et al (2016) al encontrar que la intensidad de los síntomas delirantes predijo en su estudio una mala adherencia. En la misma línea, Cohen et al (2000) evidencia que la negación de la enfermedad (síntoma común del estado maníaco) fue la razón más común para el incumplimiento de la medicación en trastorno bipolar. Sajatovic et al (2009) incluyen también otras variables que afectan a la adherencia: la interpretación personal de la enfermedad, y la dificultad con las rutinas de medicación. Por último, Chakrabarti et al (2016) añaden la relación médico-paciente y el impacto del entorno inmediato.

Con estas aportaciones se puede concluir que la adherencia a la medicación en adultos mayores con trastorno bipolar está asociada a una variedad de factores interconectados y que las intervenciones en adherencia a la medicación en adultos con trastorno bipolar han de realizarse en base a un planteamiento multicomponente que considere la suma de los factores más relevantes estudiados hasta el momento y tan importantes para el control de sus síntomas y la evolución de su enfermedad.

La mayor limitación de esta revisión ha sido la escasez de evidencia científica relacionada con la adherencia a la medicación en adultos con trastorno bipolar, por lo tanto, se precisan estudios futuros que permitan esclarecer el verdadero papel de las variables psicológicas presentes en el modelo de creencia en la salud y fuera de él, y su relación con el cumplimiento terapéutico de los pacientes con trastorno bipolar.

Se concluye, por tanto, que el modelo de creencia en la salud está asociado con el cumplimiento terapéutico de los pacientes con trastorno bipolar, aunque se han encontrado otras variables psicológicas no contempladas en el modelo que también se relacionan con la adherencia a la medicación en adultos con trastorno bipolar.



## Referencias

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5a. ed).
- Averous, P., Charbonniera, E., Lagouanelle-Simeonia, M.C., Prosperid, A., y Danya, L. (2018). Illness perceptions and adherence in bipolar disorder: An exploratory study. *Comprehensive Psychiatry*, 80, 109–115. doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.10.003.
- Becker, M., Maiman, L., Kirscht, J., Haefner, D. y Drachman, R. (1977). The Health Belief Model and Prediction of Dietary Compliance: A Field Experiment. *Journal of Health and Social Behavior*, 18 (4), 348-366. doi.org/10.2307/2955344.
- Bedoya, E., y Montaña, L. (2016). Suicidio y Trastorno Mental. *Revista CES Psicología*, 9(2), 179-201. doi.org/10.21615/cesp.9.2.12.
- Berk, M., Berk, L., Dodd, S., Fitzgerald, P., Castella, A., Filia, S., K., Brnabic, A., Kelin, K., Montgomery, W., Kulkarni, J. y Stafford, L. (2013) The sick role, illness cognitions and outcomes in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 146, 146–149. doi.org/10.1016/j.jad.2012.07.003.
- Chakrabarti, S. (2016). Treatment-adherence in bipolar disorder: A patient-centred approach. *Treatment-adherence in bipolar disorder: A patient-centred approach*, 6(4), 399-409. doi: 10.5498/wjp.v6.i4.399.
- Cohen, L., Parikh, V., y Kennedy, S. (2000). Medication compliance in mood disorders: relevance of the Health Belief Model and other determinants. *Primary Care Psychiatry*, 6, 101-110. doi: 10.1185/135525700543307.
- Corrigan, P., Rüsck, N., Ben-Zeev, D., y Sher, T. (2014). The Rational Patient and Beyond: Implications for Treatment Adherence in People with Psychiatric Disabilities. *Rehabil Psychol*, 59(1), 85-98. doi:10.1037/a0034935.

- Darling, C., Olmstead, S., Lund, V., y Fairclough, J. (2008) Bipolar Disorder: Medication Adherence and Life Contentment. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(3), 13-26.  
doi.org/10.1016/j.apnu.2008.02.004.
- Fletcher K., Parkera, G., y Manicavasagara, V. (2013). Coping profiles in bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 1177–1184. All rights reserved.  
doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.05.011.
- García, S., Martínez-Cengotitabengoa, M., López-Zurbano, S., Zorrilla, I., López, P., Vieta, E., y González-Pinto, A. (2016). Adherence to Antipsychotic Medication in Bipolar Disorder and Schizophrenic Patients. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 36(4), 355-371.  
doi:10.1097/JCP.0000000000000523.
- Greenhouse, W., Meyer, B., y Johnson, S. (2000). Coping and medication adherence in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 59, 237–241. doi: S0165-0327(99)00152-4.
- Holmes, E., Hughes, A., y Morrison, V. (2014). Predicting Adherence to Medications Using Health Psychology Theories: A Systematic Review of 20 Years of Empirical Research. *Value in health*, 17, 863-876. doi.org/10.1016/j.jval.2014.08.2671.
- Hou, R., Cleak, V., y Peveler, R. (2010). ¿Do treatment and illness beliefs influence adherence to medication in patients with bipolar affective disorder? A preliminary cross-sectional study. *European Psychiatry*, 25, 216–219. doi:10.1016/j.eurpsy.2009.09.003.
- Kelly, R., Mamon, A., y Scott, E. (1987). Utility of the Health Belief Model in examining medication compliance among psychiatric outpatients. *Pergamon Journals*, 25(11), 1205-1211. doi: 0277-9536/87.
- Lehane, E., y McCarthy, G. (2007). Intentional and unintentional medication non-adherence: ¿A comprehensive framework for clinical research and practice? A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 1468–1477. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.07.010.

- Marrero, R.J., Fumero, A., De Miguel, A., y Peñate, W. (2020). Psychological factors involved in psychopharmacological medication adherence in mental health patients: A systematic review. *Elsevier*, 1-16. doi.org/10.1016/j.pec.2020.04.030
- Nitzburg, G., Russo, M., Cuesta-Díaz, A., Ospina, L., Shanahan, M., y Perez-Rodriguez, M. (2016). Coping strategies and real-world functioning in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 198, 185–188. doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.028.
- OMS (2003). Adherence to long-term therapies. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf;jsessionid=FB420B8FB3A9014482FBAE918F3B3CE7?sequence=1>.
- Sajatovic, M., Ignacio, V., West, A., Cassidy, A., Safavi, R., Kilbourne, M., y Blow, F. (2009). Predictors of nonadherence among individuals with bipolar disorder receiving treatment in a community mental health clinic. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 100–107. doi:10.1016/j.comppsy.2008.06.008.
- Teter, C., Falone, A., Bakaian, A., Tu, C., Öngür, D., y Weiss, R. (2011). Medication adherence and attitudes in patients with bipolar disorder and current versus past substance use disorder. *Psychiatry Research*, 190, 253–258. doi:10.1016/j.psychres.2011.05.042.
- Urrútia, G. y Bonfill, X. (2010). PRISMA declaration: a proposal to improve the publication of systematic reviews and meta-analyses. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 135 (11), 507-511. doi:10.1016/j.medcli.2010.01.015.