



UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**Factores relacionados a la adherencia al tratamiento farmacológico en personas con trastorno afectivo bipolar: un estudio centrado en el individuo.**

Memoria para optar al Título de Psicóloga

Autora

Carmen Gloria Martínez Martínez

Profesor patrocinante

Pablo Herrera Salinas

Santiago de Chile, año 2019

## Resumen

La presente investigación estudia los factores que se relacionan a la adherencia al tratamiento farmacológico en el trastorno bipolar desde la experiencia subjetiva del individuo, centrándose en la descripción y análisis de la relación entre sus percepciones y vivencias acerca del trastorno, tratamiento, estigmatización y apoyo social; y la adherencia al tratamiento, además de las motivaciones o voces pro y anti adherencia y los contextos donde esta se dificulta. Para ello se realizaron 12 entrevistas a individuos con trastorno bipolar adherentes al tratamiento farmacológico, que habían dejado la medicación en el pasado y no adherentes. Entre los resultados se encontró que todos han experimentado motivaciones pro y anti adherencia al tratamiento respecto a los factores estudiados y a dos elementos emergentes: la relación con otros y la interacción médico-paciente. A partir de lo anterior, se discutieron las implicancias de los resultados para posibles intervenciones y proyecciones, además de limitaciones del estudio y su diálogo con la teoría existente. Como conclusión, la adherencia al tratamiento se observó como un fenómeno dinámico y ambivalente, donde la intensidad e interacción entre voces pro y anti adherencia y los métodos de enfrentamiento frente a estas parecen relevantes para su entendimiento.

Palabras clave: trastorno bipolar, adherencia, tratamiento farmacológico, experiencia subjetiva.

## **Agradecimientos**

A mi familia, por acompañarme siempre.

A mi profesor guía Pablo Herrera, por su paciencia, preocupación y compañía durante todo el proceso de memoria, además de las instancias de aprendizaje.

A los entrevistados para este estudio, por su disposición y confianza en relatarme sus emociones, creencias y vivencias.

## Introducción

La adherencia farmacológica al tratamiento médico, que refiere al grado de coincidencia del comportamiento de un paciente relacionado a la toma de la medicación con las recomendaciones del profesional de la salud que lo atiende, es considerada un tema prioritario de salud pública y una de las principales causas de fracaso terapéutico (Gigoux, Moya y Silva, 2010). Respecto a los pacientes afectados por un trastorno psiquiátrico, la adherencia al tratamiento es una clave decisiva en el pronóstico de la enfermedad (Aránguiz y Pacheco, 2011).

En el caso del trastorno afectivo bipolar, la baja adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes diagnosticados con este grave trastorno del ánimo se ha transformado en un fenómeno común que genera una serie de consecuencias negativas en el ámbito cognitivo, emocional, funcional, social y económico del individuo. Los estudios sobre el tema han identificado una serie de factores sociodemográficos, personales y relacionados a la enfermedad que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico. Actualmente, el foco de investigación se halla en las percepciones, creencias y vivencias del paciente respecto al trastorno y al tratamiento farmacológico (Chakrabarti, 2016). A ello se le suma el estudio de otros factores que están relacionados al entorno, tales como la percepción de apoyo social y las experiencias de estigmatización.

A pesar de la evidencia acumulada, la adherencia al tratamiento farmacológico en el trastorno bipolar sigue siendo una problemática compleja de investigar dada la multitud de variables relacionadas, la dificultad para establecer cuáles son los factores más críticos involucrados en el fenómeno (Vrbová, 2014), las contradicciones e inconsistencias de algunos estudios y lo reciente de las investigaciones centradas en el paciente, las que enriquecen el conocimiento del tema al indagarlo desde una perspectiva diferente. Es en este contexto, y considerando el alto índice de no adherencia al tratamiento farmacológico en individuos con trastorno bipolar y las consecuencias negativas que esta provoca, que se hace necesario preguntarnos ¿Cuáles son los factores que, desde la experiencia subjetiva del individuo, se relacionan con la adherencia al tratamiento farmacológico en personas con trastorno afectivo bipolar? De esta forma, sería pertinente abordar el estudio de la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con trastorno bipolar desde

una perspectiva cualitativa, que busque generar una comprensión fenomenológica del tema más allá de establecer la sola presencia de correlaciones entre variables. De esta manera, se podría contribuir a ampliar el conocimiento del fenómeno y contrastar los resultados con los hallazgos existentes.

## **Objetivos**

### *Objetivo General*

-Identificar y analizar, desde la experiencia subjetiva del individuo, cuales son los factores que se relacionan con la adherencia al tratamiento farmacológico en personas con trastorno afectivo bipolar.

### *Objetivos específicos*

-Describir las creencias y vivencias de los sujetos con trastorno bipolar respecto a la enfermedad y al tratamiento farmacológico, las experiencias de estigmatización y experiencias de apoyo social.

-Caracterizar y sistematizar las motivaciones a favor y en contra de adherir al tratamiento farmacológico de sujetos con trastorno bipolar.

-Caracterizar y sistematizar las situaciones que dificultan la adherencia al tratamiento farmacológico en el trastorno bipolar.

-Analizar las posibles relaciones entre las vivencias y percepciones de los sujetos con trastorno bipolar respecto a la enfermedad y al tratamiento farmacológico, las experiencias de estigmatización y experiencias de apoyo social y la adherencia al tratamiento farmacológico en el trastorno bipolar.

## **Antecedentes**

La pregunta que actúa como hilo conductor de la investigación es ¿cuáles son los factores que se relacionan con la adherencia al tratamiento farmacológico en individuos con trastorno bipolar?. En este sentido, será esencial conocer el concepto de trastorno bipolar, adherencia farmacológica y, específicamente, caracterizar la adherencia farmacológica en el trastorno bipolar y los distintos factores que, hasta el momento, han sido asociados a la

adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes bipolares, clasificándolos según su enfoque de investigación.

### *Trastorno bipolar*

El trastorno afectivo bipolar (TAB) es un trastorno del estado de ánimo grave, crónico y recurrente que, está presente en cerca del 1 a 2% de la población (Souza, Giacchero, Do Carmo e Inocenti, 2013). Según MINSAL (2013), la prevalencia del trastorno en Chile es del 2,2%. La enfermedad cursa con ciclos de episodios depresivos, caracterizados por tristeza y desesperanza, y episodios hipomaniacos o maniacos, en los que predomina la euforia, aumento de la autoestima, disminución de la necesidad de dormir, fuga de ideas, aumento de las actividades intencionadas e implicación excesiva en actividades placenteras (Gallego, 2015). El trastorno bipolar causa alteraciones en las relaciones personales, bajo rendimiento académico o laboral (Gallego, 2015), dificultades para el autocuidado, comportamientos no aceptados socialmente y altas tasas de suicidio (Souza et al, 2013).

#### *1 Adherencia al tratamiento farmacológico*

La Organización Mundial de la Salud (2013) define la adherencia como el grado en que la conducta de una persona se corresponde con las recomendaciones del profesional de la salud tratante (Flores, Medina, Robles y Páez, 2012; Inocenti, De Bortoli y Pedrão, 2010 y Gallego, 2015). Por lo tanto, la no adherencia al tratamiento farmacológico se refiere al incumplimiento del mismo; es decir, no tomar la medicación de acuerdo con la dosificación y el programa prescrito, y no tomar la medicación a lo largo del tiempo del tratamiento indicado sin consultar con el médico tratante (Gallego, 2015). El período de tiempo para considerar que alguien ha abandonado el tratamiento es de seis meses desde que perdió la última cita (Gallego, 2015). Por su parte, algunas formas de mala adherencia corresponden a la adherencia intermitente (con vacaciones de tratamiento) y tardía (el paciente sigue las prescripciones tras sufrir varias recaídas) (Gallego, 2015).

### *Adherencia al tratamiento farmacológico en individuos con trastorno bipolar*

Para el control del trastorno bipolar es necesario un tratamiento farmacológico continuo. La adhesión al tratamiento farmacológico es condición esencial para que la persona con TAB pueda responder de forma satisfactoria al tratamiento (Souza, et al., 2013).

Sin embargo, es común que los pacientes bipolares no adhieran o adhieran pobremente al tratamiento farmacológico. En el primer caso, provocaría una serie de consecuencias, pues conlleva a un aumento del riesgo de recaídas, ingresos hospitalarios, conductas suicidas (Gallego, 2015; Pardo, Fierro e Ibáñez, 2011; Souza et al., 2013 y Chakrabarti, 2016), deterioro cognitivo y funcional (Pardo et al., 2011 y Chakrabarti, 2016), perjuicios económicos y un peor pronóstico de la enfermedad (Souza et al., 2013), mientras que en los pacientes del segundo caso, podría generar una disminución de la eficacia del tratamiento (Gallego, 2015, Chakrabarti, 2016 y Souza et al., 2013) y aparición de efectos secundarios (Gallego, 2015). Cabe mencionar que, aparte de disminuir la calidad de vida del paciente, el aumento de la utilización de servicios de salud por las recaídas aumenta el gasto en salud mental y el deterioro funcional del paciente lleva una carga adicional a sus cuidadores (Chakrabarti, 2016).

Respecto al estudio del porcentaje de pacientes bipolares no adherentes, se ha hallado una considerable variación entre las tasas de no adhesión, que van desde la no adherencia universal en algunos estudios hasta la no adhesión más o menos universal en otros (Chakrabarti, 2016). Esta variabilidad en las estadísticas puede deberse a diferencias conceptuales y metodológicas. En términos conceptuales, la adherencia ha sido definida y evaluada de varias formas en diferentes investigaciones. En términos metodológicos, los estudios realizados difieren en la configuración en la que se han llevado a cabo, en sus diseños, en las muestras de pacientes incluidas, y en la fase de la enfermedad o la duración durante la cual la no adherencia ha sido estimada (Chakrabarti, 2016). A pesar de dicha variación, los hallazgos generales de estudios estiman que el porcentaje de no adherencia de pacientes bipolares varía de un 20% a un 60% (Pardo et al., 2011; Chakrabarti, 2016; Inocenti, et al., 2010; Leclerc, Mansur y Brietzke, 2013 y MacDonald, Chapman, Syrett, Bowskill y Horne, 2016).

### *Factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico en individuos con trastorno bipolar*

Hasta el momento, los hallazgos centrales de investigaciones que han estudiado la baja adherencia y no adherencia a los tratamientos farmacológicos en pacientes bipolares, o con trastornos mentales graves, podrían agruparse en cuatro categorías: relacionadas al paciente, a las características del trastorno, actitudes y percepciones de los pacientes con respecto a la enfermedad y, la medicación y la relación del paciente con su entorno (como experiencias de estigmatización y apoyo social). Estas dos últimas categorías se relacionan con un enfoque de investigación centrado en el paciente.

#### *Factores relacionados al paciente*

Las motivaciones que tienen relación con el paciente pueden dividirse en factores sociodemográficos y propios su personalidad. En el primer punto, los hallazgos encontrados en estudios con pacientes bipolares y con trastornos psiquiátricos graves han sido contradictorios. Mientras que algunas investigaciones indican que los pacientes hombres (Vrbová et al., 2014 y Martín y Navarro, 2016), jóvenes, no emparejados (Vrbová et al, 2014 y Hajda et al., 2015) y con menor nivel educacional (Vrbová et al., 2014 y Martín y Navarro, 2016) parecen ser quienes menos adhieren al tratamiento farmacológico, el estudio de Pardo et al (2011) no arrojó diferencias significativas de estas variables entre pacientes adherentes y no adherentes (Pardo et al., 2011). En el segundo punto, las bajas expectativas de mejora gatillada por sentimientos de desesperanza, la escasa implicación en la toma de decisiones sobre su salud, la necesidad de dependencia, y la poca capacidad de soportar la ansiedad que genera el propio tratamiento (Gallego, 2015), son aspectos que parecen influir en el nivel de adherencia del paciente.

#### *Factores relacionados a las características del trastorno*

En relación a los factores relacionados al trastorno del paciente, se ha investigado que una baja adherencia al tratamiento farmacológico podría explicarse por las características propias de la enfermedad (anhedonia, alteración de la memoria, sentimientos de desesperanza), a la gravedad de la enfermedad y sus síntomas (Gallego, 2015 y Pardo et al., 2011), el grado de incapacidad y duración de la enfermedad, otras patologías

comórbidas y hospitalizaciones previas (Gallego, 2015). A lo anterior se agrega las consecuencias del incumplimiento, puesto que es posible que la recaída provocada por la baja o nula adhesión al tratamiento farmacológico se dé meses después de interrumpir el tratamiento (Pardo et al., 2011) o bien, no se produzca (Inocenti et al., 2010), .

#### *Una aproximación al estudio de la no adherencia centrada en el paciente*

Chakrabarti (2016) realiza una crítica a la investigación inicial sobre la falta de adherencia en pacientes con trastorno bipolar, pues considera que ha habido una inconsistencia de resultados y un fracaso de dichos estudios para abordar la complejidad del comportamiento de adherencia. Según el autor, la razón de esta problemática radica en la ausencia de un enfoque más centrado en el paciente para entender la no adherencia. Una mirada que ponga énfasis en las decisiones de los pacientes con respecto a su propio tratamiento, basado en sus creencias personales, circunstancias de vida y sus percepciones de los beneficios y desventajas del tratamiento. Justamente, los modelos teóricos recientes están en consonancia con la primacía de la perspectiva del paciente, pues se han focalizado en el papel de las actitudes y creencias de los pacientes con respecto a los medicamentos, la influencia de los cercanos y otros factores como el estigma.

#### *Actitudes y creencias de los pacientes con respecto a la enfermedad y el tratamiento farmacológico*

Según un estudio realizado por Gallego (2015) en individuos con enfermedades crónicas, los factores más investigados y con mayor incidencia que predicen la mala adherencia terapéutica son las creencias y las actitudes que tienen los sujetos sobre su enfermedad y el tratamiento, las cuales explican hasta un 20% de la variedad de la adherencia en los pacientes.

Respecto al trastorno bipolar, las significaciones que los pacientes dan al diagnóstico juegan un rol importante en el nivel de adherencia. Por una parte, la escasa conciencia de enfermedad implica una mala adherencia a la medicación ya que es difícil que alguien que piense que no está enfermo siga el tratamiento (Gallego, 2015 y Pardo et al., 2011), y en consecuencia, pueda evaluar el riesgo de no seguir medicándose (Gallego, 2015). En ese sentido, según Adam y Scoth (2000 en Pardo et al., 2011), tener un mejor insight conlleva

un mayor conocimiento de la gravedad de la enfermedad, de la necesidad de tratamiento y de los riesgos de abandonar la medicación.

Por otra parte, en algunos estudios pacientes han reportado que no les gustaba medicarse porque les recordaba que tenían una enfermedad crónica (Flores et al., 2012) o porque tenían la creencia de que podían ser capaces de sobreponerse sin ayuda (Gallego, 2015).

Respecto a la medicación, investigaciones describieron diferentes formas en que tomar medicamentos evocó pérdidas en áreas valoradas de la vida del individuo (Roe, Goldblatt, Baloush-Klienman, Swarbrick y Davidson, 2009). En un estudio realizado por Inocenti et al. (2010), pacientes con trastorno bipolar reportaron experimentar efectos secundarios como aumento de peso, pérdida de cabello y disfunción sexual que provocaron una serie de consecuencias emocionales, como la disminución de su autoestima física y sentimientos de vergüenza. Además, otros efectos adversos como temblores, insomnio, mareos e impregnación causaron malestar y restringieron la vida diaria del paciente. En un estudio realizado por Roe et al. (2009), los pacientes sufrieron efectos a nivel cognitivo y emocional, como la sensación de “no poder pensar”, anesthesiarse emocionalmente, sentir que su estado de ánimo era controlado por la medicación (Flores et al., 2012) y la reducción de la sociabilidad, la vivacidad y/o la actividad (Gallego, 2015).

Los cambios mencionados provocan que los pacientes sientan comprometido su sentido de sí mismo (Inocenti et al., 2010 y Roe et al., 2009), su identidad personal y social (Inocenti et al., 2010) y su personalidad (Roe et al., 2009). De esta manera, comenzar el tratamiento farmacológico es significado por los pacientes como el primer paso hacia el mundo de los “no normales”, ya sea por los efectos secundarios de los medicamentos o por los prejuicios y/o reacciones de los otros a dichos cambios (Roe et al., 2009).

Por último, es relevante mencionar que en uno de los estudios iniciales sobre adherencia en pacientes bipolares, se demostró que el miedo a presentar los síntomas adversos de la medicación, y no la presencia real de los mismos era un factor importante en su predisposición a la falta de adherencia (Flores et al., 2012 y Pardo et al., 2011). Este resultado es apoyado por la afirmación de que el porcentaje de no adherencia ha permanecido estático durante décadas, a pesar de la introducción de nuevos medicamentos con mejores perfiles de seguridad, por lo que es poco probable que los

efectos adversos sean el principal factor que explique la falta de adherencia terapéutica en un paciente (Flores et al., 2012 y Chakrabarti, 2016). Más bien, según un estudio de Pardo et al. (2011) es la creencia de la falta de eficacia del tratamiento farmacológico la principal razón de baja adherencia, siendo más relevante que los mismos efectos adversos.

#### *Estigmatización y adherencia al tratamiento farmacológico en el trastorno bipolar*

El estigma refiere a un fenómeno social por el cual el público tiene una visión negativa de individuos con atributos percibidos por la población general como inferiores, amenazantes o con otras connotaciones negativas (Silva, Dos Santos, Nicolato y Oliveira, 2017). Según Goffman (1998 en Mascayano, Lips, Mena y Manchego, 2015), los procesos de estigmatización emergen de una discrepancia de carácter identitario entre las características que debe tener una persona según las normas culturales y los atributos que efectivamente presenta la persona.

En el caso particular de las personas con trastornos mentales, dichos rótulos o estereotipos se refieren comúnmente a la eventual peligrosidad, debilidad e inutilidad de estos individuos (Mascayano et al., 2015 y Silva et al., 2017). Por otra parte, se ha constatado que independientemente de la percepción que el público tenga acerca de algún tipo específico de enfermedad mental, el rechazo social suele ser mayor hacia aquellos individuos con trastornos psiquiátricos que están relacionados con una mayor responsabilidad personal, sensación de peligrosidad y rareza conductual (Mascayano et al., 2015).

En el caso de América Latina, la investigación ha sido escasa. No obstante, algunos estudios desarrollados en Brasil, Argentina, México y Chile han determinado que las personas perciben a los pacientes psiquiátricos como potencialmente peligrosos, impredecibles, violentos e incapaces de desarrollar actividades laborales (Mascayano et al., 2015).

Los estudios sobre enfermedades mentales y estigma se han enfocado principalmente en la depresión, la esquizofrenia y otros trastornos mentales en general. Las pocas investigaciones existentes sobre pacientes con trastorno bipolar han demostrado que la visión negativa hacia los individuos se asocia a la irresponsabilidad, pereza e

incontrolabilidad. Además, se ha demostrado que los pacientes son estigmatizados en diferentes ámbitos de sus vidas (Silva et al., 2017).

Esta estigmatización conlleva experiencias de discriminación que son vivenciados por el individuo en casi todas las esferas de su vida: trabajo, familia y relaciones amorosas, creando estrés y, a su vez, afectando el pronóstico de la enfermedad (Karambelkar, Navinchandra, Ashok y Vala, 2016 y McCann, Clark y Lu, 2008). En relación al área personal, el estudio de Karambelkar et al. (2016) mostró que la mayoría de los pacientes vivieron episodios con miembros de la familia que incluyeron vergüenza y ridículo, menosprecio de opinión y poca legitimación en la toma de sus decisiones. En área laboral, los pacientes con trastorno bipolar fueron cuestionados sobre sus capacidades en el puesto de trabajo y restringidos en el acceso de oportunidades (Silva et al., 2017).

En lo relativo al estigma en los sujetos que padecen una enfermedad mental, su manifestación más grave es el estigma internalizado o auto estigma (Mascayano et al., 2015). Lo anterior es definido como un estado subjetivo, imbuido en un contexto socio-cultural, caracterizado por sentimientos negativos hacia sí mismo y la aceptación acrítica de estereotipos sociales negativos (Grover, Hazari, Aneja, Chakrabarti y Avasthi, 2016; Howland, Levin, Blixen, Tatsuoka y Sajatovic, 2016 y Nehir, Yorulmaz, Koza y Ozdemir, 2017), como resultante de experiencias discriminatorias sufridas por el individuo (Mascayano et al., 2015 y Grover, 2016), percepción y anticipación de reacciones sociales negativas acerca de su condición (Howland et al., 2016).

Respecto al auto estigma en pacientes con trastorno bipolar, psiquiatras participantes en el estudio de Silva et al. (2017) concordaron que ha habido una mitigación del estigma en pacientes bipolares en este último tiempo. Según ellos, hoy en día los pacientes aceptan más fácilmente el diagnóstico e incluso pueden admitirlo públicamente en algunas situaciones. A pesar de este resultado, diversas investigaciones han determinado que un alto porcentaje- entre un 40% y 50%- de las personas con trastornos mentales graves, como el trastorno bipolar, presentan considerables niveles de auto estigma (Mascayano et al., 2015 y Howland et al., 2016).

En relación a los niveles de auto estigma del trastorno bipolar comparados con otros trastornos, los hallazgos han sido contradictorios. Si bien se ha afirmado que la esquizofrenia posee los más altos valores de auto estigma (Nehir et al., 2017 y Howland

et al., 2016), un estudio ha concluido que los pacientes bipolares y esquizofrénicos no difieren en sus experiencias (Karambelkar et al., 2016), o que no hay diferencias en el nivel de auto estigma entre las distintas categorías de diagnóstico psiquiátrico (Kamaradova, 2016), demostrando que la etiqueta de enfermedad mental es lo suficientemente estigmatizante (Karambelkar et al., 2016). Esto se contrapone con las expectativas de muchos especialistas que esperan un mayor nivel de auto estigmatización en pacientes que padecen enfermedades mentales graves como esquizofrenia y trastorno bipolar (Nehir et al., 2017 y Howland, 2016).

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

Pero también aparecen estrategias de carácter desadaptativo, como mantener en secreto la enfermedad (Hawke, Parikh y Michalak, 2013 y Muñoz et al., 2011) o excluirse para evitar el rechazo social (Muñoz, 2011, Nehir et al., 2017 y Hawke, Parikh y Michalak, 2013). Vauth (2007 en Muñoz, 2011) supone que el afrontamiento de la estigmatización mediante el aislamiento social y el secreto son estrategias que conllevan un aumento de los niveles de ansiedad anticipatoria. Ésta, a su vez, provoca un aumento en los niveles de percepción de la discriminación y la devaluación, que consiguen producir efectos negativos en la auto-eficacia (Nehir et al., 2017 y Howland, 2017) y el empoderamiento (Howland, 2016). Por otra parte, el estigma genera una pérdida significativa de la autoestima y un aumento del auto desprecio (Muñoz et al., 2011), como resultado de la culpa y vergüenza sentida por el individuo, viendo su condición como una falla (Karambelkar et al., 2016).

Por otra parte, la discriminación percibida y la auto estigmatización influyen negativamente en el tamaño y calidad de las redes sociales y, por lo tanto, en el funcionamiento social (Muñoz, Sanz y Pérez- Santos, 2011; Nehir et al., 2017 y Mascayano et al., 2015). De esta forma, las personas con enfermedad mental dejan de

tener la oportunidad de trabajar o vivir de forma independiente (Nehir, 2017) y no pueden establecer relaciones de amistad o de pareja (Mascayano et al., 2015), lo que los conduce al aislamiento, al desempleo y, en consecuencia, a la reducción de ingresos económicos (Muñoz et al., 2011). Dicha disfunción social relacionada con el estigma internalizado resulta en mayor discriminación, perpetuando un círculo vicioso de estigma social, estigma internalizado y disfunción (Howland, 2016).

Diversos estudios realizados tanto en pacientes bipolares como esquizofrénicos, han encontrado una correlación negativa entre auto estigma y adherencia al tratamiento farmacológico (Hajda et al., 2015; Flores et al., 2012; Nehir et al., 2017; Silva et al., 2017 y Mascayano et al., 2015). De todas formas, cabe recalcar que los hallazgos de Flores et al. (2012) han demostrado que el estigma público percibido por el paciente también afecta la adherencia al tratamiento farmacológico, por lo que el auto estigma no es el único factor involucrado.

Acerca de las variables que podrían explicar la manera en la que el estigma percibido y auto estigma afectan la adherencia a los tratamientos farmacológicos se puede decir que, debido a la anticipación del estigma, el paciente detiene la medicación para ocultar a sus cercanos (parejas románticas y amistades) su condición médica. Así, los pacientes evitan ser clasificados como locos o diferentes y ser excluidos socialmente (Howland, 2016).

Por otra parte, al ser etiquetado como un "enfermo mental", el individuo suele avergonzarse de tomar la medicación por dos razones principales: la creencia de no ser suficientemente fuerte para superar la enfermedad mental y el estigma asociado con los efectos secundarios de la medicación, lo que genera una disminución de la adherencia al tratamiento farmacológico (Flores et al., 2012). Por último, se ha planteado que la baja autoeficacia puede estar asociada con la disminución de la adherencia a la medicación y del comportamiento de búsqueda de atención (Howland, 2016), lo que contrasta con los resultados del estudio sobre depresión y adherencia de Martín y Navarro (2016), que señala que no hay una diferencia significativa entre los niveles de autoeficacia entre individuos adherentes y no adherentes.

Finalmente, hay un consenso respecto a la existencia de una correlación negativa significativa entre adherencia al tratamiento farmacológico y estigma- auto estigma en pacientes con enfermedades mentales. Sin embargo, el estudio de Karambelkar et al.

(2016) encontró que el efecto del estigma y auto estigma en los pacientes bipolares no los llevó a dejar los medicamentos, aunque muchos lo habían considerado.

#### *Apoyo social y adherencia al tratamiento farmacológico en trastorno bipolar*

Investigaciones realizadas en individuos con enfermedades crónicas, depresión, enfermedades mentales graves y trastorno bipolar, han demostrado que las personas que suelen percibir mayor ayuda emocional, instrumental o informativa por sus familiares, son los que tienen mejor adherencia al tratamiento (Warren, Fowler, Speed y Walsh, 2018; Mendonca, Bezerra, Didier, Galvao de Almeida y Miranda-Scippa, 2015 y Martos-Méndez, 2015).

Esta variable puede afectar la adherencia al tratamiento médico tanto directa como indirectamente. Respecto a la relación directa, estudios han afirmado (Martos-Méndez, 2015) que la presencia de relaciones interpersonales cercanas pueden contribuir en el buen comportamiento de salud del paciente, al facilitar la adherencia a través de la internalización de normas y la provisión de sanciones cuando el comportamiento no es propicio para la salud, o bien, al ayudar al paciente para participar en el comportamiento de salud deseado. De forma indirecta, se ha estudiado que el apoyo social actúa como una variable mediadora entre autoeficacia y comportamiento de adherencia. En ese sentido, las relaciones interpersonales pueden influenciar positivamente a los pacientes, quienes se sienten más preparados y dispuestos para cumplir con el tratamiento recomendado. Otra relación indirecta, supone que el apoyo social puede amortiguar el estrés o angustia psicológica (Mueller et al., 2006; Warren, Fowler, Speed y Walsh, 2018 y McCorkle, Rogers, Dunn, Lyass y Wan, 2008). Lo anterior permite al individuo participar en un comportamiento más adaptativo y saludable, que genera una mejor adherencia al tratamiento (Martos-Méndez, 2015 y Mueller et al., 2006). Esto podría explicarse porque los pacientes con trastorno bipolar suelen experimentar estigma, lo que resulta en una falta de autoestima que conduce a una mayor angustia psicológica, que se puede reducir cuando tienen apoyo que les asegura su valía y les permite identificarse con un grupo (Warren et al., 2018).

Cabe mencionar que, si bien las conclusiones relativas a la naturaleza protectora de las características estructurales, como el tamaño de la red o el número de roles sociales aún son inconsistentes (Lin & Peek, 1999; Turner, 1999 en Mueller, et al., 2006), si se ha

encontrado la importancia del carácter funcional del apoyo social, es decir, el apoyo percibido por el paciente (Turner, 1999 en Mueller et al., 2006 y Mendonca, Severino, Didier, Galvão-de Almeida y Miranda-Scippa, 2015). A pesar de los hallazgos expuestos, el estudio de Martos- Méndez (2015) indica que en pacientes con enfermedades crónicas físicas, el apoyo social no parece influir en la adherencia al tratamiento farmacológico, sino más bien en el cumplimiento de ejercicio físico o planes de dieta.

Los hallazgos previamente expuestos sobre, el estudio de los factores que se relacionan a la adherencia farmacológica con un enfoque centrado en el individuo, podrían ser analizados según el modelo del sentido común de Leventhal. Este modelo se enfoca en las representaciones subjetivas de la enfermedad del paciente y su evaluación de la situación (Meyer et al., 1985; Munro et al., 2007; Quiles, Terol, y Marzo, 2009 en Herrera, Mondaca y Defey, 2016), y no en las consecuencias objetivas y puramente racionales, para comprender la forma en que se enfrentan y adaptan a ella. De esta forma, diversos estudios afirman que la resistencia de los pacientes al tratamiento no es una manifestación irracional o destructiva de la personalidad, sino una expresión de conflicto o ambivalencia entre diferentes voces o partes internas (Dimaggio y Stiles, 2007; Hermans et al., 1992; Honos-Webb y Stiles, 1998; Kurzban, 2011; Lester, 2007; Rowan, 2010 en Herrera et al., 2016). En ese sentido, las personas suelen comportarse de acuerdo con lo que construyen como la alternativa más adaptable, desde su percepción actual de ellos mismos y su situación (Greenberg, Rice y Elliot, 1996 en Herrera et al., 2016), en un intento de satisfacer deseos e intereses establecido por esas construcciones

## **Marco metodológico**

### *Metodología*

La presente investigación se desarrolló con un enfoque cualitativo, cuyo propósito es “reconstruir” la realidad tal y como la observan los actores de un sistema social previamente definido (Baptista, Fernández y Hernández, 2004). Por otra parte, los estudios cualitativos no buscan generalizar de manera intrínseca los resultados a poblaciones más amplias, ni necesariamente obtener muestras representativas, sino que se fundamentan más en un proceso inductivo de explorar, describir y luego generar

perspectivas teóricas (Baptista et al., 2004). De esta forma, el enfoque cualitativo es conveniente para poder cumplir el objetivo de investigación, que busca abordar el fenómeno de la adherencia al tratamiento farmacológico por parte de los individuos con trastorno bipolar desde la experiencia subjetiva de los mismos.

Para trabajar en el marco del enfoque cualitativo, es importante tener en cuenta ciertas consideraciones en torno a los rasgos del diseño cualitativo, que refiere a la planificación de un proceso específico de producción de conocimientos (Echeverría, 2005). Según Dhanke (1989 en Baptista et al., 2004) los diseños de investigación se dividen en exploratorios, descriptivos, correlacionales y explicativos; sin embargo, es necesario afirmar que en la práctica, cualquier estudio puede incluir elementos de más de uno de estos cuatro alcances de investigación (Baptista et al., 2004). En este caso, la investigación se enmarca dentro de un diseño exploratorio, cuyo fin es examinar un problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas, no se ha abordado antes, o bien, se quiere indagar sobre temas desde nuevas perspectivas o ampliar las existentes (Baptista et al., 2004); y descriptivo, el cual busca ubicar, categorizar y proporcionar una visión de un fenómeno o una situación, donde también es posible que el investigador pueda realizar descripciones comparativas entre grupos o subgrupos de personas, objetos o indicadores (Baptista et al., 2004). Así, dado que los estudios sobre los factores que afectan la adherencia al tratamiento farmacológico en individuos con trastorno bipolar no han sido concluyentes y, en ocasiones, contradictorios; sumado a que la investigación del fenómeno desde una perspectiva de la experiencia subjetiva del paciente es reciente y poco estudiada en el ámbito local, es pertinente un diseño exploratorio y descriptivo del fenómeno. Cabe mencionar que poner énfasis en la división de grupos según el nivel de adherencia de los individuos contribuiría a lograr una comprensión más detallada del fenómeno, condición necesaria dada su complejidad.

#### *Técnica de recolección de datos*

Inicialmente, se realizó una revisión bibliográfica para conocer cuáles son los conocimientos más recientes acerca de la adherencia farmacológica en individuos con trastorno bipolar. La búsqueda se realizó por medio de plataformas de revistas científicas y bases de datos, de preferencia de los últimos 10 años y en inglés, que contuviera la

palabra *treatment adherence* y su combinación con los términos: *bipolar disorder*, *mood disorders*, *severe mental illness*, *chronic illness*, y sus variantes en español.

Luego, en base a la información recogida, se confeccionó la pauta de entrevista. La entrevista es una técnica de recolección de datos cualitativos que busca poner al investigador en relación directa con los individuos entrevistados y lograr una expresión de las percepciones del entrevistado acerca del fenómeno de interés (Gaínza, 2006 en Mardóñez, 2016). De esta forma, las entrevistas realizadas buscaron explorar la percepción, actitudes y experiencias de los entrevistados respecto al diagnóstico y al tratamiento farmacológico -poniendo especial atención en las motivaciones pro y anti adherencia-, aspectos relacionales como el apoyo social y reacción del medio frente al diagnóstico, medidas de afrontamiento, características personales de los individuos, etc. (véase Anexo 4. Pauta de entrevista).

En su aplicación, la entrevista puede variar en su grado de profundidad y de estructuración, dependiendo del propósito que ésta tenga en la investigación (Mardóñez, 2016). En este estudio se realizaron entrevistas en profundidad semi-estructuradas, correspondientes a la construcción de una pauta que indica los temas que se espera indagar durante la conversación, sin necesariamente seguir un orden predeterminado ni realizar preguntas concretas sobre cada dimensión, lo cual tiene la ventaja de que pueden emerger temas inicialmente no considerados por el investigador (Alonso, 1994 en Mardóñez, 2016). Debido a que la investigación se ha propuesto ampliar los conocimientos acerca de los factores asociados a la adherencia farmacológica en individuos con trastorno bipolar, una entrevista semi estructurada podría facilitar la emergencia de nuevos ejes temáticos no considerados previamente.

Todas las sesiones de entrevistas duraron entre 50 y 70 minutos y se llevaron a cabo en un lugar de conveniencia fijado por cada entrevistado. Estas fueron grabadas para luego ser transcritas, con el fin de poder analizarlas posteriormente. Se dio por finalizado el proceso de entrevistas una vez que se produjo saturación teórica, es decir, alcanzando el punto en el cual las entrevistas realizadas no añadieron nada nuevo a lo ya conocido a partir de entrevistas anteriores (Hernández, 2014).

### *Muestra*

La selección de entrevistados se realizó mediante un muestreo no probabilístico e intencionado, en el cual la elección de la muestra depende de causas relacionadas con las características de la investigación (Baptista et al., 2004).

La muestra estuvo compuesta por 12 entrevistados divididos en tres grupos según el tipo de adherencia al tratamiento farmacológico. Los participantes fueron seleccionados según los siguientes criterios de inclusión: a) Tener un diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) en cualquiera de sus subcategorías: Trastorno Bipolar I, Trastorno Bipolar II, Trastorno ciclotímico o Trastorno Bipolar no especificado b) Haberle sido prescrito un tratamiento farmacológico para el control del trastorno por lo menos hace 1 año c) Actualmente, no encontrarse en fase depresiva, hipomaniaca o maniaca. Cabe señalar que la muestra incluyó individuos de distinto sexo, edad y subtipo de diagnóstico médico.

Las características sociodemográficas de los entrevistados, ordenados por tipo de adherencia: adherentes, adherentes que abandonaron la medicación en el pasado (AAMP) y no adherentes al tratamiento farmacológico, se detallan en la siguiente tabla:

Participante	Tipo de adherencia	Sexo	Edad	Sistema de salud adscrito	Año de diagnóstico
1	Adherente	Masculino	30	Privado	2014
2	Adherente	Masculino	28	Privado	2011
3	Adherente	Femenino	24	Privado	2014
4	Adherente	Femenino	28	Privado	2009
5	AAMP	Femenino	37	Privado	1996
6	AAMP	Masculino	24	Privado	2009
7	AAMP	Femenino	29	Privado	2008
8	AAMP	Femenino	26	Privado	2014
9	No adherente	Masculino	29	Ninguno	2011
10	No adherente	Femenino	42	Ninguno	1998
11	No adherente	Masculino	45	Ninguno	2016
12	No adherente	Femenino	21	Ninguno	2015

Para la selección y posterior clasificación de los entrevistados en tres grupos según tipo de adherencia al tratamiento farmacológico fue necesario operacionalizar dichos niveles. Definiendo el concepto de adherencia farmacológica como “la toma de la medicación de acuerdo con la dosificación y el programa prescrito por el médico tratante” (OMS, 2003 en Gallego, 2015; Inocenti et al., 2010 y Flores et al., 2012), se establecieron los siguientes parámetros:

-Adherentes: Individuos adherentes al tratamiento farmacológico que han abandonado la medicación a lo más una vez en el pasado.

-Adherentes que abandonaron la medicación en el pasado (AAMP): Individuos actualmente adherentes al tratamiento farmacológico por un periodo mínimo de 6 meses, pero que han abandonado la medicación más de una vez en el pasado.

-No adherentes: Individuos que actualmente no adhieren al tratamiento farmacológico, abandonando la medicación hace un periodo mínimo de 1 año, o bien, nunca haber adherido al tratamiento farmacológico.

### *Análisis*

Para llevar a cabo el análisis de datos, se utilizó la teoría fundamentada, que implica un proceso sistemático que contiene tres tipos de codificación: abierta, axial y selectiva. En la primera se generan códigos y familias - o subcategorías y categorías respectivamente- por medio de la examinación, comparación, conceptualización y categorización de los datos (Dey, 1999; Strauss y Corbin, 1998 en Starks y Trinidad, 2007). A partir de la codificación abierta se realiza la codificación axial, que consiste en la búsqueda activa de la relación que guardan los códigos y las familias entre sí a través del contraste de las semejanzas y de las diferencias existentes. Finalmente, la codificación selectiva es la relación conceptual y teórica que guardan entre sí los códigos o familias y que se concreta en la teorización (Hernández, 2014).

Dentro del trabajo con la teoría fundamentada se utilizó la técnica de Análisis de Contenido, que es parte de los análisis textuales que busca interpretar los significados, suponiendo en ellos un contenido manifiesto y un contenido latente (Echeverría, 2005).

Dependiendo del problema a investigar -más abierto o más acotado-, así como del consecuente grado de estructuración del guión de la entrevista, los investigadores pueden tomar la decisión de trabajar con un análisis con categorías a priori o emergentes. En el primer caso, el investigador ya ha acotado su mirada del tema y ha elegido conocer o describir elementos específicos dentro del problema recopilados de información teórica ya disponible; y en el segundo se privilegia el que las categorías se vayan construyendo a partir del análisis mismo, y no previamente (Echeverría, 2005). En el caso de esta investigación, se consideraron algunas categorías a priori basadas en los datos encontrados en la revisión teórica, sin embargo, se procuró estar abierto a la aparición de categorías emergentes y a no rigidizar la codificación para que esta calce con las categorías a priori.

### *Consideraciones éticas*

A cada entrevistado se le hizo entrega de un consentimiento informado, el cual contenía información sobre los objetivos de la investigación, su carácter confidencial y voluntario, y el derecho del participante a detener o abandonar la entrevista en cualquier momento de su realización. Además, se aseguró el respeto y el bienestar de los individuos a través de la facilitación de un ambiente físico y emocional protegido, con una actitud de escucha empática y no enjuiciadora por parte del entrevistador, vigilando cuidadosamente la presencia de algún indicio en el discurso y/ o conducta del participante que pudiese evidenciar un efecto iatrogénico durante la realización de la entrevista. Durante la transcripción de esta, los nombres de lugares y personas mencionados por los participantes fueron cambiados para asegurar su confidencialidad. Finalmente, los resultados y conclusiones de la investigación fueron informados a los entrevistados.

### **Resultados**

A continuación, se presentará una breve síntesis de los resultados relacionados a la descripción de las creencias y vivencias de los sujetos respecto al trastorno bipolar, la caracterización y sistematización de las motivaciones a favor y en contra de adherir al tratamiento farmacológico y las situaciones que dificultan su adherencia al tratamiento

farmacológico (desarrollados detalladamente en Anexos 1, 2 y 3 respectivamente). Posteriormente, se expondrán los resultados del análisis de las relaciones entre las vivencias y percepciones de los sujetos con trastorno bipolar respecto a la enfermedad y al tratamiento farmacológico, las experiencias de estigmatización y de apoyo social con la adherencia al tratamiento farmacológico en el trastorno bipolar.

*Creencias y vivencias de los individuos con trastorno bipolar respecto al trastorno y al tratamiento farmacológico, las experiencias de estigmatización y de apoyo social.*

Respecto a las vivencias de los entrevistados en relación al trastorno, podemos decir que en un inicio la mayoría reaccionó de forma negativa al diagnóstico, es decir, con sentimientos de pena, vergüenza, confusión, incompreensión, extrañeza, etc., mientras que unos pocos relataron no sorprenderse, haber encontrado explicación a sus comportamientos o haber valorado positivamente el trastorno ya que experimentaban egosintónicamente las crisis gatilladas por este. Actualmente, algunos de los individuos relatan que han aceptado y controlado su condición, rescatando aspectos positivos de esta, o bien, no haciendo juicio al respecto; mientras que otros la viven con malestar e incontrolabilidad. A excepción de un entrevistado, todos afirmaron que el trastorno ha impactado en sus vidas en distintos ámbitos: en la disminución del círculo social, dificultades académicas y laborales, modificaciones en los proyectos personales y cambios negativos en la visión de sí mismos.

En relación a las vivencias del tratamiento como tal, vale decir que hay una tendencia en los entrevistados a considerar que tienen alta adherencia al tratamiento farmacológico, sin embargo, al hacer una evaluación de la adherencia por medio de sus relatos, se halló que la adherencia es parcial, ya que ocasionalmente hay incumplimientos en las horas de administración y en la toma diaria de los fármacos. Es importante destacar que las expectativas del tratamiento (ser el mismo de antes, mitigar crisis o reconocer que la medicación no es el único factor para asegurar estabilidad), la vivencia emocional de mantenerse medicados y la percepción de la efectividad de medicarse tuvieron un impacto en la actitud hacia la medicación. Si bien la mayoría reconoce la efectividad de hacerlo, señalan sentir distintos niveles de malestar por los efectos adversos, lo que los lleva a ocupar distintos mecanismos de afrontamiento, como recurrir al médico tratante, aceptar el malestar o abandonar el tratamiento.

Respecto a las vivencias de estigmatización, podemos decir que ciertos entrevistados han sufrido discriminación por parte de sus familias, al ocultar o no hablar del diagnóstico, verlos y tratarlos como personas diferentes, etc. y/o de sus amigos, como el alejamiento, las burlas y el poco entendimiento de su condición. Sobre su visión acerca de la estigmatización del trastorno, todos señalan estar en desacuerdo, sin embargo, algunos destacan que podría ser coincidente la visión estigmatizante a la realidad si es que el individuo no está estable, y además reconocen tener ciertas limitaciones en relación con quienes no poseen el diagnóstico. A su vez, los entrevistados afirman tener distintas reacciones para enfrentarse a estas experiencias: ocultar o no el diagnóstico y tratamiento, informarlo a los demás para obtener comprensión y actuar como agentes activos para combatir el estigma. Respecto al apoyo social, todos los entrevistados señalaron recibirlo de su familia y/o amigos. Este apoyo puede actuar como facilitador del manejo del trastorno y cumplimiento del tratamiento (contención emocional, aconsejar al individuo, administrar la medicación, etc.) u obstructor (conflictos familiares, poca comprensión o rechazo del diagnóstico y tratamiento, etc.). Por último, emergió en los discursos de los entrevistados percepciones y vivencias acerca de la relación con el equipo médico y creencias sobre el sistema de salud. Algunos entrevistados relataron percibir un gran nivel de confianza, escucha y apoyo del médico tratante en relación al trastorno y tratamiento, mientras que otros señalaron lo contrario. Cabe mencionar que los entrevistados no adherentes manifestaron molestia y descontento con el sistema de salud debido a sus conflictos con la farmacología, la praxis y metodología psiquiátrica de ensayo y error, y el lucro generado con la venta de medicamentos.

En el siguiente cuadro, se expone una síntesis de los resultados obtenidos respecto a las vivencias y creencias de los entrevistados mencionados anteriormente.

Vivencias y creencias respecto al trastorno bipolar	Vivencias y creencias respecto al tratamiento farmacológico	
<p><b>-Reacción inicial frente al diagnóstico</b> Sentimientos dolorosos respecto al diagnóstico Confusión y extrañeza respecto al trastorno Bienestar ante la vivencia de los síntomas</p> <p><b>-Actitud frente al diagnóstico</b> Aceptación del diagnóstico (connotación positiva o neutra) Sentimientos de malestar Controlabilidad sobre el trastorno Incontrolabilidad sobre el trastorno</p> <p><b>-Impacto en la vida del paciente</b> Disminución del círculo social Alejamiento del individuo del círculo social Conflictos con otros Dificultades en el funcionamiento académico y laboral Modificaciones en proyectos de vida Cambio negativo en la visión de sí mismo</p>	<p><b>-Percepción del nivel de adherencia al tratamiento</b> Alta adherencia al tratamiento farmacológico Nula adherencia al tratamiento farmacológico</p> <p><b>-Evaluación del nivel de adherencia al tratamiento</b> Adherencia parcial o nula al tratamiento farmacológico</p> <p><b>-Percepción del nivel de esfuerzo para seguir el tratamiento</b> Poco esfuerzo para adherir al tratamiento Mucho esfuerzo para adherir al tratamiento</p> <p><b>-Percepción de efectividad del tratamiento</b> Reconocimiento de la efectividad de medicarse Disconformidad con la efectividad de medicarse Dudas sobre efectividad del tratamiento</p> <p><b>-Percepción del proceso de tratamiento y sus efectos secundarios negativos</b> Vivenciar el tratamiento farmacológico con malestar Afrontamiento del paciente ante los efectos secundarios negativos del tratamiento.</p> <p><b>-Expectativas sobre el tratamiento</b> Ser el mismo de antes o recuperarse del trastorno bipolar Mitigar eventuales crisis Medicarse como una herramienta no suficiente para evitar crisis</p>	
Vivencias y creencias respecto a experiencias de estigmatización	Vivencias y creencias respecto a experiencias de apoyo social	Vivencias y creencias respecto a relación con equipo médico y sistema de salud
<p><b>-Presencia de experiencias de discriminación</b> Estigmatización por el diagnóstico del individuo Ausencia de experiencias de estigmatización</p> <p><b>-Nivel de acuerdo ante visión estigmatizadora del trastorno</b> Desacuerdo con visión estigmatizadora respecto a sí mismos Acuerdo en situaciones de descompensación</p> <p><b>-Mecanismos de afrontamiento ante posibles experiencias de discriminación</b> No ocultar el diagnóstico ni tratamiento a los demás Ocultar el diagnóstico y tratamiento a los demás Informar sobre el diagnóstico y tratamiento a los demás Tomar un rol activo frente a la estigmatización</p>	<p><b>-Apoyo de otros en vivencia del diagnóstico y tratamiento del individuo</b> Influencia positiva del apoyo social en el curso del trastorno del individuo Conflictos familiares que provocan malestar en el individuo</p> <p><b>-Apoyo social como facilitador de la adherencia al tratamiento farmacológico</b> Exigir, administrar, financiar y estar atento a la toma de medicación del individuo Dar cuenta de efectos negativos de no medicarse</p> <p><b>-Círculo cercano como obstructor a la adherencia al tratamiento farmacológico en el individuo</b> Reactancia del individuo ante la exigencia y atención por medicación de otros Desacuerdo de otros con diagnóstico y tratamiento del individuo</p>	<p><b>-Percepción de relación con equipo médico</b> Actitud de escucha del médico tratante Actitud de no escucha del médico tratante Confianza en el médico tratante Desconfianza en el médico tratante</p> <p><b>-Percepción de sistema de salud mental</b> Descontento con metodología psiquiátrica Conflictos con uso de fármacos Descontento con praxis psiquiátrica Descontento con lucro en sistema de salud</p>

*Motivaciones a favor y en contra de adherir al tratamiento farmacológico en individuos con trastorno bipolar.*

Respecto a las motivaciones de los entrevistados a favor y en contra para adherir al tratamiento farmacológico, estas pueden agruparse en seis grandes categorías. Las primeras dos corresponden a las motivaciones a favor de adherir al tratamiento farmacológico: el deseo del individuo de preservar su relación con otros y la necesidad de bienestar. Por una parte, algunos individuos señalaron que medicarse les aseguraba no

afectar a sus cercanos, evitaba la generación de conflictos relacionales por la manifestación de los síntomas del trastorno, y además, significaba obtener atención y unión familiar.

*“ Me cuesta controlarme, e incluso hemos llegado a peleas que no deberían ser tan violentas que tienen que ver con mi nivel de agresividad (...) Afecto en general a mi círculo, en este caso a mi esposo, entonces rápidamente vuelvo a tomarlas (las pastillas) ”Entrevista 3*

Por otra, señalaron que el tratamiento les brindaba beneficios, como sentirse estables y tranquilos, mejoras en el funcionamiento diario y cambios positivos en la visión de sí mismos, lo que les permitía sentirse bien.

*“ He visto personas que han estado estable tomando remedios, entonces fue por la misma experiencia de ver gente, cómo reaccionaba (...) incluso ahora que estoy un poco más estable (...) uno se calma, se tranquiliza” Entrevista 9*

Además, se observó que el miedo a las consecuencias negativas sociales, anímicas, funcionales, etc. de abandonar el tratamiento, era otra de las motivaciones para adherir porque medicarse les permitía no sentir el malestar provocado por dichas consecuencias.

*“ No, es que como ya tengo la experiencia de que me ha pasado bajón... porque lo mío es ir hacia arriba, y caigo en la depresión cuando me bajan en el psiquiátrico con los medicamentos y estar encerrada en ese lugar tan feo, obviamente me achaca demasiado. Entonces estoy consciente de que si no me los tomo puede pasar lo mismo” Entrevista 4*

Respecto a las motivaciones de los individuos para no adherir a la mediación, estas se agrupan en cuatro categorías: requiere mucho esfuerzo, no vale la pena el esfuerzo de adherir, sentir las consecuencias negativas de seguir el tratamiento y evitar sentirse enfermos o conectarse con el diagnóstico. En primer lugar, sobre el esfuerzo para adherir, podemos mencionar que se observaron dos percepciones. Para algunos medicarse requería mucho esfuerzo ya que por cualidades personales les era difícil adquirir hábitos necesarios para hacerlo.

*“Si, esa es una dificultad personal mía. Yo soy muy desorganizado, muy malo para los hábitos. Era desordenado con los remedios, de repente me los saltaba”*

*Entrevista 6*

Otros afirmaron sentir, actualmente o en el pasado, que el esfuerzo no valía la pena debido a la sensación de desesperanza (basal o gatillada por una crisis), conflictos con la farmacología, la preferencia por otros métodos terapéuticos como terapias espirituales o adquisición de hábitos saludables, o por la creencia de que la medicación no era efectiva ni necesaria.

*“ Yo tengo fe de que Dios me va a sanar algún día, y bajo esa premisa tengo quee... que creer que también voy a tener que dejar de tomar remedios po, si una persona sana no necesita tomar remedios”* Entrevista 1

*“ Cuando me considero que estoy siendo agresiva y estoy con el tratamiento, siento que no me están sirviendo y por eso lo dejo”* Entrevista 3

En relación a la tercera categoría, una gran cantidad de entrevistados relató que haber sentido las consecuencias negativas de medicarse generó conflictos en su actitud hacia la medicación. Algunas consecuencias negativas tenían que ver con los efectos adversos de los fármacos, como sentirse inestables e intranquilos, problemas en el funcionamiento diario y la percepción de cambios negativos en la visión de sí mismos.

*“A mí las pastillas me estaban haciendo ser muy invalidante, entonces no me podía levantar (...) Me invalidaba mucho el tema de levantarme, y para mí el trabajo es mi forma de demostrarme que estoy haciendo bien las cosas, aparte de mi familia”.* Entrevista 2

En cambio, otras consecuencias negativas indirectas eran provocadas por el hecho mismo de seguir un tratamiento, como sentir restricciones, no poder compartir con otros, el malestar por la sensación de dependencia y de no poder tener una vida considerada normal.

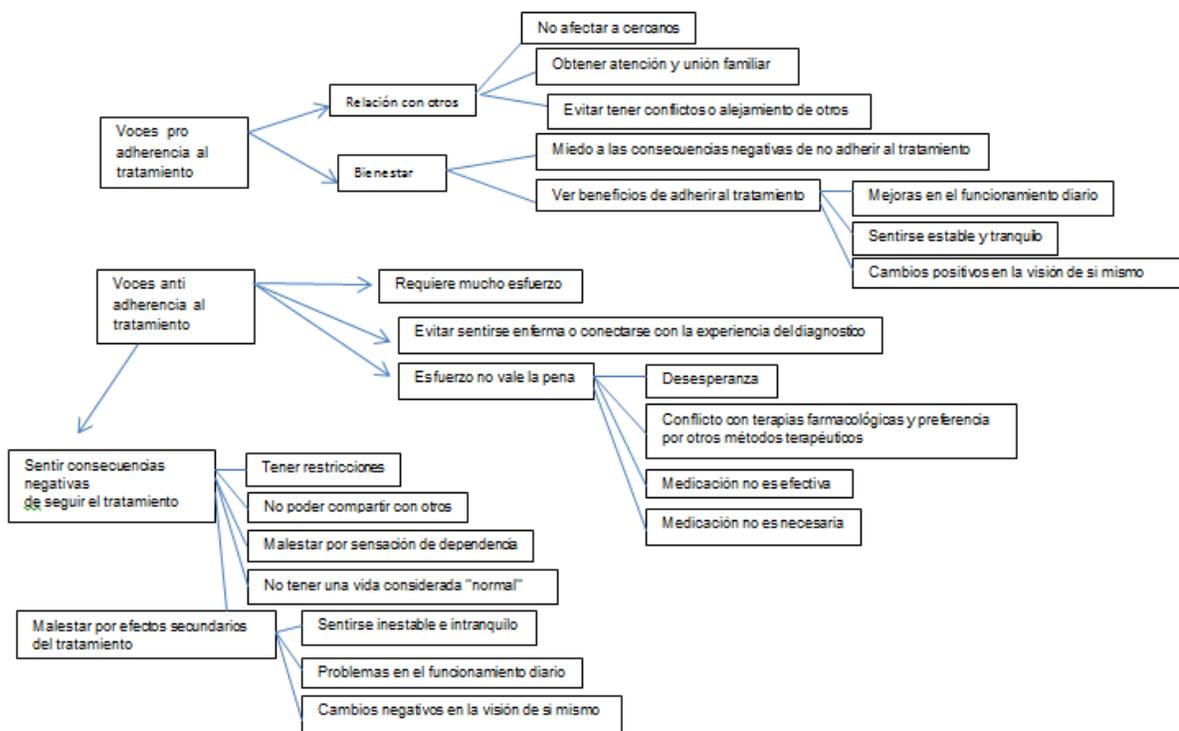
*“Entonces hacerlo real me da como frustración, en el hipotético ejemplo de salir a carretear y volverme antes o no tomar es como “pucha, ¿por qué yo? No como cabra chica de pataleta, sino como “que injusta es la situación de que estoy viendo*

*que todo el resto de las personas están tomando y yo no, y no porque yo no quiera tomar, sino porque no debo”, eso es lo que me da rabia” Entrevista 7*

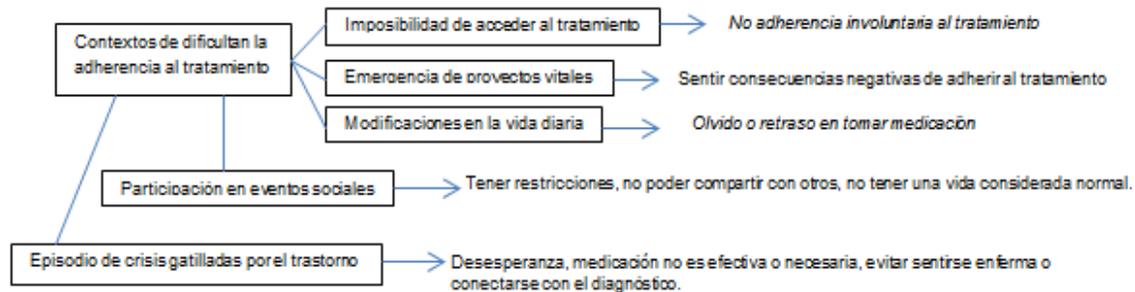
Por último, un par de entrevistadas aludieron que en ciertos contextos, como compartir en eventos sociales o acudir a consulta, medicarse significaba sentirse enferma o conectarse con la experiencia del diagnóstico.

*“(Deje de tomarlas) porque me sentía más enferma, porque sentía que iba al centro médico y veía a todos en mi misma condición y me sentía más desesperada” Entrevista 12*

El siguiente diagrama presenta una síntesis de las motivaciones a favor y en contra de adherir al tratamiento farmacológico en los sujetos con trastorno bipolar.



*Situaciones que dificultan la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con trastorno bipolar*



En el diagrama, se presentan las situaciones en las que la adherencia al tratamiento farmacológico se dificultaba (imposibilidad de acceder al tratamiento, emergencia de proyectos vitales, modificaciones en la vida diaria, participación en eventos sociales y episodios de crisis gatilladas por el trastorno). En algunos contextos, emergían voces anti adherencia, como sentir restricciones, sentir las consecuencias negativas de adherir, etc.

*“Anoche por ejemplo salí, e hice lo mismo, no me tomé los remedios. En el minuto no puedo porque yo sé que si me tomo los remedios no puedo tomar, ahí sí que no puedo porque se me apaga la tele muy rápido” Entrevista 7*

En otros, se generaban conflictos como el olvido o retraso en la medicación y/o la no adherencia por no poder acceder al tratamiento farmacológico. En los últimos dos casos, la no adherencia al tratamiento farmacológico no sería intencional.

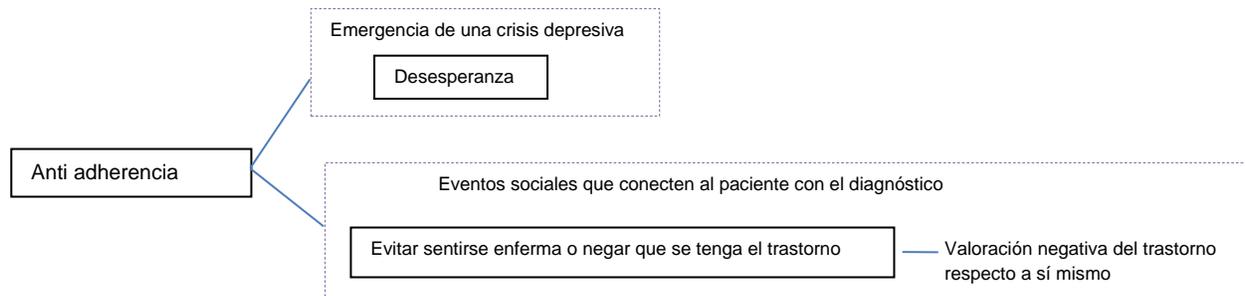
*“Cuando estoy en la casa de mi papá se me olvida, porque yo vivo con mi mamá, de repente se me olvida y me lo tomo más tarde” Entrevista 9*

*Relaciones entre las vivencias y percepciones de los individuos con trastorno bipolar respecto al trastorno y al tratamiento farmacológico, las experiencias de estigmatización y apoyo social y la adherencia al tratamiento farmacológico en el trastorno bipolar.*

En el siguiente apartado, se redistribuyeron las motivaciones pro y anti adherencia al tratamiento y los contextos en los cuales la adherencia se ve dificultada en cuatro

categorías que tenían relación a las vivencias del trastorno, tratamiento, estigmatización o apoyo social, además de una categoría emergente: relación con otros. Por lo mismo, es importante aclarar que, ya que el criterio utilizado para distribuir los resultados en cada categoría fue en base a las motivaciones pro y anti adherencia al tratamiento de los individuos, las vivencias respecto a la enfermedad, tratamiento, estigmatización y apoyo social no necesariamente coinciden con las categorías del mismo nombre. Finalmente, cabe mencionar que no se expondrá la totalidad de la información presente en los diagramas de estas cinco categorías, ya que las ideas restantes se encuentran explicadas en los anexos, estando presente solo con el fin de facilitar la comprensión de los resultados.

### 1. Vivencias y percepciones de los individuos con trastorno bipolar respecto al trastorno



#### Exposición a eventos sociales y valoración negativa del trastorno respecto a sí mismo

Respecto a la valoración de la enfermedad y su influencia en la percepción de sí mismo, hay diferencias entre los individuos. Por una parte, hay quienes relataron vivir la experiencia de saber que se tenía un trastorno de manera positiva, es decir, había una aceptación del trastorno como una condición que es parte de sí, señalando que el trastorno les brindaba algunos beneficios y les hacía sentir gratamente diferentes.

*“ Aceptar que esta condición me hace diferente. Pero como tiene sus altos tiene sus bajos. Y que también tiene una parte muy creativa que yo trato de sacarle provecho, una sociabilidad que yo puedo tener” Entrevista 3*

Por otra, hay pacientes que tienen una visión negativa respecto al trastorno, por lo que viven o han vivido el tratamiento con sentimientos de malestar por la angustia de tener una visión de sí mismos como "alguien enfermo". Es en estos pacientes donde emergen motivaciones anti adherencia relacionadas a evitar sentirse enferma o no querer recordar que se tiene el diagnóstico. Por ejemplo, una paciente señaló considerarlo una maldición, mientras que otra, en un principio, luchó contra la sensación de sentirse enferma.

*" Ya, horrible, yo lo odio (tener bipolaridad), es como una mal, maldición. Es como la peor pesadilla que yo, o sea, yo no se lo deseo a nadie, de hecho desde que, o sea, ¡Yo de verdad digo "me enferme " Entrevista 7*

*" Sentí que me estaba volviendo como mi mamá, que ella era la enfermedad, y yo no quería ser la enfermedad, yo quería ser yo" Entrevista 12*

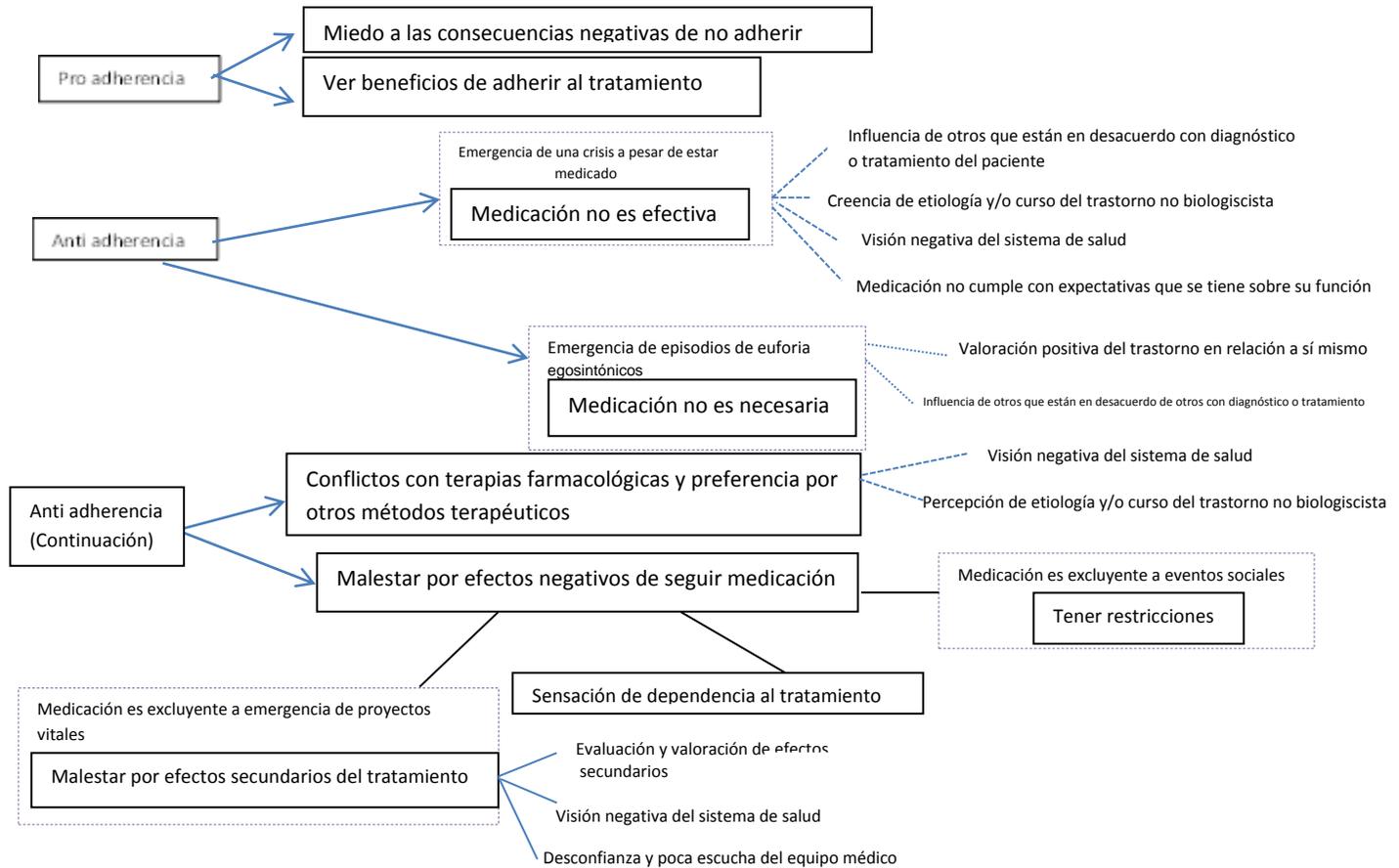
Es en ciertos eventos sociales donde estas pacientes vieron afectada negativamente su adherencia al tratamiento médico, ya que optar por medicarse las enfrentaba a la experiencia de asumir que se tenía un trastorno psiquiátrico y lo negativo que eso significaba para ellas, al sentirse "enfermas". Por ejemplo, una de ellas señaló que el acto mismo de medicarse frente a sus amigos durante juntas sociales le recordaba en ese momento que se tenía el diagnóstico, por lo que no medicarse era una manera de negar que tenía el trastorno.

*" Generalmente si estoy con ellos es como "oh, ¿por qué me voy a tomar los remedios si la estoy pasando tan bien?" y como que yo misma chuteo (...) es como que quisiera negar que estoy enferma en ese minuto (...) es como que "no, sabís que hoy día, no soy, no tengo bipolaridad, así que no me las voy a tomar" Entrevista 7*

Otra paciente, señaló que al acudir al que era su centro médico, se encontraba con otros pacientes que tenían el mismo diagnóstico, lo que le provocaba desesperación al sentirse una persona enferma.

*" (Deje de tomarlas) porque me sentía más enferma, porque sentía que iba al centro médico y veía a todos en mi misma condición y me sentía más desesperada" Entrevista 1*

## 2. Vivencias y percepciones de los individuos con trastorno bipolar respecto al tratamiento



### 2.1 Percepción del tipo de tratamiento a seguir según la visión del trastorno

Al parecer, la visión que se tenga sobre la etiología del trastorno y de la posibilidad de que tenga una cura influye en la percepción de la efectividad y necesidad del tratamiento. De esta forma, hay individuos que entienden el trastorno como una condición que se genera por un desequilibrio espiritual, o que el factor emocional es crucial para sobre llevar la enfermedad. En el primer caso, la medicación no sería efectiva para tratar el trastorno, sino más bien la utilización de otros métodos terapéuticos que puedan cumplir el objetivo de sanidad espiritual.

*“Tiene que ver con un tema espiritual, para mí la bipolaridad tiene que ver con un tema cien por ciento espiritual (...) y las pastillas te pueden dormir mucho en*

*términos espirituales, te pueden jugar en contra (...) Entonces me metí en el tema con el tratamiento de las sanaciones que iba a ser largo si pero que era una solución mucho más a fondo a mí me gusta ir a la raíz de los asuntos” Entrevista 10*

En el segundo caso, si bien la medicación es considerada efectiva por algunos entrevistados, existiría la posibilidad de que si se logra trabajar el área emocional se llegue a una cura de su condición.

*“ ¿En qué situaciones podría dejar el tratamiento? ... Mira, la verdad yo creo que todas las enfermedades son provocadas por una causa emocional, algún recuerdo, alguna experiencia que gatilla las cosas, y yo creo que todo se puede sanar, hasta el cáncer. Yo aún no he encontrado el mío, pero creo que se puede lograr ” Entrevista 11*

En un tercer caso, un paciente señala creer que existe un poder divino que quizás podría sanarlo del trastorno en algún momento de su vida.

*“Yo tengo fe de que Dios me va a sanar algún día, y bajo esa premisa tengo que... que creer que también voy a tener que dejar de tomar remedios po, si una persona sana no necesita tomar remedios. Ahí está, pero no, por nada natural ni de voluntad, no, porque yo creo que Dios me va a sanar algún día” Entrevista 1*

En los tres casos, sus afirmaciones implican que la medicación no es o no sería necesaria y la creencia de que el trastorno bipolar no es crónico.

## 2.2 Tipo de valoración del trastorno y su influencia en la necesidad del tratamiento

Otro elemento importante que está relacionado con la adherencia al tratamiento médico y la visión de enfermedad es la valoración que el paciente hace respecto al trastorno. Dentro de los pacientes que valoran o han valorado positivamente el trastorno, señalan que la razón es considerar -no pasando por una crisis que sesgue su percepción- que este posibilita la adquisición de una serie de cualidades que les hace sentirse especiales y conformes con la visión de sí mismos. Respecto a esta idea, hay pacientes que aun así siguen adhiriendo sin conflictos, otros los desarrollan mientras lo hacen, y hay quienes lo

abandonan. Para los dos últimos grupos, medicarse significa sufrir el efecto secundario de sentir un cambio negativo en la visión de sí mismo.

*“ Después dije “no, es que yo soy así, y quiero vivir sin nada”, y ahí como que acepté mi enfermedad (...) (Una persona que se medica) supongo que es como el resto de las personas pero no sé por qué pero me lo imagino como más drogado, como más tranquilo, como más lento en realidad e igual (...) Yo sentía que eran dos Verónicas, una Verónica sin medicamentos y una con y la con siempre decía “a todo el mundo le gusta esa ”, pero a mí no me gustaba. La gente la describía como no tan loca. Porque a veces me daba como por ir a hacer cosas muy extremas, me tiraba de esa cuerda, canopy, y cuando estaba con las pastillas no, era así como una persona común y corriente ” Entrevista 12*

*“Pero yo siempre pensé que era un poder (...) siempre pensé eso y no quería decir que era bipolar, porque decir que era bipolar era admitir que era como el resto y que era como una enfermedad como el resto y yo decía que yo era especial según yo era un genio y toda la cuestión, eso pensaba yo pensaba eso, Yo quería estar en euforia, porque la euforia como que aumentaba mi inteligencia (...) pensaba que no iba a tener ese proceso si me dejaban tomarme mis remedios” Entrevista 9*

### 2.3 Expectativas sobre la función del tratamiento y percepción de efectividad de la medicación.

Las expectativas sobre el tratamiento también parecen ser un elemento importante que está relacionado con la emergencia de voces anti adherencia. En ese sentido, la sensación de efectividad del tratamiento está influenciada por el efecto que se espera ejerza la medicación. Algunos pacientes señalan que no es suficiente el tratamiento para evitar una crisis, sino que hay otros factores externos desencadenantes que influyen en la mantención de estabilidad, o consideran que los medicamentos servirían para la disminución de la intensidad de una crisis. En estos casos, la evaluación de que el tratamiento no es efectivo estando medicado no es inmediata, sino que se piensa antes en las características del contexto o en la intensidad de la crisis.

*“Por ejemplo, si me llego la regla, dormí mal y termine con el pololo, eso va a ser algo que va a ser físico, va a estar también generado por la bipo, pero no va a ser generado por los remedios, va a ser generado porque yo no cuide el cuerpo, y eso no es parte de mi personalidad, es parte de eventos externos de una u otra forma (...) Si te dicen “duerme a tal hora” y tú pasas de largo con los remedios te vas a sentir mal igual ” Entrevista 11*

*“ Yo me he dado cuenta que por ejemplo me pasa mucho que me dan hipomanías, entonces yo digo que sería de esa hipomanía si no me tomo los remedios, sería una manía (...) yo sé que los remedios no son como la panacea del problema, de la cuestión sino que son una cuestión que estabiliza o baja un poco o sube un poco, entonces las pequeñas hipomanías que tengo no son manías gracias a los remedios. Entrevista 9*

Hay otros, en cambio, que señalaron que esperaban que la medicación pudiese sanar la bipolaridad, o posibilitar que se vuelva al estado anterior a la medicación, por lo que sienten o sintieron que el tratamiento no era efectivo.

*“ Los primeros meses yo pensé que se me iba a pasar, pensé que era como tener un resfrío muy largo, entonces yo pensé que si me tomaba las pastillas e iba todos los días a la semana a psicoterapia se me iba a pasar, y entonces después vi que no se me iba a pasar jamás y las dejé” Entrevista 12*

*“ Eeeh, (espero del tratamiento) principalmente como volver a ser la persona que era antes... es que... si pu, o sea no sé porque las veces que, yo siento que si lo he logrado adherir como 100%, pero aún asi nunca me he vuelto a sentir como hace 5 años atrás, 6 años atrás, entonces digo "ya, lo podría hacer, pero ¿Pa qué?” Entrevista 7*

2.4 Influencia negativa de otros ante la toma de medicación del paciente y percepción de necesidad del tratamiento.

Algunos pacientes señalaron haberse enfrentado al desacuerdo del círculo cercano respecto al diagnóstico y/o medicación, y que ello afectó su disposición a adherir. Por

ejemplo, que la familia no crea que paciente tenga un trastorno termina por convencer al mismo o que cercanos no crean en la necesidad de medicación del paciente y/o piensen que hay otros métodos mejores a la farmacología, lo lleva al abandono de la medicación.

*"No me acuerdo muy bien quien me dijo, parece que el papá de un amigo me dijo "deja de tomar esas tonteras, weón, y no sé, anda a trotar" una cosa así, y como que me fue confirmando la teoría de que otras personas también pensaban que era una tontera tomar remedios y por eso, eeh, dejé de tomar remedios"*

*Entrevista 1*

*"Entonces no mucha gente se lo tomo tan bien al principio; mis papas, hermanos, fue, me ha costado, porque de hecho, muchas veces el tema de las pastillas lo dejé por, no por ellos, pero si porque ellos no creían (en el diagnóstico) entonces igual yo dudaba, pero a la vez me seguía sintiendo mal"*

*Entrevista 2*

Sin embargo, hay pacientes que si bien fueron interpelados por sus cercanos, no abandonaron la medicación, aludiendo a la importancia y/o necesidad de medicarse para sentirse mejor y evitar a las consecuencias negativas de no hacerlo.

*"Igual mi novio no quería que yo tomara pastillas, que no me medicara... pero después me apoyó (...) Le dije que yo no podía, que quizás iba a llegar un tiempo en que no necesitara las pastillas pero que yo sentía que las necesitaba, que necesitaba tomarlas"*

*Entrevista 8*

*"El Eduardo (...) me lo ha dicho algunas veces (que abandonara el tratamiento) (...) pero él no ha vivido la desgracia que es una crisis (...) es que me he mantenido firme (...) uno cuando acepta los remedios, los acepta y es como para todo el tiempo"*

*Entrevista 9*

## 2.5 Evaluación y valoración de los efectos negativos de adherir al tratamiento

Respecto a los efectos negativos de adherir al tratamiento, la mayoría de los entrevistados señala haber sufrido pérdidas significativas en distintas áreas de su vida, como cambios negativos en la visión de sí mismos y problemas en el funcionamiento diario.

*“Si, la medicación afectó el sentido de mí mismo, tenía un pensamiento que era muy reiterativo, que yo no era el mismo que cuando era chico (...), sentía que se había perdido, mediocre... Y esto fue como perder mi centro, perder mi autoimagen” Entrevista 6*

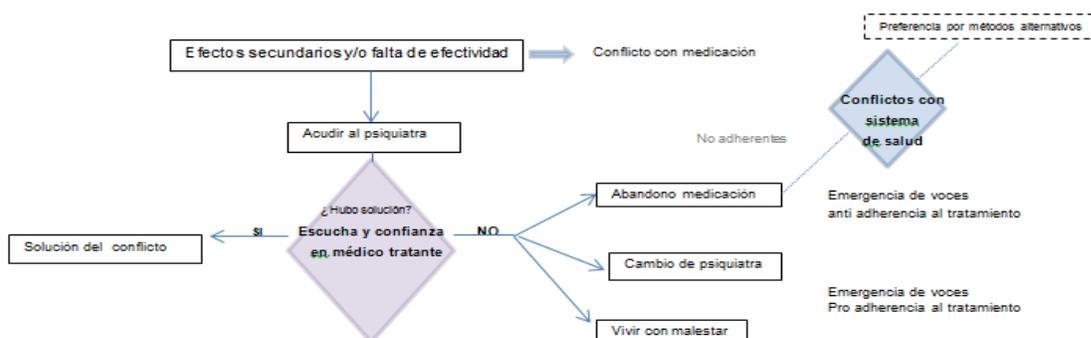
Sin embargo, algunos de ellos relataron no saber atribuir el cambio negativo en sí mismos a los efectos adversos del tratamiento o al impacto de la aparición del trastorno, evaluación que podría marcar una diferencia respecto a su actitud hacia la medicación.

*“Es que no sé si son los remedios los que me habrán hecho esto o yo que me he convertido a través del tiempo el algo que no quiero, no soy cien por ciento genuino” Entrevista 1.*

Por otra parte, la mitad de los pacientes no adherentes señaló que ser funcionales era de gran relevancia para sentirse capaces de sobre llevar su condición, por lo que se podría hipotetizar que la valoración de la pérdida de esta área podría ser relevante en su decisión de medicarse.

*“Si porque me decía “tómese la a las diez”, me las tomaba a las diez y necesitaba estudiar para la prueba, y eran las once y ya me estaba quedando dormida. Entonces llegaba sin saber nada porque tenía que dormir (...) al final las notas eran lo que me iban a hacer pasar de ramos y cosas (...). A veces digo que (tener una carrera) es súper importante porque voy a tener una vida como el resto de las personas” Entrevista 12*

## 2.6 Relación del paciente con equipo médico y sistema de salud mental: escucha y apoyo



Al parecer, la relación del paciente con el médico tratante y su visión del sistema de salud podría ser un factor que podría influir en la adherencia al tratamiento farmacológico. Este elemento emerge en el discurso de algunos pacientes que señalaron afrontar los efectos secundarios y la percepción de la falta de efectividad del tratamiento recurriendo a la ayuda de su médico tratante. En este contexto, la percepción de escucha del médico tratante y la confianza del paciente en este es importante para entender su actitud y comportamiento respecto al tratamiento.

Sobre la experiencia de recurrir al psiquiatra, algunos pacientes señalaron quedar satisfechos con su visita, ya que vieron sus problemas resueltos.

*“Si, yo creo que los medicamentos no me estaban funcionando por eso iba al psiquiatra, pa’ ver, que me los ajustara (...) ahí cambió porque sentía que me ayudaban...” Entrevista 8*

Por el contrario, se observó que otros pacientes habían vivido anteriores experiencias negativas con sus médicos tratantes, ya sea por la sensación de sentirse poco escuchados o por sentir desconfianza de su calidad profesional al no ver resueltos sus conflictos con el tratamiento.

*“El segundo (psiquiatra) probó mucho tiempo conmigo, no escuchaba mis opiniones sobre las pastillas y me tenía dopada mucho tiempo”. Entrevista 3*

Ante esto, los pacientes han reaccionado de distintas formas a lo largo de su tratamiento. Se pudo reconocer que un grupo de pacientes recurría a otro médico tratante que pudiese escucharlos y resolver sus conflictos con la medicación.

*“ (...) Que hubo un tiempo en que no lo sentí, sentí que no me estaba haciendo nada (el tratamiento) y por eso me cambie de psiquiatra que me recomendaron acá en Santiago” Entrevista 8*

*“ Bueno, con este doctor yo ya había estado antes, había estado un año y dejé de ir por lo mismo, porque sentí que nunca he estado de verdad estable y después fui*

*donde era otra doctora que era maravillosa, hasta que deje de estar estable”  
Entrevista 7*

Por otra parte, algunos que no resolvían sus problemas con la medicación, afirmaron llevar el tratamiento farmacológico con malestar, ya sea por la sensación de que el tratamiento no es efectivo como por la vivencia de efectos secundarios. Sin embargo, no consideraban abandonarlo. En ese sentido, se podría hipotetizar que hay otras voces pro adherencia que, posiblemente, tienen mayor relevancia en comparación con estas voces anti adherencia. Por ejemplo, una de esas pacientes refiere a la indispensabilidad de la medicación para no sufrir futuras crisis.

*“Bueno todos los remedios tienen efectos secundarios, eso es lo que más me da lata, de todo esto de los medicamentos (...) le digo al doctor "ya po, bájeme las dosis", pero como estoy bien como te dije antes no quiere cambiar el esquema (...) Y otra cosa por la que me medico es porque ya tanto repetirme que los medicamentos son mi única salvación de no tener estas crisis” Entrevista 4*

Si bien ninguno de los pacientes señaló haber dejado la medicación directamente por causa de esas malas experiencias, sí se observó en los entrevistados no adherentes reiteradas experiencias negativas tras recurrir a otros médicos tratantes.

*“Pero he tenido la mala suerte de que las veces en las que he ido al psiquiatra me han recetado quetiapina, ¿cachay? (...) No sé, yo tomaba quetiapina y para mí era una pata en el cerebro... y puta, intentaba decirle a los médicos pero todos me decían “No, es que tenés que tomarla porque bla bla”... y era como “ ¡no puedo!” (...) son súper cuadrados” Entrevista 2*

*“Es que, en mi experiencia, resulta difícil encontrar un tratante que te de confianza. Yo pasé por varios y estoy bastante decepcionado de la mayoría” Entrevista 6*

Se podría inferir que la repetición de malas experiencias podría haber generado en los pacientes no adherentes la emergencia de voces anti adherencia que tenían relación con el cuestionamiento sobre la efectividad de los tratamientos psiquiátricos y de si realmente sus conflictos con los efectos secundarios en algún momento pudiesen ser solucionados. De esta forma, un cambio de psiquiatra no aseguraría una solución a sus molestias pues

la incompetencia sería del sistema de salud mental en general. De esta forma, la característica de ensayo y error de la metodología psiquiátrica, el descontento con la praxis psiquiátrica, el lucro en la industria farmacéutica y los conflictos con el uso de fármacos en general son problemáticas intrínsecas al sistema de salud mental que aumentarían la probabilidad de la aparición constante de efectos secundarios y altas probabilidades de ineffectividad del tratamiento.

*“Esta es una crítica un poco a la psiquiatría chilena (...) “puta, date el tiempo de conocerme un poco, no porque quiera que me caiga bien o mal, sino pa que me di lo que necesito pa sentirme bien ¿cachay?” (...) ”¡Conóceme pa medicarme!” y en ese sentido los psiquiatras chilenos son super cuadrados, tienen una forma super, bueno, son médicos po, entonces pa ellos es blanco o negro, entonces el síntoma y diagnóstico, y listo” Entrevista 2*

*“Otra cosa, y esto lo he conversado con otros pacientes. Es súper complicado para nosotros la metodología de probar con medicamentos para ver cuales hacen bien, porque cuando no hacen bien queda la embarrada (...) el ensayo y error” Entrevista 6*

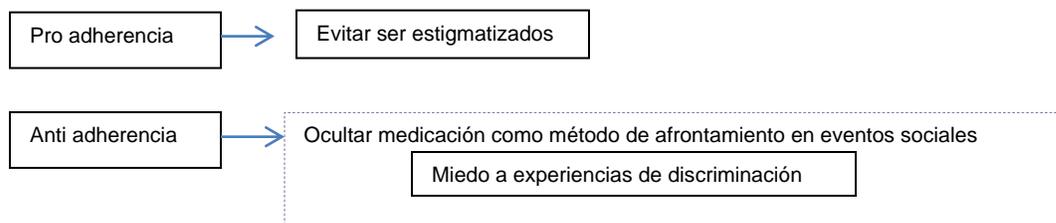
Cabe mencionar que quienes se medicaron en el pasado pero no adhieren actualmente, no sintieron gran malestar luego de dejar la medicación. Esto podría explicarse porque tres de ellos recurrieron a otros métodos terapéuticos que les provocaron bienestar y resolvieron muchos de los conflictos vividos con la medicación.

*“Mmm... con lo que estoy haciendo hoy estoy contento porque los efectos colaterales son positivos, a diferencia del tratamiento farmacológico donde los efectos colaterales eran negativos (...) En cambio ahora, con la actividad física es todo lo contrario. A parte que siento que me hace efecto, me arregló el estado de ánimo, hacer más actividad física, disfrutar del paisaje, conocer gente nueva” Entrevista 6.*

Para la paciente no adherente restante, si bien señala no sentirse del todo bien tras el abandono de la medicación, no es una posibilidad volver a medicarse, sino más bien buscar métodos alternativos.

*“La doctora siempre me decía que si yo no tomaba las pastillas me iba a volver así como muy inestable (...) Y después el siguiente, hubo tres meses que calzaron justo con diciembre enero y febrero, me sentía súper contenta, porque podía dormirme a la hora que quería, podía hacer lo que yo quisiera (...).y después me empecé a sentir así como más o menos (...) siento que estuviera caminando coja, me hace falta y siento que la medicina alternativa puede ser lo que me ayude un poco más”. Entrevista 12*

### 3. Vivencias y percepciones de los sujetos con trastorno bipolar respecto a las experiencias de estigmatización



#### 3.1 Nivel de acuerdo acerca del estigma del trastorno bipolar y adherencia al tratamiento.

Todos los individuos señalaron no estar de acuerdo con el estereotipo negativo que se tiene sobre el trastorno bipolar. Sin embargo, recalcaron que este podría coincidir en personas que no sigan el tratamiento, estuvieran descompensadas o no tuviesen las herramientas emocionales necesarias para sobre llevar el trastorno.

*“Yo siento que no somos bicho raro, por ejemplo yo ahora, no sé cómo estaría sin las pastillas pero me siento súper controlada” Entrevista 8*

Entonces, se podría inferir que esta creencia resultaría un elemento favorecedor de la adherencia en el individuo al motivarlo a medicarse para evitar coincidir con la visión estigmatizante del trastorno, y así, no ser discriminados.

#### 3.2 Métodos de enfrentamiento ante la experiencia de estigmatización: secreto versus revelación.

Respecto a las vivencias y percepciones de la estigmatización, podemos decir que todos los entrevistados coinciden en la idea que la sociedad posee poco entendimiento del trastorno bipolar y una visión estigmatizadora sobre quienes lo padecen.

*“Yo creo que la gente más adulta, porque la gente joven entiende más, pero la gente más adulta entiende como distinto po, como una condición tuya, como que estai mas loca, que no, que no es normal, yo creo que eso más que nada”*

*Entrevista 7*

De hecho, muchos de ellos han vivido las consecuencias de dicha estigmatización, sufriendo experiencias de discriminación cuando algunos cercanos han conocido el diagnóstico del individuo.

*“O sea algunos amigos me apoyaron y otros netamente me dieron la espalda, así como, “No, no puede ser este weon, no, no nos juntemos con este weon porque es bipolar”* Entrevista 1

Para evitar esta situación, los entrevistados han reaccionado de distintas maneras. Hay quienes revelan el diagnóstico a los demás, ya sea porque no encuentran razón para ocultarlo o porque lo consideran una forma de hacer entender a los demás su condición y así evitar una reacción negativa. En consecuencia, estos pacientes no tienen conflictos en medicarse frente a otros, manteniendo su adherencia.

*“Si, si ya no me da nada medicarme, o sea yo ya sé que tengo, que es parte mía entonces no tengo pa que esconderlo”* Entrevista 9

Sin embargo, hay quienes consideran que tomar la medicación frente a los demás se transforma en un problema, lo que los lleva a esconderse para medicarse, o bien, no tomarse los remedios en ese momento, sino más tarde. De todas formas, la adherencia se ve afectada de forma circunstancial o no se ve afectada.

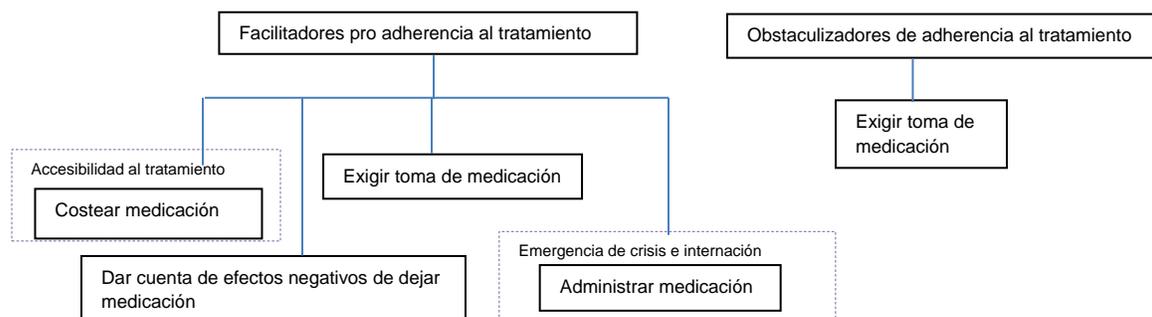
*“La verdad es que lo evito, me da como vergüenza (tomarme los remedios frente a otros). Aparte como que no sé, en mi familia como que todos como que me miraban así como “ ah, se está tomando los remedios”, así como, no, no me gusta eso (ríe) (...) ¡Me voy po! o sea voy al baño, voy a la cocina, me tomo un vaso de*

*agua y me tomo los remedios. Si pero en frente de todos, no, no lo hago. Entrevista 1*

*“O sea claro es que es como todo secreto, para mí que alguien se entere de esto... menos en el trabajo, o sea nadie quiere contratar a alguien que tenga una enfermedad así tan oscilante (...) Ah, no, lo hago súper secretamente (medicarme). Si estoy fuera y me tocan mis remedios me los tomo después pero no abiertamente no, lo hago súper pa callado” Entrevista 4*

4. Vivencias y percepciones de los sujetos con trastorno bipolar respecto a experiencias de apoyo social.

Respecto a la relación del apoyo social con la adherencia al tratamiento farmacológico, se pudo reconocer que algunas de las formas de apoyo de los cercanos al individuo actuaban como facilitadores u obstaculizadores de la adherencia.



4.1 Administrar la medicación al paciente luego de una internación.

Se observó en dos entrevistadas que luego de la emergencia de una crisis, la que provocó una internación, sus familias adquirieron el rol de cuidadores, haciéndose responsable de la administración de la medicación, lo que fue aceptado por estas, llevándolas a adherir al tratamiento.

*“Ahí estuve en la casa 3 semanas, y mi papá no fue como una semana a trabajar, y en esa semana él me daba las pastillas, dormía con él (...) Después de esa semana me empecé a quedar con mi abuela que vive como al frente, me iba a dejar mi papá, y ella me daba las pastillas” Entrevista 12*

*“Y la última internación mi mamá como que tomó la determinación de que yo me las tengo que tomar o sea que ella me los tiene que dar en la mañana y en la noche y estuvo siendo como actuando como mi enfermera por decirlo así y ahora recién este año después de dos años yo tengo los remedios en mi pieza (...) y yo me los estoy tomando sola” Entrevista 4*

#### 4.2 Reacción del individuo ante el apoyo social y disposición a adherir al tratamiento

Otra forma de apoyo social del círculo cercano respecto a la facilitación de la adherencia a la medicación, es exigir o recordar al paciente la toma de la medicación, lo puede transformarse en un facilitador o un obstáculo para la adherencia. Al parecer, la disposición a medicarse está relacionada a la reacción del paciente respecto al apoyo de sus cercanos.

Por una parte, se observó que para algunos pacientes que señalan sentirse seguros de seguir el tratamiento, la exigencia de sus cercanos y/o el recordarles la toma de su medicación es bien recibido, y actúa como un facilitador de la adherencia al tratamiento.

*“Mmmm no quería dejar la medicación cuando sentí los efectos secundarios del tratamiento, aparte que tenía a mi mamá “no dejé el tratamiento, no dejé el tratamiento” porque (...) se quedó como muy rallá de que no había que dejar el tratamiento (ríe)” Entrevista 8*

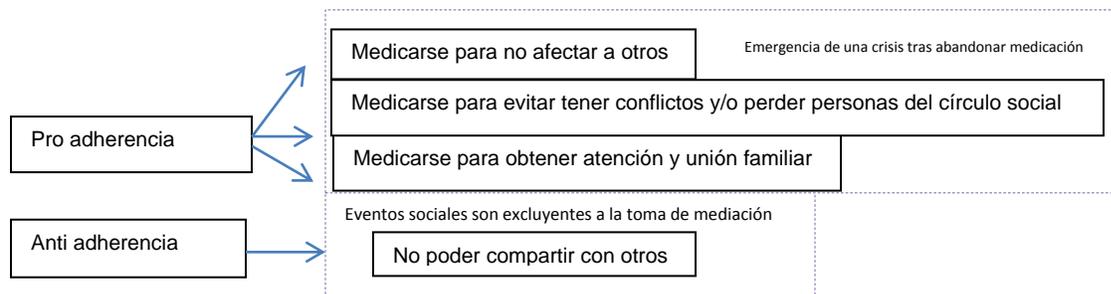
*“Nada (no fue difícil seguir el tratamiento). Como que fue una cuestión que la asimile al toque (...) nunca me lo cuestiona ni nada (...) Mi mamá siento que a su manera se preocupa, y me acuerda de comprar los remedios cuando se acaban, a su manera se preocupa” Entrevista 5*

Por otra parte, en dos pacientes que han dejado la medicación en el pasado – una que hasta hoy ha sentido constantes conflictos con la medicación y otro que en el pasado afirmó sentirse presionado a adherir- la ayuda de sus cercanos no fue bien recibida, lo que actuó como un obstructor de la adherencia al tratamiento, provocando conflictos internos con la medicación.

*“Al principio, cuando lo tenía mucho menos asumido, ahí si me enojaba demasiado cuando me hacían esos comentarios sobre si me tome las pastillas, etcétera y casi por venganza al final me las dejaba de tomar para demostrar que no tenía nada que ver” Entrevista 7*

*“Yo vivía donde mis abuelos por parte de mi papá y fue él a la casa para tratar de convencerme de que me tomara los remedios, fue mi mamá, fueron todos a la casa de mis abuelos a decirme que me tomara los remedios, entonces eso, yo estuve mucho tiempo con la presión de mi familia de tomármelos y yo por mi mismo no quería tomármelos” Entrevista 9*

## 5. Categoría emergente: Relación del paciente con otros



### 5.1 Importancia del círculo social para el individuo y adherencia al tratamiento.

Cabe mencionar, que la mayoría de los entrevistados percibe sentirse apoyados por su círculo social, ya sea familia o amigos, que contribuyen de distintas formas a que el paciente pueda afrontar su condición. En ese sentido, se podría inferir que para algunos de ellos enfrentarse a contextos de interacción que no son compatibles con la adherencia al tratamiento, significa un conflicto pues medicarse amenaza el cumplimiento de esta necesidad de afiliación.

*“ Me siento apoyada (...) mis amigos es como lo que maa, lo más importante (...) Que es algo que me cuesta también mucho a mí, si alguien me dice “oye, vamos a tomar hoy día, como que yo sé que eso me hace mal pero igual les digo que sí porque son mis amigos, porque quiero juntarme con ellos, de poder decir “oye, me hace mal, hoy día no puedo” Entrevista 7*

*“En que yo a veces me siento muy muy mal, y pido ayuda solo a mi pololo, porque mi familia no es muy afectiva (...) Si no tuviese el apoyo de algunas personas no podría sobrellevar esta condición (...) Salgo a la casa de mi pololo que también vive al frente mío, eso podría decirse (...) No lo hacía (tomar la medicación) porque si no me iba a quedar dormida (...) si me tomaba las pastillas tampoco en la noche podía salir con él (...) si me hubiese medicado yo siento que se hubiese enojado, porque me hubiese dicho que para que iba si iba a estar durmiendo. Y hubiese sido distinto en general” Entrevista 12*

## 5.2 Consecuencias de una crisis tras abandono de la medicación y punto de inflexión.

En tres pacientes que dejaron la medicación en el pasado, pudo observarse que tras una serie de abandonos y retoma del tratamiento, experimentaron una crisis importante como consecuencia de no adherir, y esta actuó como punto de inflexión al afectar su relación con otros. En un primer caso, dos pacientes señalaron que, en conjunto con otras motivaciones, una de las consecuencias de la última crisis que los llevó a adherir definitivamente fue ver el sufrimiento de sus cercanos.

*“ Mmm tuve un intento de suicidio, y lo que me retuvo a pedir ayuda es ehh ver el sufrimiento de mi familia (...) A mí me dio una crisis depresiva, donde yo tuve alucinaciones, y me costó dos semanas salir de esa crisis, yo pensé que iba a estar internada, y solo el miedo de volver a estar así es lo que a mí me mantiene siguiendo un tratamiento. Si no, yo creo que no me estaría tomando mis medicamentos” Entrevista 3*

*“ Creo que con la última crisis decidí no tener más crisis y seguir con el tratamiento de forma definitiva porque (...) como te repito, no soy solamente yo la que sufre con todo esto (...) entonces no quiero afectarlos más a ellos (...) entonces estoy súper consciente de que me tengo que tomar mis remedios (...) ya no quiero no proyectar otra crisis, no quiero que me suceda más” Entrevista 4*

En otro, la última crisis tuvo un gran impacto en sus relaciones sociales, al tener una serie de conflictos con otros que le provocaron vergüenza y el alejamiento de gente de su círculo cercano, lo que lo llevó a un estado depresivo.

*“ Si, (la última crisis fue muy relevante para adherir definitivamente) porque yo me sentía muy solo, no tenía amigos con quien hablar, o sea así fue la depresión, no tenía a nadie con quien hablar (...) entonces esa crisis fue fuerte, porque perdí muchas personas, hice muchas cosas sin sentido, sentí vergüenza después (...) después el desgaste vino en la depresión (...) y dije “hasta aquí nomá”. Entrevista 9*

## **Discusión**

La presente investigación ha buscado responder una serie de preguntas que intentan describir las vivencias y percepciones de los individuos con trastorno bipolar, junto a las motivaciones pro y anti adherencia al tratamiento farmacológico, los contextos en los cuales se dificulta la adherencia al mismo, y la relación entre las vivencias y creencias sobre el trastorno y tratamiento, estigmatización y apoyo social y la adherencia al tratamiento farmacológico en individuos con trastorno bipolar.

Respecto a las vivencias de los entrevistados, se puede mencionar que han realizado distintas evaluaciones del trastorno y este ha afectado negativamente algunas áreas de sus vidas. La mayoría afirma tener alta adherencia al tratamiento, difieren en las expectativas y evaluaciones de su efectividad y han sufrido algún grado de malestar por los efectos adversos de la medicación. Además, temen a las experiencias de estigmatización o las han experimentado, perciben apoyo por parte de su círculo cercano, han vivido dificultades en su relación con el equipo médico y ante estos conflictos han utilizado distintos métodos de afrontamiento.

Por otra parte, podemos notar la emergencia de motivaciones pro y anti adherencia al tratamiento farmacológico. Resguardar la relación con otros y la mantención de una sensación de bienestar (al ver beneficios de adherir y evitar las consecuencias negativas de no hacerlo) son motivaciones que llevan a los individuos a medicarse, mientras que la

percepción de que la medicación no vale la pena o requiere mucho esfuerzo, querer evitar sentirse enferma o conectarse con el diagnóstico y sentir las consecuencias negativas de seguir el tratamiento, son razones que los llevan a querer abandonarlo.

Además, para muchos entrevistados, en ciertos contextos se les dificulta la adhesión al tratamiento farmacológico, tales como los eventos sociales, la imposibilidad de acceder a la medicación, las modificaciones en la vida diaria y los episodios de crisis gatillados por el trastorno (este último también podría actuar como contexto pro adherencia cuando la crisis es el resultado del abandono de la medicación).

Por último, cabe destacar que hay ciertas vivencias y percepciones de los entrevistados respecto al trastorno y tratamiento, experiencias de estigmatización, apoyo social e interacción con el equipo médico que tienen relación con la adherencia al tratamiento farmacológico, ya que factores como la visión y valoración del trastorno, las expectativas sobre el tratamiento, el apoyo familiar en la toma de medicación del individuo, entre otros, parecen influir en su actitud hacia el tratamiento.

En este apartado se busca exponer los resultados que parecen relevantes de discutir y se pondrán en diálogo con los postulados teóricos previamente revisados o aquellos que resulten significativos de mencionar. Además, se expondrán los desafíos para la intervención en la adherencia al tratamiento farmacológico en el trastorno bipolar, las limitaciones del estudio y proyecciones para investigaciones futuras.

En primer lugar, sobre la relación entre las creencias y vivencias del trastorno y la adherencia al tratamiento farmacológico, podemos recalcar que la conciencia de enfermedad no es el único factor que influye en la adherencia, sino que también hay una complejidad de elementos que podrían dificultar el cumplimiento de la medicación, como sus creencias sobre la etiología y el curso del trastorno, la valoración subjetiva y la experiencia emocional de vivir con esta condición. Otro punto a destacar es que, tal como mencionó Gallego (2015) y Pardo et al. (2011), una baja adherencia al tratamiento farmacológico podría explicarse por las características propias de la enfermedad y con el tipo de consecuencias de dejar el tratamiento (Pardo et al., 2011).

En segundo lugar, respecto a las creencias y vivencias de los entrevistados sobre el tratamiento y su relación con la adherencia a la medicación, específicamente a la

percepción de los efectos adversos del tratamiento y la falta de efectividad como motivaciones anti adherencia, podemos señalar que los resultados coinciden con la teoría que describe los efectos secundarios como pérdidas significativas en distintas áreas del individuo (Roe et al., 2009 e Inocenti et al., 2010). Sin embargo, si bien para algunos pacientes seguir el tratamiento implica sufrir estas pérdidas, para otros, medicarse es lo que les permite no experimentarlas. Además, se puede complementar que se observaron otros efectos secundarios que estarían relacionados con la experiencia de seguir un tratamiento en sí mismo, tales como sentir restricciones o malestar por la sensación de dependencia. Por último, el estudio coincide con la idea de que la percepción de efectividad es un factor fundamental relacionado a la adherencia (Pardo et al., 2011), y los resultados arrojaron que esta está mediada por las expectativas que el paciente tenga sobre del tratamiento y el estado emocional en el que se encuentra.

En tercer lugar, sobre las creencias y vivencias de estigmatización y su relación con la adherencia, el estudio contrasta con la teoría que afirma que el auto estigma está relacionado a la baja adherencia (Hajda et al., 2015; Flores et al., 2012; Nehir et al., 2017; Silva et al., 2017 y Mascayano et al., 2015), pues todos los entrevistados señalaron que la visión estigmatizante del trastorno bipolar no coincide con su visión de sí mismos. Sin embargo, si coincidió con la idea de que el método de evitación del estigma y posibles experiencias de discriminación los lleva a ocultar a otros su diagnóstico y tratamiento, disminuyendo su adherencia (Flores et al., 2012), pero según los resultados, de forma circunstancial.

En cuarto lugar, respecto al apoyo social, este tiene más relación con contribuir a la capacidad del paciente de sobre llevar su condición que con el cumplimiento del tratamiento farmacológico. De todas formas, podemos notar que para algunos entrevistados, el círculo cercano ejerce un control externo que tiene efectos tanto positivos como negativos en su actitud hacia la medicación. Es por ello, que estos resultados coinciden de manera parcial con la idea de que las normas y sanciones del círculo social es un motivador de la adherencia al tratamiento (Martos-Méndez, 2015). Por último, un hallazgo relevante en este estudio fue que la relación del paciente con el círculo cercano, y no solamente el apoyo de este, sería un mecanismo que facilitaría u obstaculizaría la adherencia al tratamiento farmacológico.

Por otra parte, se encontró que las creencias y vivencias del individuo con el equipo médico y sistema de salud también influyen en su adherencia al tratamiento farmacológico. La temática de la relación médico paciente ha sido previamente estudiada como un factor que influye en la adherencia al tratamiento médico. Por ejemplo, Ortiz (2007) ha descubierto que la satisfacción y la comunicación del paciente con el equipo de atención de salud, son variables que pueden contribuir a la adherencia al tratamiento en pacientes crónicos. Respecto a las creencias sobre el sistema de salud, las críticas negativas que los entrevistados no adherentes mencionaron coinciden con los postulados del movimiento anti psiquiátrico, que mantiene una postura crítica hacia las prácticas de la psiquiatría dominante y plantea construir alternativas al tratamiento farmacológico (Cea y Catillo, 2016).

Finalmente, un elemento a destacar es el papel de la autoeficacia en la adherencia al tratamiento farmacológico en individuos con trastorno bipolar. Los resultados del estudio coinciden con Martos-Méndez (2015), que establece que la auto eficacia no tiene mayor relación con la adherencia al tratamiento farmacológico. Sin embargo, si fue posible identificar una relación directa entre la sensación de auto eficacia para sobre llevar el trastorno y la no adherencia al tratamiento farmacológico en los entrevistados no adherentes, ya que estos señalaron sentirse capaces de hacerlo sin necesidad de medicarse [*“Puedo hacer mis cosas, eh, básicas sin depender de pastillas, (...) tener un trabajo, tener familia (...) entonces con eso puedo subsistir” Entrevista 2*].

#### *Desafíos para la intervención en adherencia al tratamiento farmacológico en el trastorno bipolar*

Para el diseño de una intervención psicoterapéutica, parece importante considerar su objetivo y el grupo al cual va dirigida. Además, es necesario implementar intervenciones enfocadas en otros actores sociales y en desafíos a nivel de salud pública que contribuyan a facilitar la adherencia al tratamiento farmacológico.

¿Cuál es el foco de la intervención?

Según los resultados del estudio, el solo conocimiento del individuo sobre el trastorno y tratamiento no es suficiente para que adhiera de forma constante, sino que hay conflictos más implícitos y subjetivos que influyen de forma significativa en su adherencia al

tratamiento. Esto implicaría, tal como señala Pino, Belechón, Sierra y Livianos (2008), que si bien las intervenciones psico educativas, usadas habitualmente en modelos cognitivos (Camacho, 2003), son efectivas, debiesen incluir las propias creencias y opiniones de los pacientes para lograr en ellos un compromiso con su tratamiento (MacDonald et al., 2016). Es por esto que, considerando que los resultados coinciden con la visión de la adherencia como un fenómeno ambivalente y continuo, podemos decir que es pertinente usar modelos como el de Leventhal (WHO, 2003), un diseño que pone énfasis en las propias representaciones y estilos de afrontamiento que tienen los pacientes, y de esta forma, ayudar a comprender mejor la vivencia respecto al trastorno, los recursos que han desarrollado para enfrentarlo y los obstáculos que puedan estar interfiriendo en la adherencia. En ese sentido, el objetivo de la intervención se enfocaría en que el individuo pueda reconocer cuáles son sus voces anti y pro adherencia al tratamiento y buscar resolver o disminuir el conflicto entre ellas.

#### *¿A quién va dirigida la intervención?*

Cabe mencionar que en este estudio la mayoría de los entrevistados relataron vivenciar distintos tipos de conflicto interno en relación al tratamiento farmacológico, independiente de su nivel de adherencia. Sobre todo en quienes han dejado la medicación en el pasado, la experiencia del tratamiento se vive con malestar, por lo que este hecho podría transformarse en un factor de riesgo del posterior abandono de la medicación. Es por esto que se podría considerar que no solo los individuos no adherentes sean los receptores de intervenciones, sino también los pacientes adherentes, para así identificar factores de riesgo de conflicto interno y mantener su adherencia al tratamiento

Por otra parte, tal como indicó Alvarado (2016), es necesario considerar los distintos tipos y niveles de adherencia para diseñar estrategias de intervención focalizadas. En este estudio, se observó que en entrevistados no adherentes su abandono fue intencional, es decir, decidieron racional y activamente no cooperar con el tratamiento (Alvarado, 2016); mientras que en otros pacientes la no adherencia fue forzada por factores contextuales. En los primeros, sería pertinente utilizar un modelo transteórico (WHO, 2003), donde se indague si el individuo se encuentra en una etapa de negación o contemplación del problema, y en los segundos, el foco estaría en disminuir las barreras que dificultan la

adherencia, como la imposibilidad de acceder a los fármacos, eventos en la vida diaria que generan olvido de la toma de la medicación, etc.

*Participación de otros actores sociales en la intervención en adherencia al tratamiento farmacológico.*

Parece necesario no solo implementar intervenciones dirigidas al paciente sino también enfocadas en la resolución de conflictos con el equipo médico y el sistema de salud. En un primer punto, resulta necesario poder incorporar en las intervenciones el objetivo de mejorar la alianza terapéutica con el paciente, pues es un factor que contribuiría a la resolución o disminución de conflictos internos con la medicación. Este elemento ha sido considerado en los modelos de salud, por lo que se han creado intervenciones enfocadas en la relación médico-paciente, poniendo atención en la naturaleza de la relación, el vínculo afectivo paciente- terapeuta y la capacidad para acordar objetivos y tareas de tratamiento (Salinas y Arredondo, 2005). Una de estas es la entrevista motivacional, donde se pone énfasis en “la forma de ser” del tratante con el paciente mediante una serie de principios como el establecimiento de una relación colaborativa y respeto sobre su autonomía (Gratacós, 2018). Respecto a las acciones por realizar en el sistema de salud, se podría promover programas de intervención que tengan como objetivo promocionar y mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con trastorno bipolar y capacitar a los profesionales de salud que trabajen con ellos.

*Limitaciones del estudio y proyecciones para investigaciones futuras*

En este estudio emergieron una serie de limitaciones en relación a la elección de la muestra y el diseño de investigación. Respecto a la muestra, si bien se consideró una proporción entre hombres y mujeres, no se consideraron otras variables psicosociales, por lo que un estudio que considere más variables podría aportar más información sobre el fenómeno de la no adherencia. Por ejemplo, en esta investigación se hallaron diferencias en la emergencia de algunas voces pro y anti adherencia entre los entrevistados diagnosticados con Trastorno Bipolar I y Trastorno Bipolar II, provocadas por la sintomatología propia de cada grupo, como la vivencia ego sintónica o ego distónica de los episodios. Otra limitación fue que todos los entrevistados tenían un nivel

socioeconómico medio alto y que tres individuos no adherentes seguían otros métodos terapéuticos (debido a la dificultad de acceder a personas que no se medicaran y que se encontraran en eutimia), por lo que hay que tener en cuenta que dichos resultados no pueden ser generalizables a todos los pacientes, pues existe la posibilidad de que emerjan otro tipo de voces en personas con diferente nivel socioeconómico o que no sigan ningún tipo de tratamiento. De todas formas, este estudio es exploratorio, por lo que extrapolar resultados no es su objetivo principal.

Respecto al diseño de investigación, se puede mencionar que no se consideraron pruebas psicométricas que pudiesen medir con exactitud la presencia y nivel de las variables consideradas con anterioridad. Esta herramienta metodológica no fue considerada porque el fin del estudio fue indagar el carácter cualitativo de estas variables, por lo que su medición podría haber limitado la riqueza de la experiencia de los individuos. Un último punto es que, al ser la adherencia al tratamiento un fenómeno dinámico y cambiante en el tiempo, esta investigación no pudo describir con complejidad este proceso, al ser de tipo transversal. De todas formas, hubo un acercamiento mediante el relato de los mismos entrevistados sobre su historial de adherencia al tratamiento farmacológico.

Dicho esto, sería necesario hacer una serie de proyecciones para investigaciones futuras que puedan abordar las limitaciones descritas. Además, sería útil realizar más estudios del fenómeno de no adherencia farmacológica con un enfoque centrado en el paciente, considerar la investigación diferencial según cada tipo de trastorno y en el contexto chileno. Finalmente, se podría indagar en otros aspectos del tratamiento médico, como los hábitos de sueño, ejercicio, etc. y en los métodos terapéuticos alternativos a la medicina tradicional, observando sus diferencias y/o similitudes con la adherencia al tratamiento de tipo farmacológico.

#### *Palabras finales*

Respecto a la presente investigación, podemos recalcar que la adherencia al tratamiento farmacológico es un proceso dinámico y ambivalente, donde emerge un conflicto interno entre voces pro y anti adherencia a la medicación y está involucrada una diversidad de factores y situaciones, lo que complejiza aún más el fenómeno. Las voces anti adherencia se relacionan tanto a los fines de medicarse (sentir que no vale el esfuerzo porque no es

efectivo, necesario, entre otros) como a los medios utilizados para hacerlo (la sensación del gran costo que conlleva sufrir los efectos adversos de medicarse o tener restricciones, etc.).

Por último, cabe señalar que las voces anti adherencia estuvieron presentes en todos los entrevistados independiente de su nivel de cumplimiento. En ese sentido, es relevante considerar que al parecer no es la cantidad de voces, sino más bien la relevancia, intensidad e interacción entre ellas o los mecanismos para resolver el conflicto interno, los elementos que serían influyentes en la adherencia al tratamiento farmacológico en el trastorno bipolar.

## Referencias

- Alvarado, L. (2016) Adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas y la vivencia del paciente. *Rev Med Chile*; 144(2), 269-270. doi: 10.4067/S0034-98872016000200019
- Aránguiz, C. y Pacheco, B. (2011). Factores relacionados a la adherencia a tratamiento en adolescentes con depresión. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.*, 49(1), 69-78. doi:10.4067/S0717-92272011000100009
- Baptista, P., Fernández, C. y Hernández, R. (2004) Metodología de la Investigación. Recuperado de [https://www.esup.edu.pe/descargas/dep\\_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf](https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf)
- Camacho, J. (2003). El ABC de la terapia cognitiva. Recuperado de [https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/39801516/Terapia\\_Cognitiva.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1544922120&Signature=dMFyNut%2BjYeM4ju4IA94NWM9EY8%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DTerapia\\_Cognitiva.pdf](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/39801516/Terapia_Cognitiva.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1544922120&Signature=dMFyNut%2BjYeM4ju4IA94NWM9EY8%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DTerapia_Cognitiva.pdf)
- Cea, J y Castillo T. (2016) Materiales para una historia de la anti psiquiatría: balance y perspectivas. *Teoría y Crítica de la Psicología* 8, 169-192. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5895483.pdf>
- Chakrabarti, S. (2016). Treatment-adherence in bipolar disorder: a patient-centred approach. *World J Psychiatry*, 6(4), 399–409. doi: 10.5498/wjp.v6.i4.399
- Clement, A., Dos Santos, W., Nicolato, R. y Oliveira, J. (2017). Stigma related to bipolar disorder in the perception of psychiatrists from Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 33(6), 1-10. doi: 10.1590/0102-311X00050016
- Echeverría, G. (2005). *Análisis Cualitativo por Categorías*. Recuperado de [http://www.academia.edu/9444115/Apuntes\\_Docentes\\_de\\_METODOLOGIA\\_DE\\_INVESTIGACION\\_ANALISIS\\_CUALITATIVO\\_POR\\_CATEGORIAS](http://www.academia.edu/9444115/Apuntes_Docentes_de_METODOLOGIA_DE_INVESTIGACION_ANALISIS_CUALITATIVO_POR_CATEGORIAS)

- Flores, S.; Medina, R.; Robles, R. y Páez, F. (2012). Estigma y apego al tratamiento psiquiátrico en los trastornos mentales severos y persistentes. *Rev. Latinoam. Psiquiatría*, 11(3), 82-89. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/psiquiatria/rp-2012/rp123f.pdf>
- Gallego, I. (2015). *Adherencia al tratamiento y complicaciones en pacientes con enfermedades psiquiátricas* (Tesis de grado). Universidad de la Rioja, España
- Gigoux, J., Moya, P. y Silva, J. (2010). Adherencia al tratamiento farmacológico y relación con el control metabólico en pacientes con DM2. *Rev Chil Salud Pública*, 14(2-3), 238-270. Recuperado de <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/download/13301/13617/>
- Gratacós, M. (2018). Intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica en sujetos con esquizofrenia. *Papeles del Psicólogo*, 39(1), 31-39. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2850.pdf>
- Grover, S., Hazari, N., Aneja, J., Chakrabarti, S. y Avasthi, A. (2016). Stigma and its correlates among patients with bipolar disorder: A study from a tertiary care hospital of North India. *Psychiatry Research*, 244, 109–116. Recuperado de [https://ac.els-cdn.com/S0165178115305552/1-s2.0-S0165178115305552-main.pdf?\\_tid=d6bc975f-ba0d-49b8-bc83-e8d025f30d01&acdnat=1544729504\\_96de14656174ec068111acb4e6ea0b97](https://ac.els-cdn.com/S0165178115305552/1-s2.0-S0165178115305552-main.pdf?_tid=d6bc975f-ba0d-49b8-bc83-e8d025f30d01&acdnat=1544729504_96de14656174ec068111acb4e6ea0b97)
- Hajda, M., Kamaradova, D., Latalova, K., Prasko, J., Ociskova, M., Mainerova, B.,... Tichackova, A. (2016) Self-stigma, treatment adherence, and medication discontinuation in patients with bipolar disorders in remission– a cross sectional study. *Act Nerv. Super Rediviva*, 57(1–2), 6–11. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/feba/7f4d688adb798b6988634c3cf99ea51a43b3.pdf>
- Hawke, L., Parikh, S. y Michalak, E. (2013). Stigma and bipolar disorder: A review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 150, 181-191. doi:10.1016/j.jad.2013.05.030

- Hernández, R. (2014). La investigación cualitativa a través de entrevistas: su análisis mediante la teoría fundamentada. *Cuestiones Pedagógicas*, 23, 187-210. Recuperado de [http://institucional.us.es/revistas/cuestiones/23/Mis\\_5.pdf](http://institucional.us.es/revistas/cuestiones/23/Mis_5.pdf)
- Herrera, P., Mondaca, L. y Defey D. (2016). Understanding non adherence from the inside: hypertensive patients' motivations for adhering and not adhering. *Qualitative Health Research*, 1-13. doi: 10.1177/1049732316652529
- Howland, M., Levin, J., Blixen, C., Tatsuoka, C. y Sajatovic, M. (2016). Mixed-methods analysis of internalized stigma correlates in poorly adherent individuals with bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 70, 174-180. doi:10.1016/j.comppsy.2016.07.012
- Inocenti, A., De Bortoli, S. y Pedrão, L. (2010) Affective bipolar disorder and ambivalence in relation to the drug treatment: analyzing the causal conditions. *Rev Esc Enferm USP*, 45(2), 425-32. doi: 10.1590/S0080-62342011000200019.
- Karambelkar, S., Navinchandra, B., Ashok, P y Vala, A. (2016). A study of experiences of stigma and discrimination in patients with schizophrenia and bipolar mood disorder. *Indian J Soc. Psychiatry* 32(2), 143-148. doi: 10.4103/0971-9962.181097
- Leclerc, E., Mansur, R. y Brietzke, E. (2013). Determinants of adherence to treatment in bipolar disorder: A comprehensive review. *Journal of Affective Disorders*, 149, 247–252. doi:10.1016/j.jad.2013.01.036
- MacDonald, L., Chapman S., Syrett, M., Bowskill, R. y Horne, R. (2016). Improving medication adherence in bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis of 30 years of intervention trials. *J Affect Disord*, 194, 202-221. doi: 10.1016/j.jad.2016.01.002.
- Mardóñez, C. (2016). ¿Contribuyen los trabajos comunitarios a la reinserción? Estudio de caso a partir de la pena de Prestación de Servicios en Beneficio de la Comunidad (PSBC) en la Región Metropolitana (Tesis de Magister).Universidad de Chile, Santiago, Chile.

- Martín, L. y Navarro, D. (2016). *Datos sociodemográficos, clínicos, autoeficacia y actitudes hacia la medicación en relación con la adherencia al tratamiento en depresión* (Tesis de pregrado). Universidad de la Laguna, Tenerife, España.
- Martos- Méndez, M. (2015). Self-efficacy and adherence to treatment: the mediating effects of social support. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 7(2), 19-29. doi:10.5460/jbhsi.v7.2.52889.
- Mascayano, F., Lips, W., Mena, C. y Manchego, C. (2015) Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, 38(1), 53–58. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2015.007
- McCann, T., Clark, E. y Lu, S. (2008).The self-efficacy model of medication adherence in chronic mental illness. *J Clin Nurs.*, 17(11), 329-340. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02354.xdoi:10.1111/j
- McCorkle, B., Rogers, S., Dunn, C., Lyass A y Wan, M. (2008). Increasing social support for individuals with serious mental illness: evaluating the compeer model of intentional friendship. *Community Ment Health J.*, 44(5), 359-366. doi: 10.1007/s10597-008-9137-8.
- Mendonca, P., Bezerra, S., Didier, A., Galvao de Almeida, A. y Miranda-Scippa, A. (2015).Social support and bipolar disorder. *Arch. Clin. Psychiatry* 42(4), 95-99. doi: 10.1590/0101-60830000000057
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2013). Guía clínica trastorno bipolar en personas de 15 años y más. Recuperado de <https://www.minsal.cl/portal/url/item/db835d0231c5115fe0400101640126b7.pdf>
- Mueller, B., Nordt, C., Lauber, C., Rueesch, P., Meyer, P. y Roessler, W. (2006). Social support modifies perceived stigmatization in the first years of mental illness: a longitudinal approach. *Soc Sci Med*, 62(1), 39-49. doi: 10.1016
- Muñoz, M., Sanz, M. y Pérez- Santos, E. (2011). Estado del conocimiento sobre el estigma internalizado desde el modelo socio-cognitivo-comportamental. *Anuario de*

- Psicología Clínica y de la Salud* 7, 41-50. Recuperado de [http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS\\_7\\_esp\\_41-50.pdf](http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_7_esp_41-50.pdf)
- Nehir, S., Yorulmaz, M., Koza, E. y Ozdemir, S. (2017). Internalized stigmatization and social functioning in psychiatric patients. *J Turgut Ozal Med Cent*, 25(1), 12-17. Recuperado de [http://www.annalsmedres.org/articles/2018/volume25/issue1/2018\\_25\\_1\\_3.pdf](http://www.annalsmedres.org/articles/2018/volume25/issue1/2018_25_1_3.pdf)
- Ortiz P, M. y Ortiz P, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Med Chile*, 135(5), 647-652. Recuperado de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872007000500014](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000500014)
- Pardo, E. E., Fierro, M. y Ibáñez, M. (2011). *Prevalencia y factores asociados a la no adherencia en el tratamiento farmacológico de mantenimiento en adultos con trastorno afectivo bipolar* (Tesis de maestría). Universidad de Rosario, Bogotá, Colombia.
- Pino, A., Belenchón, M., Sierra, P. y Livianos, L. (2008). *Trastorno bipolar y psicoeducación: desarrollo de un programa para clínicos*. Recuperado de <https://www.editorial-club-universitario.es/pdf/2719.pdf>
- Roe, D., Goldblatt, H., Baloush-Klienman, V., Swarbrick, M. y Davidson, L. (2009). Why and how people decide to stop taking prescribed psychiatric medication: exploring the subjective process of choice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 33(1), 38-46. doi:10.2975/33.1.2009.38.46
- Salinas, P. y Arredondo, M. (2005). Alianza terapéutica en psicoterapia: concepción e importancia atribuida por los psicoterapeutas con distintas orientaciones teóricas que trabajan en el centro de psicología aplicada de la Universidad de Chile (CAPs) (Memoria de grado). Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Souza, C., Giacchero, K., Do Carmo, B. y Inocenti, A. (2013) Trastorno bipolar y medicamentos: adhesión, conocimiento de los pacientes y monitorización sérica del carbonato de litio. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21(2), 1-8. Recuperado de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/es\\_0104-1169-rlae-21-02-0624.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/es_0104-1169-rlae-21-02-0624.pdf)

Starks, H. y Trinidad, S. (2007). "Choose your method: a comparison of phenomenology, discourse analysis, and grounded theory. *Qualitative Health Research* 17(10), 1372–1380. doi: 10.1177/1049732307307031

Vrbová, K., Kamarádová, D., Látalová, K., Ocisková, M., Praško, J., Mainerová, B.,... Ticháčková, A. (2014) Self-stigma and adherence to medication in patients with psychotic disorders – cross-sectional study. *Neuroendocrinology Letters*, 35(7), 645-652. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/b918/186699cd91a80f3da0e19e3bc3ecbd7295bc.pdf>

Warren, C., Fowler, K., Speed, D. y Walsh, A. (2018). The influence of social support on psychological distress in Canadian adults with bipolar disorder. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 53(8), 815-821. doi: 10.1007/s00127-018-1529-7.

World Health Organization (WHO). (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Recuperado de [https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_full\\_report.pdf](https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf)

## Anexos

### ***Anexo 1. Vivencias y creencias de los entrevistados respecto al trastorno y tratamiento, experiencias de estigmatización y apoyo social.***

A continuación, se describirán las vivencias y creencias de los entrevistados respecto al trastorno y tratamiento, las experiencias de estigmatización y apoyo social. Además, se expondrán los resultados de una categoría emergente, correspondiente a las creencias y vivencias de los entrevistados respecto a su relación con el equipo médico y el sistema de salud.

#### *1. Vivencias y creencias de los individuos respecto al trastorno bipolar*

##### *1.1 Reacción inicial frente al diagnóstico*

###### *1.1.1 Sentimientos dolorosos respecto al diagnóstico*

Algunos entrevistados (3, 4, 8 y 9) relataron que enterarse del diagnóstico y vivir los primeros síntomas de este significó experimentar una serie de sentimientos dolorosos al respecto. De esta forma, los pacientes sintieron pena por pensar que podrían ser estigmatizados por su condición (8), vergüenza por su comportamiento durante las crisis (9), poco apoyados ni comprendidos por sus cercanos, o bien, la ausencia de un círculo cercano que las contuviera (3 y 4), y el miedo a las consecuencias negativas del trastorno por haberlas observado en una experiencia familiar (3).

*“Mi papá es bipolar entonces ya conocía un poco la enfermedad y ya como que me daba mucho miedo tenerla desde chica y ya cuando me la diagnosticaron a los 18 años como que fue súper fuerte para mí (...) Y yo vi que él estuvo en internaciones entonces eso me daba miedo, como yo estar en internación o yo provocar como sufrimiento a mi hijo, a mi pareja, porque yo lo vi en el caso de mi papá” Entrevista 3*

*“Sentía vergüenza (...) porque de repente hago cosas en euforia, que son cosas que ¿Cómo se llama?... que son uno al borde de la locura, entonces ¿qué es lo que pasa?, que uno hace cosas que después se arrepiente” Entrevista 9*

*“En los primeros años de mi condición cuando era soltera y mis papás no entendían muy bien la enfermedad sí me sentí muy sola, e incomprendida y muy sola acerca de la enfermedad y cómo la sobre llevarla” Entrevista 3*

*“ (Al saber el diagnóstico) me sentía súper sola, súper aislada, no tenía amigos como para contarle” Entrevista 4*

*“Al principio me dio pena, porque es como... como que te catalogan de que tenís esto” Entrevista 8*

### 1.1.2 Confusión y extrañeza respecto al trastorno

En el momento de la manifestación del trastorno y su posterior diagnóstico, ciertos entrevistados (4, 9 y 11) señalaron haber sentido confusión respecto a la enfermedad, ya sea por no comprender por qué se experimentaban los primeros síntomas antes de conocer el diagnóstico o por la falta de información acerca de este.

*“Es que yo a la primera no me lo tomé muy delicadamente, así como como decir soy bipolar, ahora soy bipolar, yo cuando me dio la crisis yo no sabía que me pasaba, yo tenía como una angustia y hacía cosas extrañas, de repente no podía hacer... era costumbre mía conversar normalmente, sentí que había perdido la costumbre de las cosas, entonces para mí fue algo muy extraño” Entrevista 9*

*“No entendía que pasaba conmigo (...) En ese momento no tenía idea de nada. No sabía que me estaba pasando, encontraba todo extraño, no había información, no había ni internet como para consultar (...) Fue súper extraño porque no sabía lo que era, estuve harto tiempo en octavo básico, yendo al psiquiatra y me daban vacaciones o licencias... que tenía que estar en la casa” Entrevista 4*

*“Pero antes de eso no había nada de información (...), mira y a grandes rasgos yo creo que uno no sabe al inicio que se enfrenta y yo creo que eso es complicado, es algo que va apareciendo en el momento” Entrevista 11*

### 1.1.3 Bienestar ante la vivencia de los síntomas del trastorno

Dos pacientes que habían experimentado episodios maníacos (4 y 9) señalaron haber valorado positivamente su condición en un principio, ya que experimentaban ego sintónicamente los síntomas de estos estados de euforia.

*“Pero yo siempre pensé que era un poder, que ehh incluso más crisis más adelante en el año 2014, que tenía 20 años, 21 años, siempre pensé eso y no quería decir que era bipolar, porque decir que era bipolar era admitir que era como el resto y que era como una enfermedad como el resto y yo decía que yo era especial según yo era un genio y toda la cuestión, eso pensaba yo pensaba eso ahora no lo pienso” Entrevista 9*

*“Como que no rechazaba la enfermedad totalmente, como que yo no me...porque aparte me sentía súper bien en esos estados más de euforia” Entrevista 4*

### 1.1.4 No fue una gran sorpresa

Esto significa que para los pacientes (2, 5 y 8), enterarse del diagnóstico no fue una gran sorpresa debido a que anteriormente ya sospechaban que podrían tener algún tipo de trastorno debido a la extrañeza ante ciertos estados como momentos de depresión, etc.

*“ Yo siento que no me afectó tanto enterarme que la tenía, porque yo no sabía que tenía pero si la tenía... Pero no sabía que era (ríe) (...) Yo sabía que algo raro tenía” Entrevista 8*

*“ O sea, daba lo mismo del diagnóstico tocó que nos tocó igual no más po, pero yo sabía que algo iba a tener, ¿cachay?, como que, era solo como "ah ya, mira, la bipolaridad" y las depresiones y empecé a investigar y dije "puta, parece que por acá va lo mío más que nada" Entrevista 2*

*“Como que siempre lo tuve ahora fue ponerle un nombre no más. Antes decía “puta, tiendo a ser depre, tengo depresión...” ahora sé que esta wea es como pa arriba y pa abajo, es pa ponerle un nombre no más po” Entrevista 5*

#### 1.1.5 Entendimiento de su comportamiento

Un grupo de pacientes (1, 2, 5 y 12) relató que saber el diagnóstico pudo darles una explicación acerca del porqué de ciertos aspectos conflictivos de su personalidad y comportamiento o de la sensación de sentirse diferente al resto.

*“ Así como impacto de manera muy positiva, y dentro de tanta cagá que uno se manda es uno más, porque lo puedes usar como una virtud porque cachai que todo lo que te pasa tiene sentido, tiene una explicación lógica. No es porque eres intenso o irritable porque si sino que hay una explicación química” Entrevista 5*

*“ Que me dijeran, “en verdad todo lo que tu pensai internamente y lo que sentí y no podí expresar, o lo que pensai del mundo tiene una respuesta, que es la bipolaridad en este caso” (...) Porque yo sé que tengo muchas habilidades cognitivas y soy muy despierto y reflexiono muy bien pero siempre me he sentido menos en esos aspectos y siento que ahora la bipolaridad me da esa respuesta, que es que en verdad no soy flojo, de que en verdad no es que no te querí levantar hoy día, es que no puedes levantarte hoy día, no teni el ánimo y hay gente que vive levantándose pero yo no, hay personas como yo o como mucha gente que no puede hacerlo” Entrevista 2*

*“Sentí que ahora entendía por qué no era igual al resto” Entrevista 12*

### 1.2 Actitud actual frente al diagnóstico

#### 1.2.1 Aceptación del diagnóstico

##### 1.2.1.1 Connotación positiva del diagnóstico

Casi la mitad de los entrevistados (2, 3, 6, 11 y 12) ha vivido un proceso de aceptación del trastorno, en la que reconocen ciertos aspectos positivos de la bipolaridad durante estados de manía o hipomanía, tales como la creatividad, la sociabilidad, etc. o los beneficios que el proceso de diagnóstico ha generado en sus vidas, como la unión familiar, el crecimiento personal, el conocimiento de sí mismo, filtrar el círculo social, mejorar relaciones con cercanos, etc.

*“ Aceptar que esta condición me hace diferente. Pero como tiene sus altos tiene sus bajos. Y que también tiene una parte muy creativa que yo trato de sacarle provecho, una sociabilidad que yo puedo tener”. Entrevista 3*

*“ Siendo bien honesta, nos unió como familia ¿cachay? Porque mis papás se preocuparon, mis papás pasaban trabajando, hubo una cohesión familiar importante después de la depresión esta (...) y bueno te haci más consciente también, te haci más consciente de las cosas que te faltan, lo que podi lograr (...) yo creo que genera también una limpieza de entorno, la gente que tiene que estar contigo está y los que no, no” Entrevista 11*

*“ (Saber el diagnóstico permitió) conocerme, para mí suena muy radical decirlo pero el Manuel hasta el 2014 y ahora es otro, la misma esencia pero está consciente de quien eres y ya no le haces daño al resto: muchas discusiones con tus viejos, amigos, pareja” Entrevista 5*

#### 1.2.1.2 Connotación neutra del diagnóstico

Otros pacientes (1, 8 y 9) consideran haber aceptado el diagnóstico, sin embargo, no hacen una valoración positiva ni negativa del trastorno bipolar, o bien, no emitieron juicio al respecto.

*“La bipolaridad ya me la banco, cachai que eso es una cosa que le pasa al 1 por ciento de las personas, 2 por ciento de las personas, no me acuerdo, dos por ciento de la gente es bipolar y me tocó no más (...) La verdad es que yo no valoro mucho eso hay mucha gente que lo valora, que dice que es como un regalo y todo eso como ímpetu y todo eso, pero para mí no, para mí es una condición biológica*

*no más y yo creo que, que mi qué... es lo que caracteriza a mi bipolaridad que ha sido muy fuerte encuentro (...) Al ver a otras personas que también tomaban pastillas, me hizo ver que no era tan malo y ahí como que fui aceptándolo bueno ahora me considero alguien común y corriente y es mucho más mejor, ¿cachay?"*

*Entrevista 9*

*"Pero después me di cuenta de que todas las personas tienen algún tipo de enfermedad o de trastorno entonces (...) es algo mío y lo tuve que querer... (Ríe) (...) Eh, no te voy a decir que es positivo porque no me gusta tener cambios de ánimo así demasiado, pero tampoco negativo sino como un término medio"*

*Entrevista 8*

### 1.2.2 Sentimientos de malestar respecto al diagnóstico

Se observó en el relato de algunos entrevistados (1, 2, 4, 6, 7 y 10) la existencia de sentimientos de malestar respecto a la vivencia diaria del diagnóstico, al considerarlo dificultoso, les hace plantearse cuestionamientos sobre el porqué de su condición, es agotador, genera confusión, etc.

*" Ya, horrible, yo lo odio, es como una mal, maldición. Es como la peor pesadilla que yo, o sea, yo no se lo deseo a nadie, de hecho desde que, o sea, ¡Yo de verdad digo "me enfermé" (...) Eeeh, me acuerdo que me obsesionaba viendo documentales de bipolaridad y todo siempre es como "si, lo he pasado súper mal pero al final del día no me arrepiento, y me encanta ser bipolar", (...) ¡pero como que no me importa, yo no soy ellos y aunque ellos estén felices yo lo odio!"*

*Entrevista 7*

*" (Tener bipolaridad ha sido) como las weas (risas) Es sencillo, en directo, súper penca... Es súper difícil entender lo que a uno le pasa porque son muchos factores los que intervienen, yo vengo de una infancia muy jodida, con familiares con enfermedades psiquiátricas graves" Entrevista 6*

“El tema de la bipolaridad es súper como cansador, entonces a mi igual me cansa como estar siempre, tener que prepararme para poder vivir mis días, entonces obviamente ocupo mucha más energía” Entrevista 2

“Mucha impotencia de no entender por qué me pasan estas cosas, por qué a mí, esas preguntas como esas preguntas hacia uno mismo...y eso” Entrevista 4

### 1.2.3 Controlabilidad sobre la enfermedad

Una gran número de entrevistados (3, 4, 5, 6, 9, 10 y 11) señala tener la sensación de controlabilidad del trastorno debido a que han desarrollado herramientas que les permiten controlar sus estados, ya sea por el empoderamiento de sí mismo, el reconocimiento de sus síntomas y de cómo estar estable, el sentirse apoyados, etc.

*“Yo creo que la tengo más o menos equilibrada la bipolaridad porque no he tenido recaídas en varios años, entonces sé que es la forma en la que yo estoy equilibrada, y si me siento más empoderada con respecto a eso y me es más fácil conocer cuál es mi fórmula para estar bien” Entrevista 3*

*“Cien por ciento (puedo sobrellevar esta condición) porque tengo el apoyo más importante que es el padre y de Cristo (...) creo que por el yo puedo muchas cosas y he podido muchas cosas y si he llegado hasta acá puedo más todavía. (...) Cuando tu aprendes a trabajar tus karmas de posesión que tiene que ver mucho con lo que te decía yo de eh... tú te puedes sanar, te puedes sanar, y yo llevo varios meses estable” Entrevista 10*

*“Ahora creo tengo toda la mentalidad de que si lo puedo controlar, de que si soy capaz de estar consciente de mis síntomas” Entrevista 4*

*“Es triste y todo pero no va a ser tan terrible como la última crisis, entonces te la podí bancar (la bipolaridad) (...) Puta ahora, aprendiendo a tomarme todo con más calma. Ahora trato de pensar en más segundos, que no panda el cúnico (ríe)” Entrevista 5*

#### 1.2.4 Incontrolabilidad sobre la enfermedad

Dos pacientes (1 y 7) señalaron no sentirse capaces de sobrellevar el trastorno. A pesar de seguir el tratamiento farmacológico y/o tener hábitos saludables, se sienten incapacitados en su funcionamiento y vulnerables frente a la experiencia del diagnóstico.

*“La verdad poco (me siento capaz para sobre llevar el trastorno), porque me pega como en mi punto débil, eeh... ya llevo 7, años más o menos que tengo esta enfermedad yyy... me, me ha costado, me ha costado mucho, me siento como débil, vulnerable en torno a la enfermedad, y no he podido encontrarle el punto así como de darle la vuelta (...), eso como que no he podido lograrlo, no lo he logrado, porque yo he intentado hacer mil cosas (...) dejar de tomar bebidas cola, alcohol, todas esas cosas, lo he tratado todo ¡y como que nadie, nada me ha ayudado!, entonces como que siento que lo he tratado todo y nada me ha ayudado a poder superar, o sobre llevar esta enfermedad” Entrevista 7*

*“No, no me siento capaz de sobrellevar las recaídas... la verdad se me pasan porque se me tienen que pasar, no, no es porque, yo puedo funcionar quizás estando en una recaída pero por dentro voy a estar igual de mal, ¿cachay? es como, se pasa cuando se tiene que pasar (...) Para mí es como, me incapacita para funcionar en la vida, porque de repente el ánimo no te da (...) no poder llevar la enfermedad, sobre llevar la enfermedad... eemh... el haberme rendido” Entrevista 1*

### 1.3 Impacto en la vida del paciente

#### 1.3.1 Disminución del círculo social

Más de la mitad de los entrevistados (1, 2, 4, 7, 9, 10 y 11) señalaron haber perdido contacto con personas de su círculo social, ya sea por el alejamiento de los otros por no entender sus comportamientos durante sus crisis (2, 4, 7 y 9), sentirse ofendidos por los mismos (1 y 9), las experiencias de estigmatización (1 y 9) o por el propio alejamiento del

individuo tras la vergüenza derivada de su comportamiento durante las crisis o por los cambios de conducta y/o conflictos que estas generaron con otros (4 y 9).

*“ O sea como que cambio mucho los estados del ánimo y trato de explicarme con la otra persona de que me pasa y pasa que al final termino con la otra persona, no como que... cambio de ánimo y cambia como mi comportamiento hacia la otra persona, o sea como que ya no la quiero más, eso me ha pasado, que termino las relaciones por eso también” Entrevista 4*

*“ (Durante la última crisis) fui a la universidad donde estuve con él yo me había salido hace tiempo, pero igual fui a verlo y como que le dije, lo trate muy mal agresivamente y me bloqueó de Facebook, no me habló nunca más” Entrevista 9*

*“Bueno a mi igual se ha alejado la gente de mi por, eh la condición, por la bipolaridad. Porque no lo entendieron, porque al principio dijeron "no, el Óscar no puede tener eso y la cuestión" y muchos amigos se alejaron de mi por eso, porque no lo entendían que yo me alejara o que yo no quería estar con nadie, entonces como que se fueron alejando y quedo un grupo más cerrado, más chico de gente en mi vida” Entrevista 2*

### 1.3.2 Alejamiento del individuo de su círculo social

Algunos pacientes (1, 7, 8, 9 y 11) han tendido a alejarse en ciertos momentos de crisis o de manera permanente producto de las dificultades anímicas y conductuales provocadas por su condición o por la vergüenza de volver a reintegrarse al círculo social tras una crisis. Esta situación puede o no haber provocado el alejamiento de otros o la disminución del círculo social.

*“Si, he dejado cinco carreras... seis carreras por eso, porque me dan crisis y después no puedo volver, porque siento que agredí a gente, siento que hice el ridículo, me da vergüenza” Entrevista 9*

*“Entonces como que dentro de esa burbuja que me cree estando solo puedo hacer un, no se po, quizás una vida en soledad, ¿cachay? No es lo que quiero tampoco... pero es una zona de confort que te dice "oye, aquí hay más relajo, aquí estai' más tranquilo, no teni que estar discutiendo con las personas", eso”*  
Entrevista 1

*“Perooo cuando estoy deprimida, si, como que no quiero saliiir, me dicen "salgamos" y yo invento excuuusas " no, es que estoy en otro lado, no, es que no puedo, es que me voy a juntar con otra persoona y si es que logro quedar con alguien lo cancelo ese diia, entonces sí, si me afecta, o sea yo prefiero estar sola y no que, hacer planes con nadie pa no tener problemas después”* Entrevista 7

### 1.3.3 Conflictos con otros

Casi todos los pacientes (1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10 y 12) relataron que su comportamiento cotidiano o el cambio de conducta durante las crisis (aumento de la irritabilidad, pérdida de control, disminución del ánimo, etc.) les ha provocado dificultades permanentes o temporales en su relación con su círculo cercano, sin que necesariamente su círculo cercano disminuya.

*“También me afecta en mis relaciones personales, sobre todo con mi esposo que es con quien estoy más a diario en que me cuesta controlarme, e incluso hemos llegado a peleas que no deberían ser tan violentas que tienen que ver con mi nivel de agresividad”* Entrevista 3

*“Mi mamá ha estado siempre super presente, ha sido como más mamá de mi hijo que yo porque como yo de repente pierdo el control (...) sabes tú que no hemos hablado mucho el tema, el como que se cierra, lo evita. Por eso me ha costado conversar abiertamente de lo que me pasa a mí con el... sabes tú que no hemos hablado mucho el tema, el como que se cierra, lo evita”* Entrevista 4

“Con el Mario igual hemos tenido peleas, cuando yo me bajoneo que él no entiende que a mí me den bajones y no entiende que yo no quiero salir de la cama” Entrevista 8

#### 1.3.4 Dificultades en el funcionamiento académico y laboral

Se observó que casi la totalidad de los entrevistados (1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 6, 11 y 12) relató tener problemas académicos durante los periodos de crisis, en los cuales postergaron o abandonaron sus estudios, ya sea por las dificultades cognitivas y emocionales gatilladas por la enfermedad (3, 7 y 9) y/o el tratamiento (3 y 7) o por la negación de retomarlos por vergüenza de su comportamiento durante dichos estados (9). En la actualidad, algunos pacientes afirman tener problemas en el área laboral, ya que se disminuyen las opciones laborales por la necesidad de autocuidado del paciente (3 y 4) o por no sentirse capaz de rendir satisfactoriamente en estos (7).

*“Académicamente me ha jodido mucho (tener el trastorno) porque me he largado a estudiar carreras, he estudiado nutrición, la dejé botada, derecho lo estudié, trabajaba y estudiaba me saqué la cresta pero una vez que terminé me dio como un pánico y nunca me titule, me paso eso” Entrevista 10*

*“Mi vida laboral me ha costado eh hh encontrar trabajos donde yo me sienta cómoda. Me cuesta permanecer en trabajos donde noooo me sienta cómoda, entonces yo me cuido mucho a donde postuuulo o qué trabajo soy capaces de tomar o cuánto soy de tomar, soy capaz de tomar” Entrevista 3*

*“Pa mí la práctica fue muy difícil, de hecho yo tuve que congelar el primer año de práctica porque yo no podía atender pacientes, porque yo decía "no puede ser que yo", porque a mí la bipolaridad casi siempre me agarra como pa abajo, como que me tira pa la depre, entonces a mí me angustiaba” Entrevista 7*

*“Por ejemplo en lo laboral he perdido trabajos, por tener estas crisis, subidas de ánimo he perdido varios trabajos, entonces ha sido bien mala esa experiencia” Entrevista 4*

### 1.3.5 Modificaciones en proyectos de vida

Tras enterarse del diagnóstico, ciertos entrevistados decidieron cancelar o modificar sus proyectos de vida (3 y 7), por ejemplo, al no tener hijos o no ejercer una profesión que pueda parecer contraproducente o recordarle el diagnóstico; además de afirmar que se sentían incapaces para concretar proyectos personales en general (9).

*“Yo dije “no, de verdad no le deseo esto a nadie, no voy a tener hijos a los que yo pueda contagiar, porque así yo lo veo, como una enfermedad que se contagia (...) yo por ahora no ejerzo, o sea no practico psicología y no tengo planes, ni ganas ni nada, me carga por lo mismo, porque lo asocio con la bipolaridad” Entrevista 7*

*“ Me ha costado mucho por las crisis, no puedo hacer cosas durante mucho tiempo, incluso mi personalidad consiste que yo hago una cosa y después me arrepiento, después hago otra, después hago otra, después vuelvo a retomar la que había hecho al principio y soy muy cambiante, [...] entonces el problema está cuando hay que hacer... hay que hacer, hay que continuar una cosa, hay que mantener una cosa en el tiempo yo creo que eso es un problema, no es tanto las habilidades cognitivas y las habilidades sociales yo creo que el problema está en mantener algo en el tiempo” Entrevista 9*

### 1.3.6 Cambios negativos en la visión de sí mismo

Algunos entrevistados (1, 7 y 10) afirmaron haber sentido un cambio negativo y permanente en la percepción de sí mismos ya que la condición gatilló el desarrollo de características negativas en su personalidad, como irritabilidad, tristeza, introversión, culpa, etc., las que antes de la manifestación del trastorno no estaban presentes.

*“Ah, sí, yo siento que hubo un antes y un después súper marcado y lo primero que pienso es que la persona de antes de la enfermedad era feliz. Era inconscientemente estaba contenta, alegre, andaba por la vida extrovertida, no me cuestionaba tanto las cosas, siempre sentía que tenía la media perso, yyy, y ahora*

*es como un poco más forzado. Como que las cosas que hago es como recordando como siempre sentí que fui” Entrevista 7*

*“Tú te transformas prácticamente tú te transformas con esto de la bipolaridad, tú te transformas en otra persona, es como que te controla la mente, es algo increíble cómo te quedas pegada en pensamientos repetitivos obsesivo de odio, de resentimiento, de mucha culpa, y que no vales nada, de que eres una basura (...) Acá y con este problema de la cabeza que te hace como difícil como persona yo siempre fui una persona complicada pero esto me hizo más difícil ” Entrevista 10*

*“Pa mí, mi gran, característica es que a mí siempre me importó muy poco todo, siempre he sido tranquilo, relajado, buena onda, y ahora no soy nada de eso po, ¿cachay? Y era, era feliz así, con plata, sin plata, da lo mismo. Estaba tranquilo con la vida, y desde que me enfermé no se si han sido los remedios o la enfermedad lo que me ha hecho estar así (...) No sé, mi carácter, con mi bipolaridad como que soy muy irritable, muy explosivo... y todas esas cosas te roban la paz po, ¿cachay? Eso” Entrevista 1*

## *2. Vivencias y creencias de los entrevistados respecto al tratamiento*

### *2.1 Percepción del nivel de adherencia al tratamiento farmacológico*

#### *2.1.1 Percepción de alta adherencia al tratamiento farmacológico*

Al consultarles directamente por su nivel de adherencia al tratamiento farmacológico, la mitad de los entrevistados (3, 4, 5, 8, 9 y 11) señaló cumplir completa o casi completamente el tratamiento farmacológico.

*“ (Adhiero al tratamiento farmacológico) yo creo que un noventa por ciento”  
Entrevista 9*

*“Sigo el tratamiento farmacológico cien por ciento, sagradamente, lo tomo todos los días” Entrevista 5*

*“Diez todo el rato, en este momento porque soy súper ordena, me los tomo (...) no me lo tomo a la misma hora todos los días pero me da como lo mismo, pero no, diez todo el rato” Entrevista 11*

### 2.1.2 Percepción de nula adherencia al tratamiento farmacológico

Cuatro de los entrevistados señalaron no seguir un tratamiento farmacológico. Una de ellas (10) señaló nunca haberse medicado, mientras que los tres restantes (2, 6 y 12) relataron haberla abandonado hace varios meses. Cabe mencionar que actualmente tres de ellos (2, 6 y 10) siguen un tratamiento no farmacológico, como una terapia espiritual (10) y hábitos saludables como realizar deporte (6) y ordenar rutinas de sueño, alimentación, etc. (2).

*“ La medicación la dejé hace un año y medio o dos tal vez (...) Inicé un tratamiento basado principalmente en actividad física, eh, y cuidar mi peso, que estaba un poco pasado. Y me eliminó el alcohol y el café, yo tomaba mucho café. Y ese es como el estado actual” Entrevista 6*

*“Es que miii, mi período para no tomar pastillas, para no tener un tratamiento farmacológico es que yo soy muy rígido, o sea muy cuadrado con mi cotidianidad (...), o sea, por ejemplo, un ejemplo, yo sé que me tengo que acostar a las diez (...) mi vida está establecida para yo acostarme temprano (...) Y eso también influye mucho en cómo me alimento también, la forma de alimentarme, en que tomo muchas vitaminas, yo trabajo en un local de comida saludable, comida orgánica ” Entrevista 2*

*“ No, yo nunca, a mí me diagnosticaron pero jamás quise tomar pastillas, te digo al tiro (...) entonces me metí en el tema con el tratamiento de las sanaciones” Entrevista 10*

### 2.2 Evaluación del nivel de adherencia al tratamiento

Adherencia parcial o nula al tratamiento farmacológico.

Como ya se mencionó, los entrevistados no adherentes señalaron que no se medican, explicando los métodos terapéuticos ocupados actualmente, sin embargo, podemos decir que hay contradicciones en los relatos de varios de los otros entrevistados respecto su adherencia.

Independiente de las percepciones de los propios entrevistados respecto a su nivel de adherencia al tratamiento farmacológico, se pudo observar que si consideramos estrictamente que la adherencia implica la toma de medicamentos diariamente y a una hora determinada, todos los pacientes que se medican adhieren parcialmente al tratamiento (1,3, 4, 5, 7, 8,9 y 11). De esta forma, si bien algunos pacientes señalan adherir casi por completo al tratamiento, se ha reconocido en sus discursos que en ocasiones han retrasado y/u omitido la toma de la medicación por uno o más días. Esto se produce por la postergación, retraso intencional o no intencional de la toma de la medicación en ciertas situaciones que dificultan la toma de la medicación o por la generación de conflictos internos que generan ambivalencia y cambios en su actitud hacia la medicación, los que serán abordados en los Anexos 2 y 3.

*“ No me tomo las pastillas de noche cuando tengo que hacer otra cosa. O incluso cuando tengo que ir a una fiesta porque rato de no mezclarlas con trago”  
Entrevista 3*

*“ Entonces cuando estamos y se acerca la hora de los remedios aplazo un poco (...) lo postergo pa después” Entrevista 4*

*“ De repente se me olvida y me lo tomo más tarde (el medicamento) ” Entrevista 9*

*“Me pasó que fui a una fiesta de un amigo y me acosté a las cinco de la mañana, no me tome la pastilla y no dormí nada” Entrevista 5*

### 2.3 Percepción del nivel de esfuerzo para seguir el tratamiento

#### 2.3.1 Poco esfuerzo para seguir el tratamiento

Una gran cantidad de entrevistados (1, 2, 4, 5, 9, 11 y 12) señalan que seguir el tratamiento no les ha requerido mucho esfuerzo. Si bien en la entrevista no se ahondó en

los motivos de dicha percepción, se pudieron identificar algunos motivos que facilitan la toma de la medicación, tales como la percepción de la voluntad de seguir el tratamiento, haber adquirido el hábito de tomar la medicación diariamente o por su facilidad para seguir hábitos y que el acto mismo de hacerlo no requiere mucha exigencia

*“No, no es difícil, de hecho yo me tomo los remedios a voluntad” Entrevista 9*

*“No me cuesta mucho, porque estoy como ya automatizada de que me levanto tengo que tomar los remedios, en la noche y el remedio. Es como parte de mi vida los remedios... No es algo que me cueste’. Entrevista 4*

*La verdad no (requiere gran esfuerzo el tratamiento), me acostumbré, noo, como que lo hago no más. Como que llego y si me tengo que tomar los remedios me los tomo (...) O sea cuando no hay mucha exigencia y es tan simple como tomarme los remedios... eeh... no, ahí en ese instante. Entrevista 1*

*(Es fácil seguir el tratamiento) Yo soy una persona muy metódica entonces eso es súper importante para poder generar hábitos, yo soy súper ordenada en ese aspecto. Entrevista 11*

### 2.3.2 Mucho esfuerzo para seguir el tratamiento

Dos entrevistados (6 y 7) señalan que les es difícil seguir el tratamiento por la cualidad personal de no ser capaces de adoptar hábitos fácilmente. Una tercera entrevistada (3) relata creer que seguir un tratamiento farmacológico es difícil ya que los hábitos que son necesarios para posibilitar la toma de la medicación requieren un gran esfuerzo. Cabe señalar que si bien una serie de pacientes adherentes y no adherentes no se refirió directamente al nivel de esfuerzo percibido para adherir, si señaló experimentar una serie de conflictos con la medicación y la emergencia de situaciones que dificultan su cumplimiento, las que son desarrolladas en los Anexos 2 y 3.

*“ Es difícil tomar remedios todos los días dos veces al día, porque yo soy pésima pa' tomar remedios, yo no tomo anticonceptivos por lo mismo” Entrevista 7*

*“ Llevar una vida equilibrada también requiere mucho esfuerzo, como dormir 8 horas, no tomar... Y esta enfermedad igual se te manifiesta a una edad temprana, 20 años, entonces estás preocupado de otras cosas, quizás quieres fumar marihuana, quizás quieres tomar” Entrevista 3*

*“Yo soy muy desorganizado, muy malo para los hábitos. Era desordenado con los remedios, de repente me los saltaba. Ahí hay un tema personal, a mí me cuesta por mi personalidad, no sé si por la enfermedad” Entrevista 6*

## 2.4 Percepción de efectividad del tratamiento

### 2.4.1 Reconocimiento de la efectividad de medicarse

La mayoría de los pacientes adherentes (1, 3, 4, 5, 8, 9 y 11) reconocen la necesidad de medicarse para controlar el trastorno, pues han experimentado los beneficios de este y las consecuencias negativas de abandonar la mediación. Respecto al tema, dos entrevistadas (3 y 4) relataron que la mediación es esencial para mantenerse estables.

*“Si, totalmente, de hecho creo que con la edad he ido adquiriendo esa estabilidad y también adquiriendo la responsabilidad e ir entendiendo que la medicación en mi caso particular es fundamental” Entrevista 3*

*“Ya tanto por repetirme que los medicamentos son mi única salvación de no tener estas crisis y (...) Entonces tengo que hacerlo, es parte de mi vida ya, no me queda otra (...) Y sé que con el tratamiento estoy funcionando no, no al 100 por ciento como me gustaría pero estoy, me levanto hago las cosas, trabajo, voy a hacer clases, igual funcionó como corresponde, entonces siento que funciono bien” Entrevista 4*

*“Las veces en las que he tenido crisis es porque las he dejado anteriormente, entonces estando en las crisis he vuelto a tomarla porque me doy cuenta de que esa es la única alternativa de salir de mis pensamientos negativos. Después con los años entendí que el tratamiento es lo que me hace sentir mejor entonces no lo*

*he dejado y tratamiento de ser lo más constante porque sé que es la mejor alternativa pa mi estabilidad” Entrevista 3*

#### 2.4.2 Disconformidad con la efectividad de medicarse

Algunos entrevistados (2, 3, 6, 7 y 12) relataron que, en su caso, el tratamiento no ha sido totalmente efectivo para sobre llevar de manera satisfactoria el trastorno. Por ejemplo, una paciente que ha dejado la mediación en el pasado (7) señala que la efectividad pasajera de seguir el tratamiento es la principal razón por la que lo abandona.

*“Ya, me dan un remedio, estoy bien una o dos semanas y después tengo que volver al doctor, en lo que el remedio haga efecto pasa otra semana que sigo mal, después el remedio hace efecto , dura dos o tres semanas y después algo nuevo me pasa. Me cuesta porque muchas veces no veo cambios y, es como te comentaba, han pasado exis cantidad de meses y me siento igual y me estoy tomando los remedios todos los días, entonces ¡qué rabia no me los quiero tomar! y esa es la principal razón cuando dejo el tratamiento” Entrevista 7*

Otra paciente (10) que nunca ha adherido al tratamiento, señala que una de las motivaciones para no hacerlo es la creencia de que la medicación entorpece el proceso de control del trastorno.

*“Bueno, puedes empastillar si quieres, pero nunca vas a resolverlo (...) sin poder manifestar tu potencial al máximo como podrías hacerlo si es que no lo hicieras”  
Entrevista 10*

Finalmente, dos de los entrevistados no adherentes (6 y 12) señalaron reconocer algunos beneficios, sin embargo, dada una serie de conflictos con la medicación, esta efectividad no fue suficiente para seguir el tratamiento farmacológico.

*“Y empecé un tratamiento para bipolaridad con litio principalmente. Y si bien, me sentí mejor o me sentí más estable, tampoco sentí que hubiera llegado a una recuperación completa”. Entrevista 6*

### 2.4.3 Dudas sobre efectividad del tratamiento

Algunos entrevistados (4, 5, 9 y 12) relataron haber cuestionado la efectividad del tratamiento tras la emergencia de una crisis estando medicados, lo que puede o no provocar malestar en ellos. Así, se encuentran en una ambivalencia al no saber atribuir este hecho a una falta de efectividad del tratamiento o a causas externas como "situaciones límites", el carácter cíclico del trastorno, etc.

*" (Cuando se está siguiendo bien el tratamiento y aun así se experimentan crisis) me da mucha rabia... Entre lo mío y entre que lo otro que no entiendo por qué me viene. Porque hay veces que me ha pasado que he estado tomado los remedios y siguiendo bien el tratamiento e igual me dan crisis, me dieron. Entonces también me da esa duda de si fue sí o no, totalmente mi responsabilidad o no" Entrevista 4*

*"Sí, tres años y eh una vez que siempre que dejaba los medicamentos no sé si, ya no sé si era por lo medicamentos o por el ciclo no sé, pero me daba una crisis" Entrevista 9*

*"Sí, yo no le busco una causa (a las crisis). Hay veces que hay situaciones límites pero a veces no, quizás tiene que ver con el tratamiento farmacológico y punto, hay que hacer el análisis después del partido" Entrevista 5*

## 2.5 Percepción acerca del proceso de tratamiento y sus efectos secundarios negativos

### 2.5.1 Vivenciar el tratamiento farmacológico con malestar

Si bien para la mayoría de los entrevistados adherir al tratamiento ha implicado vivir o haber vivido con algunos conflictos que les han provocado en ocasiones malestar e incomodidad, para un grupo de entrevistados (4 y 7) el seguir el tratamiento significa vivir constantemente con considerables niveles de malestar y conflicto. Este malestar es producto de una serie de motivaciones para no adherir al tratamiento, que serán explicadas detalladamente en el Anexo 2.

*“ Un gramo de un solo remedio encuentro que es demasiado y tengo que tomar como tres pastillas (...) Me achaca mucho tomarme los remedios” Entrevista 4*

*“ Ehh... no, yo creo que siempre me he sentido igual, como que siempre ha sido una lata, nunca ha sido algo comoo "obvio que me tengo que tomar los remedios si quiero estar bien" (...) Entonces no es como cómodo, nunca es agradable, lo hago porque lo tengo que hacer así como la persona que tiene diabetes, que tiene que estar tomándose una pastilla, cuando se tiene que inyectar, como que lo tiene que hacer pero, pero no estoy así como "¡Wuu!" Entrevista 7*

Por otra parte, tres individuos no adherentes (2, 6 y 12) señalaron que seguir el tratamiento se transformó en un malestar diario que los llevó a buscar otros métodos terapéuticos que tuviesen menos costos y más beneficios.

*“Mmm... con lo que estoy haciendo hoy estoy contento porque los efectos colaterales son positivos, a diferencia del tratamiento farmacológico donde los efectos colaterales eran negativos (...) tenía problemas sexuales, fisiológicos, todo tipo de problemas (...), en cambio ahora, con la actividad física es todo lo contrario. A parte que siento que me hace efecto me arreglo el estado de ánimo, hacer más actividad física, disfrutar del paisaje, conocer gente nueva” Entrevista 6*

2.5.2 Afrontamiento del paciente ante los efectos secundarios negativos del tratamiento.

2.5.2.1 Aceptación del malestar

Si bien los efectos secundarios del tratamiento resultan ser molestos, en ocasiones algunos pacientes (5, 9 y 11) aceptan, se acostumbran y/o esperan que con el tiempo pase el malestar provocado por dichos efectos, específicamente aquellos físicos (temblores, somnolencia, problemas estomacales y sexuales) considerándolos parte de los costos del tratamiento.

*“Lo del tiritón, eso es lo único que me que me da lata, pero, pero estoy igual me los tomo, o sea... o sea tengo que admitir esa parte de mí y quizás en algún momento se quita no se ehh eso” Entrevista 9*

*“Yo creo que va por ahí la cosa, en el fondo el acostumbramiento está asociado a los efectos secundarios como el dolor de guatita, mucho sueño. (...) Acostumbrarme a los dolores de estómago al inicio, acostumbrarse que de repente los estados anímicos si influye con cosa externas y el remedio te las exacerba”*  
Entrevista 11

*“Así como.... o sea no se po... estos remedios tienen a tensionar la parte sexual igual po. Como que todo el mundo tiene una tranca con eso, ya no te satisface tanto, o no satisfaces tanto... ese es el rollo igual (...) ese es un tema, pero pese a todo eso, yo no tranzo, para mí esto es lo más importante”* Entrevista 5

#### 2.5.2.2 Recurrir al médico tratante

Ante la sensación de efectos secundarios, algunos entrevistados (3, 4, 7, 8, 11 y 12) recurren o han recurrido a su médico tratante para solucionar su situación. Cabe señalar que la visita al médico pudo o no dejar conforme y resolver la molestia de los entrevistados. Ante esto, pueden surgir una serie de reacciones ante la inconformidad, tales como recurrir a otro médico tratante, vivir con angustia, etc.

*“Sigo tomando los remedios pero me achaco un montón (...) que los remedios me provocan que esté de repente más gordita, o que con el litio me salían muchas espinillas y ahí lo deje también... y bueno todos los remedios tienen efectos secundarios, eso es lo que más me da lata, de todo esto de los medicamentos (...) Eso, sí, siempre, le digo al doctor "ya po, bájeme las dosis" Pero como estoy bien como te dije antes no quiere cambiar el esquema (...) lata po, porque lo único que yo quiero es quedarme con la mínima dosis de remedio y no se puede po”.*  
Entrevista 4

*“Eeeh, más que nada he tenido episodios depresivos, si los bajones que me han dado (...) ahí me dieron, me aumentaron, me dieron el litio po (...) Me estabilizó bastante”* Entrevista 8

*“El segundo (psiquiatra) (...) no escuchaba mis opiniones sobre las pastillas, me tenía dopada mucho tiempo (...) (si pasara lo mismo) yo creo que a estas alturas de mi vida me cambiaría de psiquiatra” Entrevista 3*

### 2.5.2.3 Abandonar la medicación

Tres de los entrevistados no adherentes (2, 6 y 12) señalaron que una de las motivaciones para abandonar el tratamiento fue el malestar de experimentar una serie de efectos negativos de medicarse.

*“ A mí las pastillas me estaban haciendo ser muy invalidante, cachay entonces no me podía levantar, y entonces yo dije "No, po". Entrevista 2*

Igualmente, una cuarta entrevistada que nunca ha seguido un tratamiento farmacológico, afirmó que el miedo a los efectos negativos de medicarse fue uno de los motivos para no hacerlo.

*“ Ni por, pa mi de repente lo pensé podría pero pensaba en tomar pastillas, pero cuando veía al resto de la gente, a un grupo que ya me salí, de bipolares (...) “que se me está cayendo el pelo, que me hinché, que engordé, oye, pero decía que terrible o sea yo tengo que seguir adelante” Entrevista 10*

## 2.6 Expectativas sobre el tratamiento

### 2.6.1 Ser el mismo de antes o recuperarse del trastorno bipolar

Dos entrevistadas (7 y 12) tienen o han tenido como expectativa que el tratamiento farmacológico les permita volver a ser la misma persona que se era antes del diagnóstico o recuperarse del trastorno. El no cumplimiento de estas expectativas provoca o provocó una sensación de inconformidad con el tratamiento médico y por lo tanto, conflictos con adherir a este.

*“ Eeeh, principalmente como volver a ser la persona que era antes... es que... si pu, o sea no sé porque las veces que, yo siento que si lo he logrado adherir como 100%, pero aún así nunca me he vuelto a sentir como hace 5 años atrás, 6 años*

*atrás, entonces digo "ya, lo podría hacer, pero ¿Pa qué? Como que quien me asegura que voy a ser feliz porque no, yo no me he sentido feliz hace mucho tiempo" Entrevista 7*

*"Los primeros meses yo pensé que se me iba a pasar, pensé que era como tener un resfrío muy largo, entonces yo pensé que si me tomaba las pastillas e iba todos los días a la semana a psicoterapia se me iba a pasar (...) entonces después vi que no se me iba a pasar jamás y las dejé" Entrevista 12*

## 2.6.2 Mitigar eventuales crisis

Se observó que un par de pacientes (1 y 9) consideraban que el tratamiento tenía como fin contribuir a la disminución del número e intensidad de las crisis gatilladas por el trastorno y disminuir la oscilación anímica. Por lo tanto, el tratamiento no asegura que dichas crisis no vuelvan a experimentarse en algún momento.

*" Es que se nota, o sea los remedios son anticrisis, anti todo eso porque cuando no se deja de tomar los remedios le vienen las crisis y después se vuelve a tomar los remedios y la crisis se apacigua se... uno se calma, se tranquiliza entonces yo me he dado cuenta que por ejemplo me pasa mucho que me dan hipomanías, entonces yo digo que sería de esa hipomanía si no me tomo los remedios, sería una manía (...) yo sé que los remedios no son como la panacea del problema, de la cuestión sino que son una cuestión que estabiliza o baja un poco o sube un poco, entonces las pequeñas hipomanías que tengo no son manías gracias a los remedios." Entrevista 9*

*"Claro, claro que sí, el tratamiento ayuda, pero nuncaa va a ser efectivo, ¿cachay?, porque mira, yo tengo una teoría que es como la música, tú cachay que la música son ondas, todo sonido son ondas, pa arriba y pa abajo, eh, la idea es que uno vaya así (más estable), no que vaya así (oscilando), y lo que yo creo que los remedios hacen es que tú vai así, y los remedios te cortan, te cortan parte de la frecuencia como se dice, no se si me logro hacer entender. Ya, imagínate que va así, acá está el punto bajo y acá el punto de arriba, ¿ya? Lo que hacen los*

*remedios es que como que te comprimen un poco eso pa que tú en teoría estis más estable” Entrevista 1*

### 2.6.3 Medicarse como una herramienta no suficiente para evitar crisis

Algunos pacientes (3, 4, 8 y 11) consideran que hay una multiplicidad de factores que influyen en la mantención de su estabilidad anímica, por lo que las crisis experimentadas estando medicados no necesariamente se explican por la falta de efectividad del tratamiento, sino más bien a agentes externos como conflictos con otros, la cualidad refractaria del trastorno, los rasgos propios de su personalidad, el azar, el descuido de mantener hábitos saludables, etc. En ese sentido, las expectativas sobre el tratamiento son menores.

“ (Sobre la emergencia de crisis estando medicada) puede ser algún trastorno externo (...) que haya tenido una pelea (...) como agentes externos” Entrevista 3

“Quee, que igual paso por bajones en determinadas épocas del año po, por ejemplo en invierno yo sé que me va a dar un bajón porqueee me da pena el invierno, no me gusta la lluvia, es algo, puedo ser algo mío, algo que a mí no me gusta y por eso me dan los bajones” Entrevista 8

“Yyy, y otras (crisis) que quizás han sido por motivos más personales, por cosas más privadas” Entrevista 1

“Por ejemplo, si me llego la regla, dormí mal y termine con el pololo, eso va a ser algo que va a ser físico, va a estar también generado por la bipo, pero no va a ser generado por los remedios, va a ser generado porque yo no cuide el cuerpo, y eso no es parte de mi personalidad, es parte de eventos externos de una u otra forma (...) Si te dicen duerme a tal hora y tú pasas de largo con los remedios te vas a sentir mal igual, te va a venir una fuga de ideas, y ahí quedaste” Entrevista 11

“Soy refractario (...) entonces los remedios me dejan de hacer efecto y tengo que empezar con un nuevo tratamiento. En eso, cuando deja de hacer efecto los remedios ahí normalmente caigo en crisis, en los inviernos, por lo menos una vez

estoy así como una semana, dos semanas, que no me puedo levantar de la cama, en inviernos” Entrevista 1

### 3. Vivencias y creencias respecto a las experiencias de estigmatización

#### 3.1 Presencia de experiencias de discriminación

##### 3.1.1 Estigmatización de familia ante el diagnóstico del individuo

###### 3.1.1.1 Ocultar a los demás o ignorar el diagnóstico del individuo

Dos pacientes (1 y 4) señalaron ser o haber sido estigmatizados por sus familiares. Por una parte, a una paciente le fue indicado mentir a los demás sobre su diagnóstico para justificar sus ausencias durante una crisis, mientras que otro afirma que en su familia no se habla sobre su diagnóstico al considerarse un tema “tabú” por la connotación negativa que se le da al trastorno bipolar.

*“En la casa mi mama me hacía mentir en el colegio que yo tenía neumonía y por eso faltaba y era como bien escondido todo porque no se sabía mucho de esto, era como bien extraño, entonces fue súper duro para mi asumir esta enfermedad”  
Entrevista 4*

*“Yo me crié con la familia de mi mamá (...) y no se habla, no se habla del tema de la bipolaridad. Pero a ellos si po, entonces " ay, que no se habla, es un tema como delicado" (...) porque existe un tema social por esto po, es como la gente que, es como los políticos, los políticos, si tú teni un tío que es político al tiro te van a rechazar, es como un tema tabú (...) Pero yo creo que es por eso, simplemente como que... no se habla, nunca lo he hablado, nunca lo he hablado” Entrevista 1*

###### 3.1.1.2 Tratar de forma distinta al individuo por su diagnóstico

Algunos entrevistados (1, 9 y 12) señalaron sentir que eran tratados por sus cercanos de una manera distinta a los demás, pues han notado que son sobre protegidos o sus cercanos filtran su trato hacia ellos, los miran con lástima o los catalogan de “locos”.

*“Siento que son sobre protectores no me dejan ir a ciertos lados, me tratan de una forma no normal (...) y mi tío dijo “ay al Juan siempre dicen que no le diga nada” y cuestiones así (...) me di cuenta de que a mi familia se le había dicho que me tienen que tratar bien entonces eso es otra forma” Entrevista 9*

*“A algunas personas yo los miraba y me miraban con cara de pobrecito, todas esas cosas como que, pero como todas las familias no son perfectas” Entrevista 1*

*“ (Mi familia) no sabe cómo tratarme, solo dicen que estoy loca”. Entrevista 12*

### 3.1.2 Estigmatización del círculo social ante el diagnóstico de individuo

#### 3.1.2.1 Alejamiento de otros como reacción al diagnóstico del individuo

Dos entrevistados (1 y 9) señalaron percibir el alejamiento de personas de su círculo al tacharlo de “loco” tras observar su comportamiento producto de la emergencia de una crisis o por el solo hecho de tener el diagnóstico de trastorno bipolar.

Cabe mencionar que la mayoría de los entrevistados aluden que el alejamiento de otros es provocado por los conflictos que se dan como consecuencia del cambio de actitud del paciente durante la aparición de los síntomas o de una crisis provocada por el trastorno, más que por la discriminación de tener un trastorno psiquiátrico.

*“Pero lo que si me ha afectado son los compañeros que son muy incomprensivos, porque cuando pasa todo esto nadie sabe lo que uno tiene, te tachan de loco, de freak, muy distinto que cuando uno le cuenta a un amigo lo que uno tiene, pero cuando uno está en la euforia así todos rechazan” Entrevista 9*

*“O sea algunos amigos me apoyaron y otros netamente me dieron la espalda, así como, “No, no puede ser este weon, no, no nos juntemos con este weon porque es bipolar” Pero amigos te estoy hablando, no conocidos te estoy hablando, amigos cercanos. Y por eso me quedé con pocos amigos” Entrevista 1*

#### 3.1.2.2 Experimentar burlas o poco entendimiento sobre condición del individuo

Al ser interrogados sobre sus vivencias de estigmatización, dos pacientes (6 y 7) señalaron sentirse afectados por la estigmatización al haber percibido las burlas de otros por estar conectado al diagnóstico o el poco entendimiento de su condición que llevó a la culpabilización hacia el individuo por las consecuencias de sus crisis.

*“Si claro, (he sufrido experiencias de discriminación) bueno, por un lado está el tema de la incomprensión, que es horrible. Es doloroso cuando la gente no entiende que tu estas enfermo, que tienes un problema y no es que seas negativo... evidentemente una persona que está pasando por una depresión o en crisis es tóxica, se contagia, pero el problema es que te culpan por eso” Entrevista 6*

*“Mi mejor amiga eeh, es como siempre las personas más más cercanas, y cuando una vez le conté, como que se enteró una amiga que mi papa era bipolar, ni siquiera yo, que mi papá, como que después supe que estaba molestándome y eso que era amiga mía” Entrevista 7*

### 3.1.3 Ausencia de experiencias de estigmatización

Algunos entrevistados (3, 5, 8 y 10) afirmaron no haber sufrido experiencias de discriminación al dar a conocer su diagnóstico a los demás. De todas formas, declararon tomar en cuenta el mencionar el diagnóstico en un ambiente protegido donde esperaban ser acogidos por personas consideradas cercanas como amistades, profesores, jefes, etc.

*“En el ramo ese de habilidades sociales que te dije... lo conté porque la profe era psicóloga y se dio cuanta sola (...) Me contó que ella había tenido como hartos pacientes, ella es psicóloga clínica (...) que tenía hartos pacientes con trastorno bipolar y hacían terapias grupales” Entrevista 8*

*“Yo les explicaba que yo estaba en tratamiento pero no medicada y la jefa era tan buena onda que me dijo “no tranqui, yo veo que haces bien tu trabajo, porque me querían harto en ese trabajo, mucho”. Entrevista 10*

*“Putá sí, tengo hartos amigos muy cercanos (...), nadie se alejó (al saber diagnóstico)” Entrevista 5*

### 3.2 Nivel de acuerdo ante visión estigmatizadora del trastorno

#### 3.2.1 Desacuerdo con visión estigmatizadora respecto a sí mismos

La mayoría de los entrevistados (3, 4, 5, 7, 8, 9, 10 y 11), afirma que la visión estigmatizadora que tiene la sociedad no coincide con la visión que tienen de sí mismos. De esta forma, no se sienten definidos por tener un trastorno con las cualidades que se le atribuyen (libertinos, anormales, etc.), sino por una serie de cualidades personales positivas (amabilidad, inteligencia, etc.).

*“Cuando no pololeaba con el Cristian, obviamente salía con más gente, tenía amigos, pero nunca así como libertinaje, como nos describen (...) ¡yo no me siento así! (...) Es que yo encuentro que es solo una condición, noo, yo no voy a cambiar mis valores o como a mí me criaron porque tengo esta condición po (...) soy igual que todos los demás, que no me tengo que sentir diferente y que es algo que se trata po, mientras tenga cura, jáa. No me siento diferente a los demás” Entrevista 8*

*“La bipolaridad no tiene nada que ver en mi definición como persona ¿cachai?... entonces eso no tiene nada que ver con quien soy yo creo que soy una persona amable, inteligente que se puede dedicar a ciertas cosas eh y eso me define cosas positivas”. Entrevista 9*

#### 3.2.2 Acuerdo en situaciones de descompensación

Si bien los entrevistados dijeron no están de acuerdo con la visión estigmatizadora de la sociedad acerca del trastorno, algunos (1, 3, 4, 6, 8, 10, 11 y 12) destacaron que en la medida que estén estables, sigan un tratamiento y tengan las herramientas para sobre llevar su condición están en igualdad de condiciones que el resto, o que sus capacidades cognitivas y sociales no serán diferentes a quienes no tienen su diagnóstico.

*“Yo sientooo que no somos bicho raro, por ejemplo yo ahora, no see como estaría sin las pastillas pero me siento súper controlada” Entrevista 8*

*“No hay que generalizar (...) yo conozco gente con trastorno bipolar que ha salido adelante, que tiene una carrera, que tiene una estabilidad económica, una relación, una familia, que le ha costado un poco pero yo pienso que tiene mucho que ver con las herramientas que tu manejas, también el manejar la enfermedad tiene que ver con la capacidad del manejo de las emociones eh primero tener las herramientas adecuadas para lidiar con eso” Entrevista 10*

*“Tengo proyectos de irme a extranjero, buscar pega que me encanta y no detestar mi trabajo, tener un mino que me quiera (...) Si esto se lleva bien no hay problema, no debería ser un limitante, ni horrible. Puede ser limitante si no tomái las responsabilidades del caso pero ahí va en cada uno” Entrevista 11*

### 3.2.3 Acuerdo con ciertas limitaciones del trastorno

Algunos entrevistados (1, 7 y 9) señalaron sentirse menos capacitados respecto a su funcionamiento laboral y emocional, por lo que debieron abandonar proyectos, reajustar sus expectativas, limitar sus oportunidades laborales, etc. Sin embargo, en el discurso de estos pacientes no se pudo determinar con claridad si estas vivencias subjetivas tenían relación con la auto estigmatización o con el reconocimiento del impacto que el trastorno bipolar ha tenido en sus vidas.

*“Pa mí la práctica fue muy difícil, de hecho yo tuve que congelar el primer año de práctica porque yo no podía atender pacientes, porque yo decía "no puede ser que yo", porque a mí la bipolaridad casi siempre me agarra como pa abajo (...) ¿entonces cómo puedo atender a un paciente que me viene a decir que está mal si yo lo único que estoy pensando por dentro es "oye, yo también estoy mal, mi vida es peor” Entrevista 7*

*“Estoy en desacuerdo con esa visión (...) pero hay ciertas cosas que si es verdad de lo que dicen, como " este no es estable, este no es una persona estable" y es la verdad, yo no soy una persona estable, ¿cachay? o sea, como como como ser humano que tiene bipolaridad trae inestabilidad y es verdad eso” Entrevista 1*

*“Para mí un bipolar debiera estar haciendo algo que sea muy sencillo, no tratar de... no estresarse mucho, cosas así porque un bipolar digamos de la magnitud que tiene mi bipolaridad, que es como muy severa igual, entonces yo creo que esas personas deberían estar en sus casas no más, la enfermedad debiera tratarse así, en sus casas, haciendo talleres y cosas así y no tratando de... no tener un objetivo tan ambicioso o no ambicioso. Entrevista 9*

*“Mi vida laboral me ha costado ehha encontrar trabajos donde yo me sienta cómoda. Me cuesta permanecer en trabajos (...) entonces yo me cuido mucho a donde postulo o qué trabajo soy capaces de tomar o cuánto soy de tomar, soy capaz de tomar. Porque sí siento que si tomo un mal trabajo caigo en depresión y me ha pasado (...) es limitante, me limita en el espectro de trabajos que puedo tomar (...) me quita un espectro de postulación de trabajo” Entrevista 3*

### 3.3 Mecanismos de afrontamiento ante posibles experiencias de discriminación

#### 3.3.1 No ocultar el diagnóstico ni tratamiento a los demás

Respecto a cómo se comportan los entrevistados frente a situaciones en las que están expuestos a que otros sepan del diagnóstico y puedan sufrir experiencias de discriminación, algunos entrevistados (6 y 8) señalaron no tener conflictos en dar a conocer su diagnóstico a los demás o medicarse frente a otros. Las razones de esta actitud no fueron indagadas en profundidad.

*“Sí, si no me da vergüenza (decir a otros el diagnóstico) (...) No tengo ningún problema con tomarme los remedio (ríe) Y yo me tomo los remedios en frente de ellos po (amigos) (...) si me preguntan les respondo” Entrevista 8*

*“Sí, yo con eso soy súper abierto (sobre contar mi diagnóstico)... no es mi carta de presentación, pero si por alguna razón surge el tema no le hago el quite”*

*Entrevista 6*

### 3.3.2 Ocultar el diagnóstico y tratamiento a los demás

La mitad de los entrevistados (1, 3, 4, 5, 7 y 12) deciden no informar a otros su diagnóstico y/o mienten sobre los medicamentos que consumen, los retrasan o no se medican frente a otros. Este mecanismo es motivado, más que por una visión auto estigmatizante, por la necesidad de protegerse de posibles experiencias de estigmatización y discriminación y así no ser afectados en el ámbito laboral y social.

*“ O sea claro es que es como todo secreto, para mí que alguien se entere de esto... menos en el trabajo, o sea nadie quiere contratar a alguien que tenga una enfermedad así tan oscilante y con nuevas parejas que he tenido, amigos, evito contarle esto porque es para asustarse, o sea no la gente no comprende mucho”*

*Entrevista 4.*

*“No, no no, lo que pasa es que, como que siento que, como que me van a juzgar. Entonces como que, no me gusta eso, de hecho yo tengo un amigo que es bipolar yy, y él se casó y su señora no sabe que él es bipolar po ¿cachay? Hay una cosa que es como media fuerte, como discriminatoria o sea al que tiene la enfermedad ¿cachay?, entonces por eso mismo como que no lo cuento (...) La verdad es que lo evito, me da como vergüenza (tomarse los remedios frente a otros) (...) ¡Me voy po! o sea voy al baño, voy a la cocina, me tomo un vaso de agua y me tomo los remedios. Si pero en frente de todos, no, no lo hago”* Entrevista 1

*“Ahora sí, yo igual digo "pucha si lo cuento obviamente me van a ver de otra forma", ¿cachay? (...) no me gusta como exponerme, yo soy como muy bajo perfil, en es, en ese tipo de cosas. Pero yo creo que es por eso más que nada”*

*Entrevista 2*

### 3.3.3 Informar sobre su diagnóstico y tratamiento a los demás

Otra estrategia de algunos entrevistados (9 y 10) para protegerse de posibles experiencias de discriminación es informar sobre su diagnóstico a los demás para que estos puedan comprender su comportamiento ante una eventual crisis y/o asegurar a otros que eso no interferirá en su funcionamiento.

*“ Yo siempre que tengo un amigo cercano le cuento cual es mi condición , porque me ha pasado muchas veces que por las euforias agresivas que tengo eh he alejado amigos, entonces yo les cuento eso pa que no vaya a pasar de nuevo, que pa que entiendan que de repente me pasa eso y yo ando agresivo” Entrevista 9*

*“Entonces un día andaba como en esos días como malos que me sentía como muy como sin ganas así como ganas de nada y yo le dije “si usted algún día me ve como apática le dije yo y como que no pesco mucho o ando media irritable no lo tome como a personal, yo te quiero contar algo mira tengo un problema le dije yo pero yo lo sé llevar, yo sé manejar, entonces no se preocupe porque yo voy a cumplir igual yo aunque me quiera morir” le dije yo, “voy a llegar a trabajar igual si usted que yo llevo”. Entrevista 10*

### 3.3.4 Tomar un rol activo frente a la estigmatización

Una gran cantidad de entrevistados (3, 4, 5, 6, 7, 8, 10 y 12) señala que ante la vivencia de posibles experiencias de estigmatización y discriminación, desean ser entes activos que puedan generar un cambio en la visión negativa que otros tienen del trastorno bipolar.

Por ejemplo, desde el anonimato, dos pacientes (3 y 7) consideran que deben educar a los demás sobre el trastorno si escuchan comentarios estigmatizantes de parte de otros.

*“ Siento que es una tarea que debemos hacer nosotros como pacientes, creo que hay mucha estigmatización pero nosotros como gente con el trastorno bipolar creo que tenemos una responsabilidad de darnos a entender y dar a conocer que la*

*enfermedad no es como se presenta. Yo por ejemplo tengo un blog donde yo he estado leyendo y quiero demostrar que como he estado en mis periodos bajos también he estado en mis buenos periodos” Entrevista 3*

*“Cuando sale el tema de ese actor o esa actriz o lo que sea, yo siempre digo como “ ¡él es bipolar!” así como para que vean que, no sé, por ejemplo Catherine Zeta Jones [...] ella no es conocida por ser alguien que polémica, tan maníaca o depresiva que deja la embarrá, ¡no!, ella es conocida por ser una muy buena actriz [...] y con eso yo siento que es como una pequeña contribución como para que la gente se dé cuenta de que ser bipolar no es algo como necesariamente negativo” Entrevista 7*

Otros (4, 5, 8 y 10) señalan que la forma de enfrentar estas experiencias es demostrar a los otros que la visión estigmatizante del trastorno no se aplica a ellos, aun teniendo el diagnóstico.

*“Pero si ellos ven que tú eres una persona responsable que le pone ganas a las cosas, y no anda llorando por la vida, porque uno tiende a auto victimizarse mucho (...) (diría) que es una persona que no me conoce, no me conoce no sabe quién soy eso que lo miraría así como... “bueno será tu opinión pero no la mía o sea no me conoces, no sabes mi historia’, no puedes opinar por alguien opinando desde el prejuicio que tiene un concepto muy básico y muy limitado una opinión muy sesgada y basada en la ignorancia absoluta” Entrevista 10*

*“Le diría, puta weon mírame, onda, termine el colegio bien la u también, tengo amigos, hago las mismas weas que tu pero tengo que tomar remedios todos los días, la única diferencia” Entrevista 5*

#### 4. Vivencias y creencias respecto a las experiencias de apoyo social

##### 4.1 Apoyo de otros en vivencia del diagnóstico y tratamiento del paciente

##### 4.1.1 Influencia positiva del apoyo social en el curso del trastorno del individuo

Si bien algunos individuos señalan que en un principio no recibieron apoyo por parte de su círculo cercano, ya sea por la falta de contención emocional o por el alejamiento de amigos, actualmente todos los entrevistados relatan tener una red de apoyo compuesto por familia y/o amigos.

El tipo de apoyo que este círculo ejerce sobre el individuo es el monitoreo y retroalimentación de sus estados de ánimo y del tratamiento, la comprensión y aceptación de éstos, la no estigmatización y el acompañamiento y movilización al paciente para la realización de actividades en episodios depresivos.

Cabe mencionar que el apoyo económico de la familia y la entrega de consejos de su círculo de amigos y/o pareja son tipos de apoyo que diferencian a estos dos grupos.

*“ Eh de mi círculo más cercano, que son las personas con las que vivo, que son dos amigas y mi esposo, la no estigmatización, y el no tratarme como de loca, si no aceptar mis ciclos es lo que más me ha ayudado. Y la preocupación más externa de la familia con la que no vivo de mi ánimo” Entrevista 3*

*“Tengo a mi familia que está súper presente y tengo poquitas amigas que me apoyan y que conocen todo de mí, que están pendientes cómo estoy y me van aconsejando y los tengo cerca y eso pero bien pequeño el círculo de apoyo, súper pequeño” Entrevista 4*

*“Sii, como de los factores aparte del tratamiento y sacarme el rollo el apoyo de mis amigos ha sido fundamental... Cuando estaba en plena crisis, cuando estaba deprimido como tres semanas mis amigos van a sacarme de la pieza y dicen “yapo, salgamos no podi estar así toda la vida, esta noche salimos”. Entrevista 5*

#### 4.1.2 Conflictos familiares que provocan malestar en el individuo

Un grupo de entrevistados (1, 3, 6, 8, 9 y 10) señaló que los conflictos familiares y la actitud de sus cercanos respecto al trastorno y tratamiento ha afectado la forma en la estos que sobre llevan su condición, provocando en algunos la emergencia de crisis. Es decir, que la percepción de un trato diferencial de la familia por tener un trastorno, la restricción de ciertos hábitos como modo de cuidado, las discusiones, la falta de apoyo

emocional y comprensión, resultan en la incomodidad de ser vistos como personas enfermas, sentirse amenazados en sus decisiones personales, desánimo, la dificultad para la aceptación del diagnóstico, etc.

*“Ya, mi mamá al principio no me entendía nada nada nada. (...) me iban a seguir dando bajones por ella, que no la quería pescar (...) como el dos mil quince ahí, sentí de nuevo el apoyo” Entrevista 8*

*“(Hubiese esperado) más involucración de mi familia, por ejemplo que hubieran participado en las sesiones con los psiquiatras. Ha sido malo, yo en estos momentos estoy pasando por una crisis por lo mismo” Entrevista 6*

*“No... no mi mamá tiene, no es madura pa ná (...) Es una persona que es conflictiva... eso. Tiene sus defecto, eh, son defectos que, bueno la verdad, a mí me afectan mucho por el tema del estrés en la enfermedad, ¿cachay? (...), por ejemplo, de repente estoy al límite de caerme al hoyo y tengo una discusión con, con mi madre, y y me caigo al hoyo, ¿cachay?” Entrevista 1*

*“Entonces mucha sobreprotección en un principio y claro yo salía todo los...en ese tiempo yo salía a fiestas todos los fin de semanas y después deje de ir porque no me dejaban, me sobreprotegieron mucho por mucho tiempo, de hecho hasta el año pasado no me dejaban salir y ahora recién estoy... como salgo tan poco que me dejan pero siempre ha sido un problema la sobreprotección” Entrevista 9*

4.1.3 Apoyo social como facilitador de la adherencia al tratamiento farmacológico en el individuo

4.1.3.1 Exigir la toma de medicación

En ciertos casos, los entrevistados (4, 8, 9 y 11) afirman que su familia contribuye a su adherencia al exigir la toma de la medicación. Sin embargo, la percepción de que la exigencia de medicarse es una contribución positiva para adherir no está presente en todos los entrevistados, de hecho, podría convertirse en un obstructor a la adherencia para otros.

*“Porque bueno es que, aparte que siempre tengo el apoyo digamos (...) de mi mamá que dice “ya po, tómate los remedios” Entrevista 4*

*“ No lo dejo, no es que siento una presión muy grande de mis papas que me hacen tomarme los remedios... tengo la presión de mis papas y todo (...) pero lo hago por voluntad propia” Entrevista 9*

*“Mira, es que piensa que yo al principio estuve en mi casa, los grandes cambios se ven como familia como total, si yo me empiezo a sentir mal y digo “esta wea no va a terminar y voy a estar pegada toda mi vida y todo el tema” y eso es porque se están acostumbrando a un remedio y no se ven cambios y todos los meses hay que estar subiendo de a poquito obvio que te desesperai (...) pero no dejé la medicación porque mis papas, estuvieron muy encima (...) mis papas fueron importantes, mi hermano también, mi familia fue muy importante dentro de todo el proceso” Entrevista 11*

#### 4.1.3.2 Administrar la medicación

Para dos entrevistadas (4 y 12), el apoyo de sus familiares durante y posterior a una internación, resultó importante para su adherencia al tratamiento farmacológico, ya que estos se transformaron en los administradores de la medicación al paciente.

*“ La última internación mi mama como que tomó la determinación de que yo me las tengo que tomar o sea que ella me los tiene que dar en la mañana y en la noche y estuvo siendo como actuando como mi enfermera por decirlo” Entrevista 4*

*“ Después de esa semana me empecé a quedar con mi abuela que vive como al frente, me iba a dejar mi papa, y ella me daba las pastillas, me decía que me tenía que ir a dormir la siesta después de comer con ella y todas esas cosas” Entrevista 12*

#### 4.1.3.3 Estar atento a la toma de la medicación

Algunos pacientes (3, 4, 5 y 9) afirmaron sentir la ayuda de sus cercanos para adherir al tratamiento farmacológico al monitorear y recordarle la compra o la toma de sus fármacos.

*“ O sea como no, hay veces que, ahora está mi mama a cargo me ayuda con mis remedios como recordándolo” Entrevista 4*

*“ Mi abuela paterna, que ella siempre dentro de su ignorancia me pregunta si me tomo las pastillas” Entrevista 3*

*“Mi mama siento que a su manera se preocupa, y me acuerda de comprar los remedios cuando se acaban, a su manera se preocupa”. Entrevista 5*

#### 4.1.3.4 Costear la medicación

Casi la mitad de los entrevistados (2, 3, 7, 8, 11 y 12) señalaron que reciben apoyo económico por parte de sus familias, lo que posibilita o facilita el costeo de su tratamiento farmacológico. De otra forma, algunos de ellos no podrían acceder al tratamiento, teniendo que abandonar forzosamente la medicación.

*“ No, es solamente lo monetario, eso si no puedo decir na, porque los remedios son carísimos, o sea me gasto 50.000 pesos en cada caja de cualquier remedio, y me dan a veces cuatro remedios al mes entonces yo he calculado gastarme hasta 200.000 pesos solo en remedios, sin contar los otros 200.000 pesos en psicólogo, en psiquiatra, pero mi papá en eso si me apoya” Entrevista 7*

*“Que te compren los remedios, te ayudan económicamente, porque yo no podría solventar ahora todo lo que tengo de gastos ¿cachay” Entrevista 11*

#### 4.1.3.5 Dar cuenta de efectos negativos de dejar medicación

Una paciente (7) señaló que su círculo cercano contribuye de manera indirecta a su adherencia al alertarle que su estado emocional ha empeorado en momentos en los que ha abandonado el tratamiento, por lo que ella logra atribuir ese estado al abandono de la medicación, lo que la lleva a considerar que es necesario retomarla.

*“ Eeeeh, si los dejo, así como al principio no siento ninguna diferencia, es como "ah, yo sabía que no me los tenía que seguir tomándomelos, si estoy igual (...) ya no subo de ánimo con nada, y ahí ya como que no puedo ocultarlo, la gente se empieza a preocupar, todos mis amigos me empiezan a decir "oye, ¿estai bien?" y es como "no quiero esto, y ya no lo estoy pasando bien " (...) ahí me doy cuenta (...) es como una alarma (...) ahí es como "si, en realidad si, quizás es por los remedios y tengo que tomármelos" Entrevista 7*

4.1.4 Círculo cercano como obstructor a la adherencia al tratamiento farmacológico en el individuo

4.1.4.1 Reactancia del individuo ante la atención y exigencia de círculo cercano para que se medique.

Dos pacientes (7 y 9) señalaron que el hecho de que su círculo cercano estuviese pendiente o exigiera la toma de su mediación generó en ellos una actitud de rechazo al tratamiento por el sentimiento de reactancia resultante de la presión de otros.

*“ Al principio, cuando lo tenía mucho menos asumido, ahí si me enojaba demasiado cuando me hacían esos comentarios sobre si me tome las pastillas, etcétera y casi por venganza al final me las dejaba de tomar para demostrar que no tenía nada que ver. Así que si, ahí no me favorecía nada al tratamiento que me hicieran esos comentarios (...) Pero aún me molesta mucho cualquier tipo de comentario que me hacen referente a mi tratamiento, me pongo a la defensiva” Entrevista 7*

*“ Yo vivía donde mis abuelos por parte de mi papá y fue él a la casa para tratar de convencerme de que me tomara los remedios, fue mi mamá, fueron todos a la casa de mis abuelos a decirme que me tomara los remedios, entonces eso, yo estuve mucho tiempo con la presión de mi familia de tomármelos y yo por mi mismo no quería tomármelos” Entrevista 9*

4.1.4.2 Desacuerdo del círculo cercano ante la medicación del paciente

La reacción inicial de algunos familiares o amigos de algunos entrevistados (1, 2, 3, 4, 5, 8 y 9) ante la posibilidad del paciente de medicarse fue de desaprobación y debate, al no estar de acuerdo con la efectividad del tratamiento y/o con la veracidad del diagnóstico, o el poco entendimiento que se tenía acerca de este.

Esto generó en algunos una reacción de defensa de su tratamiento (5, 8, 9 y 11), pero para otros (1, 2, 3 y 4) significó la generación de conflictos con la mediación respecto a su necesidad y en algunos casos, su posterior abandono.

*“No quería que yo tomara pastillas (...), es que él no creía en las pastillas... eso me explicaba él, que él no creía en el tratamiento farmacológico (...) Le dije que yo no podía, que quizás iba a llegar un tiempo en que no necesitara las pastillas pero que yo sentía que las necesitaba, que necesitaba tomarlas ” Entrevista 8*

*“Pero un amigo me dijo puta, ¿y necesitai los remedios? ¿Y si no te los tomái? Onda, yo decía lo tengo que hacer nomas, sería idiota si no me los tomo (...) tuve una postura de defender mi tratamiento” Entrevista 5*

*“Muchas veces el tema de las pastillas lo dejé por, no por ellos, pero si porque eem, ellos no creían entonces igual yo dudaba, pero a la vez me seguía sintiendo mal, o sea como que viví esa como dicotomía de decir " weón, ya quizás no lo tengo, ah, pero igual me siento mal igual" Entrevista 2*

Cabe destacar que el desacuerdo del círculo cercano se modificó con el tiempo, por lo que actualmente estos respetan o aceptan la decisión del paciente de medicarse.

*‘Eh si, si he recibido críticas y es desagradable y doloroso, porque por ejemplo me paso con un amigo que se llama Daniel al inicio, eh, él no entendía por qué me medicaba y decía “ah, no, ¿por qué esto ?”, lo bueno es que el estudio química farmacéutica y entonces después se puso a buscar y entendía los medicamentos, los componentes y decía “aah, esto no es tan así como era” Entrevista 11*

*“Igual, hubo un (novio), que no quería que yo tomara pastillas, que no me medicara... pero después me apoyó” Entrevista 8*

## 5. Vivencias y creencias de los entrevistados respecto a la relación con el equipo médico y sistema de salud

### 5.1 Percepción de relación con equipo médico

#### 5.1.1 Actitud de escucha del médico tratante

##### 5.1.1.1 No escucha por parte del médico tratante

Tres entrevistados (2, 3 y 12) señalaron no haberse sentido comprendidos ni escuchados por algunos de sus médicos tratantes respecto a la percepción de efectos secundarios de la mediación, dudas y comentarios sobre el tratamiento, etc. por lo que en esos momentos debieron vivir con malestar el tratamiento.

*“Pero he tenido la mala suerte de que las veces en las que he ido al psiquiatra me han recetado quetiapina, ¿cachay? (...) No sé, yo tomaba quetiapina y para mí era una pata en el cerebro... y puta, intentaba decirle a los médicos pero todos me decían. No, es que tenís que tomarla porque bla bla... y era como " ¡no puedo!" (...) son súper cuadrados” Entrevista 2*

*“El segundo probó mucho tiempo conmigo, no escuchaba mis opiniones sobre las pastillas y me tenía dopada mucho tiempo” Entrevista 3*

*“Yo les quería contar algo, y siempre decían que habían minutos limitados, en cambio la otra doctora no, siempre me escuchaba, y los otros no. Entonces nunca logré tener una conexión con ellos” Entrevista 12*

##### 5.1.1.2 Escucha activa por parte del médico tratante.

Algunos entrevistados (3,7, 8 y 12) señalaron sentir o haberse sentido escuchados por algunos profesionales que visitaron en relación a sus vivencias diarias y evaluaciones del tratamiento.

*“A mí me da miedo volver a estar así de dopada, pero mi siquiatra en este instante escucha mucho mis opiniones y tiene muy en claro qué son las cosas que yo quiero y me respeta eso” Entrevista 3*

*“ El psiquiatra de niños era amoroso, siempre le importaba saber que había hecho toda la semana, de la familia, tareas. Todo lo quería saber y lo escribía (...) yo sentía que ella si me resolvía todas las dudas” Entrevista 12*

## 5.1.2 Nivel de confianza en el médico tratante

### 5.1.2.1 Confianza en el médico tratante.

Un grupo de entrevistados (1, 4, 7 y 8) ha señalado que ante la sensación de efectos secundarios o falta de efectividad del tratamiento farmacológico recurren a su médico tratante para solucionar sus conflictos y cumplen con las indicaciones dadas por este. De estos relatos podría inferirse que hay un sentimiento de confianza por parte del paciente hacia el profesional de salud.

*“Si tengo que hacer alguna cuestión la hago, si me tengo que internar me interno, eeh, yo, lo que la psiquiatra dice lo hago” Entrevista 1*

*“Es algo que me gustaría que pasara que fuera menos dosis de remedios, como que ir bajando según lo que yo esté progresando ir bajando dosis, pero todavía eso no ha sucedido (...) Eso, sí, siempre, le digo al doctor "ya po, bájeme las dosis" Pero como estoy bien como te dije antes no quiere cambiar el esquema (...) lo único que yo quiero es quedarme con la mínima dosis de remedio y no se puede po” Entrevista 4*

*“Sii, yo creo que los medicamentos no me estaban funcionando por eso iba al psiquiatra, pa ver, que me los ajustara (...) ahí cambió porque sentía que me ayudaban” Entrevista 8*

*“Claro, si, como que ahí me empiezo a dar cuenta y, y son, y se empiezan a sumar muchos síntomas al mismo tiempo, yo digo "ya, algo raro está pasando,*

*tengo que llamar a mi psiquiatra", voy, y me dice "si, efectivamente estás pasando por un periodo de cambio anímico" y me cambia los remedios" Entrevista 7*

#### 5.1.2.2 Desconfianza en el médico tratante

Otros entrevistados (6, 8, 10 y 12) no han confiado en algunos de sus médicos tratantes por la sensación de que el tratamiento no es efectivo o porque no resuelve las molestias gatilladas por los efectos adversos de este. Ante esto, se cambian de profesional, dejan de asistir a la consulta o abandonan el tratamiento.

*" Que hubo un tiempo en que no lo sentí, sentí que no me estaba haciendo nada y por eso me cambie de psiquiatra que me recomendaron acá en Santiago. Yo me trataba en Rancagua y tenía que viajar todos los sábados o los viernes en la tarde con una psicóloga" Entrevista 8*

*" Es que en mi experiencia, resulta difícil encontrar un tratante que te de confianza. Yo pasé por varios y estoy bastante decepcionado de la mayoría. (...) después de haberme tratado con 7 siquiabras y que me fuera mal, mi nivel de confianza era muy malo (...) o sea claro (acudía al psiquiatra tras efectos secundarios de la medicación), si me lo cambiaban a cada rato, y lo seguía pasando pésimo" Entrevista 6*

*" Entonces pase como muchas muchas cosas y al final cobre bonos prestados para un psiquiatra y tampoco me gustaba mucho...trataba pero no era como sentía que no me llevo a ningún lado contaba la misma historia de nuevo a uno y al otro y al otro no sé cuánto tiempo fue pero fueron varios meses" Entrevista 10*

### 5.2 Percepción de sistema de salud mental

#### 5.2.1 Descontento con la metodología psiquiátrica

Para dos pacientes no adherentes (6 y 12) la metodología psiquiátrica de ensayo y error para prescribir un tratamiento farmacológico y la falta de confiabilidad en el criterio

utilizado para diagnosticar el trastorno lleva a desconfiar de la veracidad del diagnóstico, la efectividad del tratamiento y temer a los posibles efectos adversos de la medicación.

*“Otra cosa, y esto lo he conversado con otros pacientes. Es súper complicado para nosotros la metodología de probar con medicamentos para ver cuales hacen bien, porque cuando no hacen bien queda la embarrada (...) el ensayo y error”*  
Entrevista 6

*“No sé si hay otra forma (aparte del ensayo y error), pero para uno como paciente es súper fregado. ¿Cómo no hay un examen (para el diagnóstico)? Puede ser un tumor”* Entrevista 6

*“Pero me molestaba que tuviera que cambiar así como cada vez en la semana que iba, me agregaban uno o me quitaban, o me bajaban la dosis, y era como mmm, me daba rabia porque yo no era como un conejillo de indias. Decía ¿Por qué no pueden encontrar la perfecta? Le decía a mi mamá ¿por qué no pueden hacer un estudio para saber cuál es mi pastilla perfecta? Y me decía “no, no se puede hay que probar”. Entrevista 12*

### 5.2.2 Conflictos con uso de fármacos

Tres entrevistados no adherentes al tratamiento farmacológico (2, 6 y 10) señalaron que tenían una serie de conflictos respecto a la farmacología como un tratamiento eficiente para tratar el trastorno. El motivo de dicho conflicto tenía relación con la desconfianza en la medicina tradicional, la falta de efectividad de los fármacos, la prescripción robotizada por parte de los médicos y la creencia de que medicarse no debiese constituir la salida más cómoda para tratar el trastorno.

*“Y en ese sentido siento que estamos súper en deuda como en el sistema de salud en Chile, es todo muy estructurado, todo es mucho de patrón, de robotizado, de que la persona está enferma, le damos una pastilla y listo”* Entrevista 2

*“Siempre he sido como bien creo muy poco en la medicina (...) pa’ mi eso es parche (...) no me gusta quedarme con tapar los hoyos (...) ni una pastilla te va ayudar, ¿cachay? a eso porque mientras tú no te limpies” Entrevista 10*

*“Pero también hay un problema cultural, la cultura de la pastilla (...) Hay gente que prefiere tomarse la pastilla en vez de esforzarse, y van a médico esperar que le den la pastilla” Entrevista 6.*

### 5.2.3 Descontento con praxis psiquiátrica

Dos entrevistados no adherentes (2 y 6) señalaron su descontento con la práctica clínica de los psiquiatras en el sistema de salud mental chileno. Estos señalan que actualmente los profesionales de salud no poseen las habilidades sociales necesarias para conocer al paciente y no destinan el tiempo suficiente para su atención. Esta situación les lleva a desconfiar que el tratamiento farmacológico prescrito por ellos sea confiable, porque no se lograría tener un conocimiento de la situación del paciente.

*“Esta es una crítica un poco a la psiquiatría chilena, que también son súper cuadrados po (...) el psiquiatra igual tiene que tener harta, harta nociones y capacidades, habilidades sociales y personales... Pa poder medicar a la persona de una forma adecuada y que sea ligada a la forma de ser de esa persona, cachay (...) en ese sentido los psiquiatras chilenos son súper cuadrados (...) o sea si el psiquiatra se diera el tiempo porque más encima yo pienso (...) “puta, date el tiempo de conocerme un poco, no porque quiera que me caiga bien o mal, sino pa que me dí lo que necesito pa sentirme bien, ¿cachay? (...) Conóceme pa medicarme!” y en ese sentido los psiquiatras chilenos son súper cuadrados, tienen una forma súper, bueno, son médicos po, entonces pa ellos es blanco o negro, entonces el síntoma y diagnóstico, y listo” Entrevista 2*

*“Yo no creo que un problema tan complejo como lo es el trastorno bipolar se pueda resolver con una consulta de quince minutos (...) que generalmente tiene*

*como fin una prescripción farmacológica, no de entender cuál es realmente el problema y las vías de solución” Entrevista 6*

#### 5.2.4 Descontento con lucro en sistema de salud

Dos pacientes no adherentes (2 y 12) señalaron que uno de los conflictos relacionados a la toma de la medicación tenía relación con el lucro generado por la industria farmacéutica tras la venta de fármacos. En ese sentido, un paciente señaló que dicha solución le genera molestia debido a la poca consideración ante las dificultades económicas vividas por los pacientes como consecuencia de sus síntomas o de no poder acceder a un tratamiento, mientras que en otra provocó perspicacia de la efectividad de los fármacos prescritos en el tratamiento.

*“Ahí vinieron también cuestionamientos que yo tengo con la sociedad en la que vivimos, en cómo nos tratan a la gente, en cómo es la salud en Chile, entonces no sé si esta es mi forma de estar en contra de las cosas pero ahí igual vino un golpe fuerte con la realidad cruda, ¿cachay? En que tengo que gastarme 100 lucas en pastillas, y 150 en medico en total, y pa mí era como weon, gana 500 lucas por decirte un ejemplo, ¿Cómo se me va a ir toda esa plata en eso? (...)”Weón, que irrisorio el, personas que ya están condicionadas por una forma de ser tengan que gastar tanto dinero si quizás no tienen trabajo por no poder medicarse o los cabros chicos que andan robando y que no tienen la suerte que hemos tenido nosotros de tener quizás un mínimo de apoyo o mucho de apoyo en nuestra enfermedad (...) entonces ahí igual me vino ese bajón pero volví a tomar pastillas, entonces las veces en las que he estado tomando pastillas he vivido con esas contradicciones y esos golpes con la vida cotidiana” Entrevista 2*

*“Emh, porque sentía también que... es que no se si está bien lo que digo, pero yo sentía queeee... que era más como un negocio, sentía que realmente no todas las pastillas que me daban eran útiles, que algunas eran como más placebo o para que yo sintiera que me estaba haciendo mejor”. Entrevista 12*

***Anexo 2. Motivaciones a favor y en contra de adherir al tratamiento farmacológico de los individuos con trastorno bipolar.***

Respecto a las motivaciones de los entrevistados para adherir o no adherir al tratamiento farmacológico, se pudo observar la presencia de voces pro y anti adherencia que interactuaban entre sí y se manifestaban de forma dinámica a lo largo del historial de adherencia del individuo.

Por una parte, las motivaciones pro adherencia al tratamiento facilitaban y/o mantenían al paciente adhiriendo al tratamiento farmacológico. Estas voces tienen relación con la relación con otros y la necesidad de bienestar. Por otra, las motivaciones anti adherencia generaban conflictos en la actitud del individuo hacia la medicación, dificultaban su cumplimiento y/o provocaban el abandono del tratamiento y eran enfrentadas de diferentes maneras por los entrevistados. Estas se clasificaron en la percepción del individuo de que el esfuerzo de medicarse no valía la pena, el sentir las consecuencias negativas de adherir al tratamiento, evitar sentirse enfermo o conectarse con la experiencia del diagnóstico y la percepción del gran esfuerzo que requiere adherir al tratamiento.

A continuación, se caracterizarán y sistematizarán las motivaciones a favor y en contra de adherir al tratamiento farmacológico de los individuos con trastorno bipolar.

*1. Motivaciones para adherir al tratamiento farmacológico en individuos con trastorno bipolar*

1.1 Relación del individuo con otros

En los relatos de los entrevistados se observó que algunas de las razones por las que adhieren al tratamiento farmacológico tienen relación con su deseo de preservar una buena relación con su círculo cercano, por lo que las voces que emergieron fueron el medicarse para no afectar a cercanos, evitar conflictos con otros o perder personas de círculo social y para obtener atención y unión familiar.

### 1.1.1 Medicarse para no afectar a cercanos

Para algunos entrevistados (2, 3, 4 y 8), una de las motivaciones para adherir es evitar que sus cercanos se vean afectados por sus conductas cuando sufren episodios depresivos o eufóricos, los que conllevan cambios anímicos y actitudes disfuncionales, discusiones, etc. que afectan directamente a su círculo. Algunos de ellos han vivido estas experiencias antes de ser diagnosticados y medicados o como consecuencia negativa de haber abandonado la medicación. Cabe mencionar, que un paciente no adherente, señaló que una de las motivaciones que podrían hacer retomar su medicación es que empiecen a manifestarse conflictos con otros como consecuencia de su actitud.

*“ Claro, porque (mi hijo) sufrió hartito con las crisis que he tenido, y me ha visto media loca entre comillas, de hablarle leseras, actitudes raras más entonces él ha tenido que soportar hartos cambios de estado míos (...) No quiero que él esté más afectado, entonces estoy súper consciente de que me tengo que tomar mis remedios, de que tengo que seguir mi tratamiento, no quiero que pase más (...) No soy yo solamente la que se enferma cuando me dan las crisis, es todo mi alrededor, entonces no quiero afectarlos más a ellos” Entrevista 4*

*“ Me cuesta controlarme, e incluso hemos llegado a peleas que no deberían ser tan violentas que tienen que ver con mi nivel de agresividad (...) Afecto en general a mi círculo, en este caso a mi esposo, entonces rápidamente vuelvo a tomarlas (las pastillas) “Entrevista 3*

*“ (Una motivación para adherir es) quee, si yo me siento bien las personas que están conmigo lo, lo pasan bien también po. Porque no ando con la cara larga, no ando enojá (...) Eso es más que nada lo que siento cuando, cuando ando con mis bajones (...) afecta totalmente y maaa, no se po, al Mario, a mi mamá... afecta mis dos casas po (ríe) Entrevista 8*

### 1.1.2 Medicarse para evitar conflictos con otros o perder personas de círculo social

Esto significa que una de las razones por las cuales algunos pacientes (4, 6 y 9) adhieren al tratamiento es el miedo a las consecuencias negativas gatilladas tras el abandono de la medicación. Los individuos han tenido conflictos con otros y alejado a personas del círculo social como resultado de la emergencia de una crisis posterior al abandono, que afecta negativamente su comportamiento hacia los demás.

*“ Porque ya no quiero que me vuelvan más estas crisis que he tenido durante toda mi vida. Como que ya me puse esa meta en la cabeza que por favor no me pase más, que no quiero estar más internada o tener más problemas con gente”  
Entrevista 4*

*“ (Comencé a medicarme porque) dije hasta aquí no más (...), entonces esa crisis fue fuerte, porque perdí muchas personas, hice muchas cosas sin sentido, sentí vergüenza después... yo me sentía muy solo, no tenía amigos con quien hablar, o sea así fue la depresión, no tenía a nadie con quien hablar”  
Entrevista 9*

*“Dejé el litio lentamente y estuve sin ningún tipo de medicamento un buen tiempo, y con algunos problemas, crisis... todo esto acarreó muchos problemas a nivel familiar. Por lo tanto, hay una situación compleja ahí, y en medio como de esta situación accedí a otro par de tratantes”  
Entrevista 6*

### 1.1.3 Medicarse para obtener atención y unión familiar

Se observó en una entrevistada no adherente, que una de sus principales motivaciones para adherir en el pasado, fue el darse cuenta que, en un inicio, sus padres le prestaban más atención y apoyo si ella seguía su tratamiento farmacológico, y además, mejoraban la relación entre ellos.

*“Después me di cuenta que mi mamá y mi papá me prestaban más atención si yo iba al psiquiatra, o iba al psicólogo, porque me acompañaban y después me llevaban al colegio, y siempre conversaban entre ellos, porque ellos no tienen una buena relación, entonces dije “bueno, quizás sea la forma en la que todos estemos mejor psicológicamente y entonces lo hago”, pero fue más porque sentía que todos me estaban apoyando en todo momento y no solamente cuando me dio la crisis”.  
Entrevista 12*

## 1.2 Necesidad de bienestar

Dentro de las motivaciones para seguir el tratamiento farmacológico, algunos entrevistados señalaron que adherir contribuía a sentirse bien emocional, identitaria, física, funcional y socialmente. Por lo tanto, medicarse significaba vivir los beneficios de hacerlo y evitar las consecuencias negativas de no hacerlo.

### 1.2.1 Miedo a las consecuencias negativas de no adherir

Dado los efectos colaterales provocados por las crisis de la enfermedad, como el malestar emocional, las internaciones, problemas en el funcionamiento diario, la vergüenza del comportamiento durante las crisis, etc. una gran cantidad de entrevistados (1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11) asumen que medicarse es una manera de evitar dichas consecuencias. En el caso de un entrevistado no adherente (2), señala que esta sería una de las razones por las que volvería a medicarse. En los pacientes que siempre han seguido el tratamiento, si bien no han vivido estas consecuencias producto del abandono, el solo miedo a las consecuencias negativas de no adherir resulta una motivación pro adherencia.

*“ Y ahí como que trato de convencerme que no, que esto no es por los remedios, que justo coincidió de que yo me iba a bajonear en este minuto y como que si tomaba los remedios iba a pasar igual. Pero como después nunca subo de vuelta, no vuelvo a estar neutra por último, ahí es como "si, en realidad si, quizás es por los remedios y tengo que tomármelos" Entrevista 7*

*“ No, es que como ya tengo la experiencia de que me ha pasado bajón... porque lo mío es ir hacia arriba, y caigo en la depresión cuando me bajan en el psiquiátrico con los medicamentos y estar encerrada en ese lugar tan feo, tan obviamente me achaca demasiado. Entonces estoy consciente de que si no me los tomo puede pasar lo mismo” Entrevista 4*

*“ Las veces en las que he tenido crisis es porque las he dejado anteriormente, entonces estando en las crisis he vuelto a tomarlas ” Entrevista 3*

*“ Tuve una depresión muy grande y todo fue porque sentía mucha vergüenza de todas las cosas que había hecho en todas las crisis y dije hasta aquí nomas, o sea después claro igual me dio otra crisis con remedios pero fue mucho más débil ”*  
Entrevista 9

*“Como algo plenamente funcional también. Si no te tomái los remedios no podí hacer cosas, estái pensando cualquier tontera, triste sin razón aparente”*  
Entrevista 5

*“ (Volvería a medicarme) si, no sé, ir al trabajo ya sería como una carga, como una mochila llena de piedras, o sea, obviamente voy a saber, y yo creo que en ese sentido yo me conozco harto pa dame cuenta y decir “ya, hasta aquí”, voy a tener que adaptar mi economía familiar pa ir”* Entrevista 2

### 1.2.2 Ver beneficios de adherir al tratamiento

La mayoría de los entrevistados (3, 4, 5, 7, 8, 9, 11 y 12) han decidido adherir al tratamiento farmacológico porque consideran que la medicación tiene beneficios para su funcionamiento emocional, físico, social e identitario, ya sea porque lo han experimentado por si mismos, tienen expectativas de obtener posibles beneficios o lo han notado en otros pacientes. Así, las mejoras en el funcionamiento diario, la sensación de estabilidad y tranquilidad y el mejoramiento en el sentido de sí mismo son beneficios que fueron mencionados por los individuos.

#### 1.2.2.1 Mejoras en el funcionamiento diario o rol social.

Para estos pacientes (4, 5 y 11) el adherir al tratamiento les ha permitido desempeñarse satisfactoriamente en sus actividades diarias, tales como levantarse, trabajar, tener una relación de pareja, tomar buenas decisiones, etc.

*“ Y sé que con el tratamiento estoy funcionando no, no al cien por ciento como me gustaría pero estoy, me levanto hago las cosas, trabajo, voy a hacer clases, igual funcionó como corresponde, entonces siento que funciono bien” Entrevista 4*

*“Ojalá el día tuviera 48 horas, pero esta wea te permite hacer tu vida normal, rendir bien en la pega, descansar...” Entrevista 5*

*“Mira, yo quiero estar bien por sobre todas las cosas existentes, me quiero realizar, quiero una buena pega, yo termine el año pasado pero quiero, pololié (...) Yo quiero realmente, si me preguntai, mi sueño a mediano paso o a largo plazo es eso, tener mi departamentito, un perro que nunca he podido tener porque siempre hemos vivido en departamento, me gustaría tener una pega que me encante (...) que me alcance pa pagar las cuentas, alguien viaje (...)la persona (no adherente) debe tener un desastre terrible a nivel laboral, amoroso, etc. y una persona que toma malas decisiones” Entrevista 11*

#### 1.2.2.2 Sentirse estable y tranquilo

Esto significa que para algunos pacientes (3, 5, 7, 9 y 11), uno de los beneficios de medicarse es la sensación de sentirse psicológicamente estables y tranquilos. Si bien esto fue mencionado por los pacientes, no se indagó a fondo en la experiencia subjetiva del paciente respecto al tema ni en las características de esas emociones.

*“Yo sé que esas cosas no las tenía y que no son entre comillas normal, tonces esa es como mi motivación, que tengo que adherir al tratamiento como pa no se (...) estar mejor en el fondo o a veces cuando duermo mucho también, cuando me doy cuenta de que ando durmiendo mucho o durmiendo poco es como "ya, si me los tomo esto no va a pasar" Entrevista 7*

*“He visto personas que han estado estable tomando remedios, entonces fue por la misma experiencia de ver gente como reaccionaba (...) incluso ahora que estoy un poco más estable (...) uno se calma, se tranquiliza” Entrevista 9*

*“ Porque al final son los remedios los que me hacen que este en una línea, que esté en la estabilidad” Entrevista 4*

*“ Me doy cuenta de que esa es la única alternativa de salir de mis pensamientos negativos. Después con los años entendí que el tratamiento es lo que me hace sentir mejor entonces no lo he dejado y trato de ser lo más constante porque sé que es la mejor alternativa pa mi estabilidad” Entrevista 3*

*“ (Medicarme) es algo que tengo que hacer para sentirme bien, vamos, nunca me lo cuestione ni nada (...) Estoy chato de pasarlo mal, después de 27 años quiero pasarlo bien” Entrevista 5*

### 1.2.2.3 Mejoramiento en el sentido de sí mismo

Tres de los entrevistados (2, 3 y 8) señalaron que medicarse significó un cambio positivo en el sentido de sí mismo. Al respecto, el tratamiento contribuyó a mejorar su auto estima y sensación de empoderamiento, además del autoconocimiento, entendiendo y dando explicación a sus conductas disfuncionales, saber qué es lo que quieren y sienten, etc.

*“Ehh, sí, yo creo que si ha habido un cambio en el sentido de mi misma... como que siento que igual yo mejoré bastante, como que ya no, antes igual me tiraba mucho pa abajo. Ahora no, ahora que siento que igual me he aprendido como a querer más. Puede ser por la medicación” Entrevista 8*

*“Porque sentía que me había dejado estar mucho tiempo, eh, conmigo y siento que es algo que sigue estando en deuda sin tomar pastillas, eso de encontrarme en lo que me gusta, en lo que quiero ser, con la forma de cómo me siento, de que quiero sentir, como que es una eterna búsqueda que he tenido que qué es lo que me gusta y las pastillas sirvieron pa, pa un poco sacarme muchas caretas que tenía en ese momento (...) Sentía que tenía muchas cosas adentro que no reflejaban lo que era por fuera, entonces pa eso me sirvió el tema de las pastillas. (...) Y siento que la bipolaridad y los medicamentos y las terapias y la Carola, que es mi esposa, me dieron todas esas cosas, como las respuestas a los por qué yo*

*era así, de por qué el Osvaldo era mala onda con sus papas porque es malo, o que no se quería levantar porque era flojo, sino que me dio como esas respuestas que yo sentía que me hacían dudar de lo que yo tengo internamente” Entrevista 2*

*“Yo creo que durante estos 5 años que he estado más medicada (...) y eso me ha ido empoderando conmigo mí misma también, un trabajo conmigo misma”  
Entrevista 3*

## *2. Motivaciones para no adherir al tratamiento farmacológico en individuos con trastorno bipolar.*

### *2.1 Esfuerzo no vale la pena*

Los entrevistados señalaron que había una serie de razones que conflictuaban su actitud hacia la medicación, llevando a algunos a abandonar temporal o definitivamente su tratamiento. Estas razones tenían relación a la percepción de que no valía la pena seguir el tratamiento, debido a que la medicación no era efectiva y/o necesaria, tenían conflictos con las terapias farmacológicas y/o preferían otros métodos terapéuticos y por la sensación de desesperanza.

#### *2.1.1 Medicación no es efectiva*

Esto significa que para una gran cantidad de individuos (3, 6, 7, 10, 11 y 12), el tratamiento no ha resultado eficaz para asegurar su bienestar. Esta creencia puede darse de forma circunstancial o estable. Por ejemplo, para algunos pacientes, la efectividad del tratamiento se pone en duda al notar la emergencia de una crisis o síntomas relacionados con el trastorno aun estando medicados; mientras que otra, señala sentir que el tratamiento nunca ha provocado un efecto positivo permanente y distinto a su estado sin medicamentos. Cabe mencionar que esta idea puede generar conflictos con la toma de la medicación, pero no necesariamente llevarlos a dejar el tratamiento.

*“Me cuesta porque muchas veces no veo cambios y, es como te comentaba, han pasado equis cantidad de meses y me siento igual y me estoy tomando los remedios todos los días, entoncee ¡qué rabia no me los quiero tomar! y esa es la*

*principal razón cuando dejo el tratamiento (...) ¿por qué yo tengo que tomar pastillas?, de que si a pesar de que me las tomo no funcionan” Entrevista 7*

*“ Cuando me considero que estoy siendo agresiva y estoy con el tratamiento, siento que no me están sirviendo y por eso las dejo” Entrevista 3*

*“ Con la farmacología me pasaba lo contrario (al deporte), dudosos resultados” Entrevista 6*

### 2.1.2 Medicación no es necesaria

Algunos entrevistados (1, 2, 3, 4, 9, 11 y 12) consideran o han considerado que la medicación no es necesaria para tratar el trastorno, ya sea porque se sienten estables, creen que pueden sobre llevar la enfermedad por si mismos sin un tratamiento, consideran que no tienen el trastorno o que no debiese ser tratado pues valoran positivamente su condición o porque creen que el trastorno bipolar podría tener una cura, situación que haría innecesario seguir un tratamiento para tratarlo.

*“ Pensaba ... en ese momento que podía estar mejor sin las pastillas y... a veces como siento que mi cuerpo tiene más habilidades que las que realmente tiene o yo tengo más habilidades de la que realmente tengo y no necesito las pastillas... Creo que como la habilidad de la auto sanación” Entrevista 3*

*“ Yo quería estar en euforia, porque la euforia como que aumentaba mi inteligencia y todo eso (...) pensaba que no iba a tener ese proceso si me dejaban tomarme mis remedios” Entrevista 9*

*“ Yo tengo fe de que Dios me va a sanar algún día, y bajo esa premisa tengo quee... que creer que también voy a tener que dejar de tomar remedios po, si una persona sana no necesita tomar remedios. Ahí está, pero no, por nada natural ni de voluntad, no, porque yo creo que Dios me va a sanar algún día” Entrevista 1*

*“Muchas veces el tema de las pastillas lo dejé por, no por ellos, pero si porque eem, ellos no creían entonces igual yo dudaba, pero a la vez me seguía sintiendo mal, o sea como que viví esa como dicotomía de decir " weón, ya quizás no lo tengo (el diagnóstico), ah, pero igual me siento mal igual" Entrevista 2*

*“Ahí me tiraron el litio, que cumplió su función por el extremo de estrés y todo, pero yo creo que para estados donde estai más estable es completamente innecesario” Entrevista 11*

*" Ya, puedo, puedo hacer mis cosas eh básicas sin depender de ellas, ¿cachay? o como ir a trabajar, como claro, tener un trabajo, ganar un sueeeldo, tener familia y con eso ya puedoo, tener amigos, entonces con eso puedo subsistir” Entrevista 2*

### 2.1.3 Conflictos con las terapias farmacológicas y preferencia por otros métodos terapéuticos

Respecto a este punto, se pudo observar una serie de ideas de los individuos no adherentes respecto a la existencia de otros métodos terapéuticos para tratar el trastorno bipolar.

*“ Entonces me metí en el tema con el tratamiento de las sanaciones que iba a ser largo si pero que era una solución mucho más a fondo a mí me gusta ir a la raíz de los asuntos” Entrevista 10*

*“Es que miii, mi período para no tomar pastillas, para no tener un tratamiento farmacológico es que yo soy muy rígido, o sea muy cuadrado con mi cotidianidad, quizás eso es bueno o malo pero como que ese es como mi método para no tomar pastillas, como que no salirme de miii, de mi metro cuadrado de pensamiento (...) entoncee mi vida está establecida para yo acostarme temprano (...) Y eso también influye mucho en cómo me alimento también (...) de tomar harta agua, de tomar harto líquido, de tomar hartas vitaminas, de tomar medicamentos, o sea, eeh*

*naturales, espirulina, diferentes tipos de vitamina entonces eso siento yo un poco que es lo que hago pa' contrarrestar un poco (el no medicarme)" Entrevista 2*

*"Tengo un tratamiento basado principalmente en actividad física, eh y cuidar mi peso. Y me eliminé el alcohol y el café, yo tomaba mucho café. Y ese es como el estado actual. Yo estoy súper contento de tomar la opción no farmacológica (...) mmm... con lo que estoy haciendo hoy estoy contento porque los efectos colaterales son positivos (...) Aparte que siento que me hace efecto, me arregló el estado de ánimo, hacer más actividad física, disfrutar del paisaje, conocer gente nueva" Entrevista 6*

Para tres de los pacientes no adherentes (2, 6 y 10), esta preferencia por métodos "alternativos", como los holísticos y de hábitos saludables, está influenciada por su conflicto con los tratamientos psiquiátricos farmacológicos y el sistema de salud mental, lo que los lleva a creer que en costo y beneficio, los primeros son más efectivos.

*"Pero también hay un problema cultural, la cultura de la pastilla, que yo nunca he sido muy amigo de la cultura de la pastilla (...) yo si tengo un dolor de cabeza no me la tomo al tiro, me aguanto un rato (...) tú ves la crisis de los antibióticos (su uso excesivo e inadecuado) " Entrevista 6*

*"Y en ese sentido siento que estamos súper en deuda como en el sistema de salud en Chile, es todo muy estructurado, todo es mucho de patrón, de robotizado, de que la persona está enferma, le damos una pastilla y listo". Entrevista 2*

*"Como te digo el tema de la cultura de la pastilla (...) de la comodidad, "no, es que me tomo esta pastilla y estoy" (...) si sale del médico sin una receta queda muy decepcionado" Entrevista 6*

*"Muchas veces no sirven po (las pastillas), o por muy buenas que hayan sido en un estudio con ciertas personas, somos todos distintos, somos todos seres humanos muy complejos y tenemos vidas y nos han pasado cosas en nuestra vida que nos hacen ser a todos diferente, ¿cachay?" Entrevista 2*

*" Si no vas a la raíz del asunto siempre van a haber manifestaciones del problema, y bueno, puedes empastillar si quieres, pero sino nunca vas a resolverlo (...) ni*

*una pastilla te va ayudar cachai a eso porque mientras tú no te limpies y no perdones” Entrevista 10*

La entrevistada no adherente restante (12), si bien no adhiere a ningún método terapéutico, señaló que antes de retomar la medicación, preferiría optar por tratamientos no farmacológicos.

*“Si yo pudiese tomar la decisión, yo creo que no (volvería a medicarme), porque aunque no lo he encontrado, he buscado como tratamientos alternativos. Una psicóloga me hablaba de las flores de Bag o algo así, pero nunca llegó a nada, pero me gustaría intentarlo (...) Emh... sí (puedo sobrellevar la condición sin medicarme) pero siento que estuviera caminando coja, me hace falta y siento que la medicina alternativa puede ser lo que me ayude un poco más” Entrevista 12*

Por otra parte, un paciente adherente (5) señala que podría abandonar la medicación en un futuro si hubiese otro tratamiento no farmacológico que le pareciera menos costoso en tiempo y esfuerzo. Finalmente, una paciente que dejó la medicación en el pasado (3), señaló haber abandonado su tratamiento en algún momento por la idea de que otro método terapéutico podría ser efectivo.

*“ (Dejo la medicación cuando pienso que) como de que con algo natural, melipás, etcétera, puedo controlar mis horas de sueño o me permite alimentarme mejor” Entrevista 3*

*“ (Dejaría el tratamiento) si existiera un tratamiento igual y más eficaz que el costo de tiempo y ganas no sea tanto. Entrevista 5*

#### 2.1.4 Desesperanza

Algunos pacientes (1,3, 6 y 7) señalan que, dado su estado emocional depresivo actual o pasado gatillado por un episodio depresivo, consideran que no vale la pena medicarse, no se sienten capaces de seguir el tratamiento, sufren una falta de voluntad para adherir, etc. lo que genera conflictos con su actitud de adherencia al tratamiento o hace más difícil la toma de la medicación.

*“ Desearía estar muerta, entonces como ese constante deseo es el que me impide proyectarme porque ahí sería como negar, o tener que conformarme y decir "pucha, en realidad, ya, voy a vivir, entonces tengamos una proyección (respecto al tratamiento) (...) Presiento como que no voy a estar viva entonces es como que no me puedo proyectar (...) Me viene toda la cuestión de que me quiero morir, no vale la pena, y como no vale la pena hacer nada, pá qué voy a seguir tomándome las pastillas” Entrevista 7*

*“ La verdad es que creo que son rasgos de mi enfermedad. Pasa mucho por una semana en la que yo me siento muy bien, muy bonita y me tomo las pastillas y otra semana en la que no me baño, no me lavo el pelo y dejo de tomar las pastillas” Entrevista 3*

*“ (Cuando se está en un episodio depresivo), ahí me cuesta más seguir el tratamiento, como que en la descompensación siempre yo creo que viene como una falta de voluntad, se da una falta de voluntad. Y cuando no teni voluntad no haci las cosas po” Entrevista 1*

## 2.2 Sentir consecuencias negativas de seguir el tratamiento

Para una gran cantidad de pacientes, adherir al tratamiento implica sentir las consecuencias negativas de medicarse, dados los efectos adversos que afectan distintos aspectos de la vida del individuo, como los problemas en el funcionamiento diario, el sentirse inestable e intranquilo y los cambios negativos en la visión de sí mismos. Además de los efectos negativos provocados directamente por los efectos adversos de la medicación, se suman la sensación de tener restricciones, el no poder compartir con otros ni tener una vida considerada “normal” y sentirse dependientes a un tratamiento médico.

### 2.2.1 Malestar por efectos adversos del tratamiento farmacológico

Para la mayoría de entrevistados (1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9 y 12), la adherencia al tratamiento significa vivir o haber vivido el impacto negativo de los efectos secundarios físicos, cognitivos, emocionales, identitarios y sociales de este, sean o no verdaderamente atribuibles a la medicación. Así, estos efectos secundarios negativos generaron conflictos

en el paciente, como problemas en el funcionamiento diario, el sentirse inestable e intranquilo y cambios negativos en la visión de sí mismo.

#### 2.2.1.1 Problemas en el funcionamiento diario

Para algunos entrevistados (2, 6, 7 y 12), los efectos negativos físicos y cognitivos experimentados por la medicación, tales como el aumento de las horas de sueño y somnolencia, los temblores en las manos y el deterioro de las habilidades cognitivas, genera complicaciones en sus funcionamientos en distintas áreas de sus vidas, como la académica, laboral y social.

*"Hace seis meses tomaba cinco, seis remedios, eehm, al día, entonces es como después al mes siguiente me lo cambian porque llego y es como "doctor, sabe que no estoy durmiendo" o estoy durmiendo catorce horas diarias y sigo con sueño. Y ese tipo de cosas también me afirman mi postura de que qué difícil buscar trabajo si es que se supone que este remedio me iba a hacer bien y resulta que no me puedo, levantar de la cama y que estoy durmiendo hasta, aunque me acuesto a la ocho de la noche y duermo hasta las doce del día y, ¡y tengo sueño todavía! entonces es como que me frustra" Entrevista 7*

*"A mí las pastillas me estaban haciendo ser muy invalidante, cachay entonces no me podía levantar (...) Me invalidaba mucho el tema de levantarme, y para mí el trabajo es mi forma de demostrarme que estoy haciendo bien las cosas, aparte de mi familia. Pero como socialmente, yo ahí me demuestro a mí mismo que algo estoy haciendo. Voy al trabajo, administro bien una empresa y me doy mis propios auto méritos de decir en verdad puedo hacer algo y hacerlo bien" Entrevista 2*

*"Si porque me decía "tómese a las diez", me las tomaba a las diez y necesitaba estudiar para la prueba, y eran las once y ya me estaba quedando dormida. Entonces llegaba sin saber nada porque tenía que dormir (...) A veces me hacía sentir bien porque decía "bueno, esto es por algo más importante que eres tú misma, más que una nota y que otras cosas" pero después decía que al final las notas eran lo que me iban a hacer pasar de ramos y cosas (...) A veces digo que*

*(tener una carrera) es súper importante porque voy a tener una vida como el resto de las personas” Entrevista 12*

*“Y principalmente tengo la sensación de que el litio interfería con mis capacidades cognitivas, que para mí son tremendamente importantes porque yo trabajo de ingeniero, soy desarrollador de software. Entonces para mí es súper importante poder mantener mi creatividad y mi capacidad analítica al mayor nivel posible”  
Entrevista 6*

#### 2.2.1.2 Sentirse inestable e intranquilo

La mitad de los entrevistados (4, 6, 8, 9, 11 y 12) señaló que la medicación provocó en ellos una serie de molestias físicas como aumento de peso, aparición de espinillas, problemas sexuales, etc.; y emocionales, como sentirse deprimidos o irritables, lo que les generó una sensación de malestar, llevando a algunos a abandonar el tratamiento.

*“ Pero cuando sentía un malestar siempre lo asociaba a los remedios y por ejemplo depresión, todo eso lo asociaba a los remedios y ellos eran los culpables de que yo tuviera depresión o tuviera algún mal entonces eso yo no conocía muy bien la enfermedad, entonces yo pensaba que los remedios me daban depresión”  
Entrevista 9*

*“Que los remedios me provocan que esté de repente más gordita, o que con el litio me salían muchas espinillas y ahí lo deje también... y bueno todos los remedios tienen efectos secundarios, eso es lo que más me da lata, de todo esto de los medicamentos” Entrevista 4*

*“ (Las dejé) porque a veces me hicieron engordar mucho y eso me afectó en mi estado anímico” Entrevista 3*

*“Y para terminar la única vez que yo dejé el remedio, que era el remedio complementario para el litio fue cuando yo ya termine de salir de la U, estaba con menor estrés, entre medio mi psiquiatra me dijo “no, el litio es para proteger el tema de estrés” y yo dije, obviamente con susto, no va a pasar nada terrible porque el litio es complementario, al final un día dije como que con, porque estaba*

*realmente con salidas de ánimo complicadas en mi casa, no había ido a la psiquiatra, le escribí después de lo que había hecho, pero saque el litio en la noche y dije "ya, veamos que pasa" , lo saque y a los tres días me dejó de dar esta cuestión de enojá" Entrevista 11*

*"O sea, en todo tipo, tenía problemas sexuales, fisiológicos, todo tipo de problemas. Cada pastilla tenía un coletazo inesperado... no era inocuo (...) yo me sentía mal más por el efecto de la medicación que por lo que yo tenía (...) por todos los efectos fisiológicos" Entrevista 6*

Cabe mencionar, que una de las pacientes adherentes (8) señaló que una de sus proyecciones era abandonar el tratamiento por un periodo para "limpiar" su cuerpo de los efectos negativos que la medicación producía en su cuerpo.

*"Yo digo tipo un año, dos años, así máximo (dejaría el tratamiento) Para limpiar el cuerpo un poco de tanto medicamento (ríe) Porque yo creo que al fin y al cabo igual te hace mal pa los riñones, pal hígado, como tomai tanta pastilla" Entrevista 8*

### 2.2.1.3 Cambios negativos en el sentido de sí mismo

Respecto a los efectos adversos de medicarse, un conjunto de entrevistados (4, 6, 7 y 12) señaló que los fármacos habían generado una pérdida de identidad o cambios negativos en la visión de sí mismos. De esta forma, la sensación de sentirse "apagados", "drogados" y "lentos" como consecuencia de medicarse, les hacía verse como personas corrientes, distintas en su relación con el resto. En casi todos estos casos, los pacientes viven con malestar este cambio en sí mismos.

*"También siempre me pregunto cómo sería yo, mi persona de verdad sin los medicamentos, porque yo sé que los medicamentos me cambian la forma de cómo actuar con el resto, entonces yo siento que yo no soy yo a veces, como que tengo otra personalidad, porque como que me siento más apagá ahora. Y de repente cuando estoy con más gente podría ser diferente, o ser como era antes... ¿quién realmente soy yo? esa es como mi pregunta si hubiese hecho esto o hubiera tenido el valor de hacer otra cosa, o hubiera estudiado otra cosa, de haber*

*cambiado todo mi pasado en relación a si hubiese sido diferente sin los medicamentos (...) Siempre me da como angustia, como pena, porque podría ser de otra manera” Entrevista 4*

*“Si, (la medicación afectó el sentido de mí mismo) tenía un pensamiento que era muy reiterativo, que yo no era el mismo que cuando era chico (...), sentía que se había perdido, mediocre... Y esto fue como perder mi centro, perder mi autoimagen” Entrevista 6*

*“ (Una persona que se medica) supongo que como el resto de las personas pero no sé por qué pero me lo imagino como más drogado, como más tranquilo, como más lento en realidad e igual (...) Yo sentía que eran dos Verónicas, una Verónica sin medicamentos y una con y la con siempre decía “a todo el mundo le gusta esa”, pero a mí no me gustaba. La gente la describía como no tan loca. Porque a veces me daba como por ir a hacer cosas muy extremas, me tiraba de esa cuerda, canopy, y cuando estaba con las pastillas no, era así como una persona común y corriente (...) pero yo creo que la gente igual me quería por eso” Entrevista 12*

*“No sé, o sea no, (quien sigue el tratamiento sería) aburrida pero pa mí, porque me imagino como alguien muuy, correcto y que como que tiene la vida perfecta. y así como que sale a trotar en las mañanas, después llega, se hace su propio desayuno, después va a trabajar (...) como que me imagino alguien muy correctita (...) es como, "ya, quiero ser esa persona", y cuando voy en el camino a ser esa persona, es como "no, yo no sé si quiero ser esa persona", me arrepiento. Entrevista 7*

Cabe mencionar que una paciente no adherente (10), si bien no se ha medicado, considera que medicarse la destinaría a ser una persona común y limitada espiritualmente.

*“(Una persona que se medica sería) promedio por así decirlo, una persona un ciudadano promedio (...) con una vida más bien plana, sin mucho... sin mucha riqueza espiritual ni nada, yo creo que por ahí va limitada, bastante limitada, en términos espirituales bastante delimitada, se pierden de algo importante (...) entonces claro por eso te digo, es limitado en términos de conciencia, si es*

*limitado y las pastillas te pueden dormir mucho en términos espirituales, te pueden jugar en contra” Entrevista 10*

### 2.2.2 Tener restricciones

Para ciertos entrevistados (7, 9 y 12), adherir al tratamiento significa una pérdida de libertad y la sensación de tener limitaciones al no poder realizar actividades que son contraproducentes a la hora de consumir la medicación, tales como consumir alcohol, dormirse tarde, consumir drogas, etc., lo que los lleva a tener conflictos con el tratamiento y/o no querer seguir la medicación.

*“Entonces hacerlo real me da como frustración, en el hipotético ejemplo de salir a carretear y volverme antes o no tomar es como “pucha, ¿por qué yo? No como cabra chica de pataleta, sino como “que injusta es la situación de que estoy viendo que todo el resto de las personas están tomando y yo no, y no porque yo no quiera tomar, sino porque no debo”, eso es lo que me da rabia” Entrevista 7*

*“ (Quien sigue el tratamiento) supongo que con varias... limitaciones. Porque si esa persona fuese grande no podría tomar, no podría salir por ejemplo si quiere ir a una discoteca o algo así, o si quiere fumar marihuana, quizás pudiese tener como cosas adversas” Entrevista 12*

### 2.2.3. No poder compartir con otros

Dos entrevistadas (7 y 12) señalaron que las actividades realizadas junto al círculo cercano se contraponen a los hábitos necesarios para poder seguir el tratamiento, lo que genera molestia y la idea de que seguir el tratamiento significaría limitar o entorpecer estos espacios de interacción social.

*“ Que es algo que me cuesta también mucho a mí, si alguien me dice “oye, vamos a tomar hoy día, como que yo sé que eso me hace mal pero igual les digo que sí porque son mis amigos, porque quiero juntarme con ellos, de poder decir*

*“oye, me hace mal, hoy día no puedo (...) Entonces también siento que tendría que dejar de juntarme tanto con ellos y empezar a juntarme con gente que los fines de semanas les guste más hacer deporte, hacer actividades al aire libre, levantarse temprano y no trasnochar. Eso ayuda mucho a mantener tus propios hábitos po, y eso es algo que yo tampoco estoy dispuesta a trazar” Entrevista 7*

*“No, no carreteo (ríe). Pero salgo a la casa de mi pololo que también vive al frente mío, eso podría decirse (...) No lo hacía (tomar la medicación) porque si no me iba a quedar dormida. Entonces para qué lo iba a ver si me iba a quedar dormida, y como en el día siempre tengo sueño o estoy cansada, dije “bueno, en la noche salgo con él”, pero si me tomaba las pastillas tampoco en la noche podía salir con él y en el día en general siempre andaba molesta cuando salía (...) (si me hubiese medicado) yo siento que se hubiese enojado, porque me hubiese dicho que para que iba si iba a estar durmiendo. Y hubiese sido distinto en general... porque no hubiésemos alcanzado a ver una película por ejemplo, y nosotros vemos harto Netflix” Entrevista 12*

#### 2.2.4 No poder tener una vida considerada “normal”

Esta motivación anti adherencia al tratamiento aparece en la entrevistada 3, donde la paciente refiere a que el hecho de privarse de ciertos hábitos que son incongruentes con el cumplimiento del tratamiento farmacológico provocan en ella la sensación de no poder acceder a una vida considerada “normal”.

*“Yo sé que eso es perjudicial (no medicarse), pero me pasa que creo que yo trato de ser lo más normal posible y hacer las cosas más normales posibles y la medicación a veces me impide hacer esas cosas y esa es la razón por la que yo modifico para poder ser parte de un círculo más normal” Entrevista 3*

#### 2.2.5 Malestar por la sensación de dependencia al tratamiento

Tres entrevistadas (4,10 y 12) afirmaron que medicarse implica para ellas depender de un tratamiento al tener que hacerlo de forma permanente, estar constantemente atenta a la toma de la medicación y acudir a consultas continuamente.

*“Bueno, te puedes empastillar si quieres, pero (...) va a quedar toda la vida amarrada a las pastillas” Entrevista 10*

*“Me daban ganas de dejarlo, de a poco, entonces estaba en eso de que no quería ser más dependiente de los medicamentos y estaba con una rebeldía hacia los medicamentos, ahora ya es diferente” Entrevista 4*

*“Que tengo que andar con el pastillero, ordenarlas cuando se acaban, tengo que ir con el doctor para ver si estoy bien o no. Porque esa dependencia me molestaba porque si estaba por ejemplo, lejos, en el sur de vacaciones sabía que apenas llegara tenía que ir donde la psiquiatra para que me diera la receta o para que me dijera que si estaba bien o estaba mal y a veces no quería viajar y a veces era como “oof”. Era complicado, era incómodo. Entrevistado 12*

### 2.3 Requiere mucho esfuerzo

Algunos entrevistados (6,7 y 12) han señalado que seguir el tratamiento significa o significó un gran esfuerzo, dado que rasgos de su personalidad, ya sea por la dificultad de adquirir hábitos o por la cualidad de ser olvidadizo, le exigen o exigían dedicar más esfuerzo para poder seguir correctamente el tratamiento farmacológico.

*“ No siempre es “oh, me tengo que tomar los remedios” y ando como con mi pastillero pa todas partes porque soy super despistá, entonces se me olvida tomármelo acá, como que en cada cartera tengo metido pastilleros distintos, me compro el que dice lunes, martes, miércoles, jueves, viernes, sábado, porque si no es como “¿Me las tomé hoy día en la mañana o no?” de verdá se me olvida” (...) me pasa con todos los remedios” Entrevista 7*

*“Si, esa es una dificultad personal mía. Yo soy muy desorganizado, muy malo para los hábitos. Era desordenado con los remedios, de repente me los saltaba”  
Entrevista 6*

#### 2.4 Evitar sentirse enferma o conectarse con la experiencia del diagnóstico

Para dos entrevistadas (7y 12), medicarse en contextos como eventos sociales o acudir a consultas en centros médicos, significa recordar que se tiene el diagnóstico y todo lo que ello implica, además de la posibilidad de ser interpeladas e interrogadas por otros, lo que genera en ellas una sensación de desesperación y malestar al tener una valoración negativa del diagnóstico, pensar que podrían ser estigmatizadas por otros, sentirse enfermas, etc. De esta forma, no medicarse en esos momentos significa negar que se tiene trastorno bipolar y no experimentar el conflicto interno.

*“ Como que yo misma chuteooo, como que me trato, es como que quisiera negar que estoy enfermaa en ese minuto (...) es como que "no, sabís que hoy día, no soy, no tengo bipolaridad", así que no me las voy a tomar” Entrevista 7*

*“ En general, intentaba no tomármelas en frente de nadie, porque al tiro preguntaban “ ¿qué es esto? ¿Y cuántos miligramos? ¿Para que sirve esta y esta y esta?” ... sentía que me veían distinto, y yo sentía que quería ser solo “yo”, la que habían conocido, no quería ser “Verónica, la con bipolaridad”, solo quería ser “Verónica” Entrevista 12*

*“ (Deje de tomarlas) porque me sentía más enferma, porque sentía que iba al centro médico y veía a todos en mi misma condición y me sentía más desesperada” Entrevista 12*

#### **Anexo 3. Situaciones en las que se dificulta la adherencia al tratamiento farmacológico en individuos con trastorno bipolar.**

En el discurso de algunos entrevistados, se observó que en ciertos contextos emergían algunas de las voces anti adherencia al tratamiento farmacológico mencionadas anteriormente. Así, el desenvolverse en eventos sociales, experimentar un episodio de

crisis gatillado por el trastorno, no poder acceder a los medicamentos, la emergencia de proyectos vitales o sufrir modificaciones en la rutina diaria provocaba en el individuo una serie de conflictos con la medicación, llevando incluso a la no adherencia intencional o forzada. Sin embargo, para algunos entrevistados, estos contextos no se daban o son afrontados de tal forma que no interfería en su adherencia a la medicación.

A continuación se expondrán los resultados de las situaciones en las que se dificulta la adherencia al tratamiento farmacológico en individuos con trastorno bipolar.

### 1. Eventos sociales

Como se mencionó anteriormente, hay actividades que son excluyentes a la toma de medicación, tales como beber alcohol, consumir drogas, dormirse tarde, etc. Según algunos entrevistados (3, 4, 5, 7 y 12), estas actividades suelen realizarse en eventos donde se comparte con otros (fiestas, juntas con el círculo cercano, etc.), y es en este contexto donde emergen voces anti adherencia al tratamiento como el querer sentirse normal, negar que se tiene el diagnóstico, tener restricciones o no poder compartir con otros.

*“ También me ha tocado trabajar de noche, específicamente, y ahí me cuesta mucho seguir porque no me tomo las pastillas de noche cuando tengo que hacer otra cosa. O incluso cuando tengo que ir a una fiesta porque trato de no mezclarlas con trago, entonces eso es como una motivación para ir dejando las pastillas” Entrevista 3*

*“Anoche por ejemplo salí, e hice lo mismo, no me tomé los remedios. En el minuto no puedo porque yo sé que si me tomo los remedios no puedo tomar, ahí sí que no puedo porque se me apaga la tele muy rápido (...) A veces digo hoy no voy a tomar pero no me tomo los remedios por si acaso, por si caigo en la tentación” Entrevista 7*

*“Ya no salgo tanto y no tomo tanto como a los 18 años. Pero me pasó que fui a una fiesta de un amigo y me acosté a las 5 de la mañana, no me tome la pastilla y no dormí nada, al otro día andaba con la media cara en la pega y me preguntaron*

*qué onda, y yo dije que andaba con insomnio, estaba destrozado. Ya no estoy en carrete mechón, no me da el cuerpo (...) trato de no salirme tanto. Pero hay cosas que no voy a tranzar, no me motiva dejar de tomar copete pa na” Entrevista 5*

Sin embargo, otros pacientes (4, 8, 9 y 11) no se ven expuestos a estos contextos sociales, sus reuniones no implican la realización de estas actividades, o bien la hora de la toma de la medicación no coincide con la realización de eventos sociales, por lo que la adherencia no se ve afectada.

*“Noo, o sea cuando era más chica era más de tomar alcohol porque era más de moda, como estar con los amigos. Pero ahora estoy como más tranquila entonces no tengo problemas con el alcohol y medicamentos, o sea igual me los tomo, no dejo de tomarlos” Entrevista 4*

*“Es una rutina bastante tranquila, hasta el momento cero carrete pero yo creo que es porque estoy, no estoy en el fondo con exceso, todos mis amigos son de casa entonces en ese aspecto no tengo carrete ni ese tipo de cosas, cero alcohol” Entrevista 11*

## 2. Episodio de crisis gatillado por el trastorno bipolar

Esto significa que los conflictos con la medicación y/o su abandono están gatillados por la emergencia de síntomas o de una crisis de carácter depresivo (1, 3, 6 y 7) o maniaco (4 y 9), episodios que interfieren en la subjetividad del paciente y afectan así su actitud hacia la medicación. En esos casos aparecen las voces de desesperanza en estados depresivos, o de que la medicación no es necesaria en la manía, la falta de conciencia de enfermedad y la percepción de que la medicación no es efectiva, en el caso de quienes sufren un episodio estando medicados (3, 4 y 7).

*“Que me dé una crisis yo creo, que en la crisis puedo dejar de tomar remedios porque uno deja de ser uno mismo y no tiene los mismos pensamientos piensa otras cosas, entonces una crisis también me podría dejar sin tomar remedios” Entrevista 9*

*“Yo soy muyyy agresiva la verdad, entonces mi mii, cuando me considero que estoy siendo agresiva y estoy con el tratamiento, siento que no me están sirviendo y por eso las dejo” Entrevista 3*

*“Si po (me cuesta más seguir el tratamiento), como que en la descompensación siempre yo creo que viene como una falta de voluntad, se da una falta de voluntad. Y cuando no teni voluntad no haci las cosas po” Entrevista 1*

Sin embargo, otros pacientes manejan la emergencia de una crisis de tal forma que no influye en su adherencia al tratamiento. Por ejemplo, al dudar de la falta de efectividad del tratamiento por la emergencia de una crisis estando medicado, algunos recurren al psiquiatra para buscar solución, otros lo aceptan como un hecho común que puede darse o viven con angustia el tratamiento sin que eso signifique abandonarlo.

*“ Sii, yo creo que los medicamentos no me estaban funcionando por eso iba al psiquiatra, pa ver, que me los ajustara” Entrevista 8*

*“ (Me proyecto) siguiendo el tratamiento médico, yo creo que con unas hipomanías de por medio (...) yo ahora tengo fe en que no me va a venir una crisis fuerte, pero tomando remedios ¿cachai?” Entrevista 9*

Por otra parte, este evento también podría ser un facilitador de la adherencia del individuo al retomarlo tras vivir los efectos negativos secundarios de una crisis gatillada por el abandono de la medicación, o al adherir forzosamente tras una internación (3, 4, 7 y 9).

*“Eeeeh, si los dejo, así como al principio no siento ninguna diferencia, es como "ah, yo sabía que no me los tenía que seguir tomándomelos, si estoy igual, (...) empieza a pasar un mes o dos meses, es que al principio no me empiezo a dar cuenta hasta que estoy así muy hundida en el hoyo (...) y ahí como que trato de convencerme que no, que esto no es por los remedios, que justo coincidió de que yo me iba a bajonear en este minuto y como que si tomaba los remedios iba a pasar igual. Pero como después nunca subo de vuelta, no no no vuelvo a estar neutra por último, ahí es como "si, en realidad si, quizás es por los remedios y tengo que tomármelos" Entrevista 7*

*“Y ahí es comooo, cuando yo tomo, cuando me dejo de tomar las pastillas, yo físicamente siento una presión en mi cerebro, siempre lo digo, siento una presión en mi cerebro, como que me lo estuvieran apretado, y yo tomo las pastillas y dejo de sentir esa presión (...) Es por etapas, porque después me empiezo a sentir rápidamente mal y vuelvo rápidamente a las pastillas porque yo en realidad con las pastillas estoy súper equilibrada” Entrevista 3*

*“Claro es que después de las crisis me internan entonces ya después tengo que tomarlo por orden de las enfermeras y después en mi casa ya con mi mamá de nuevo a cargo mío, entonces ella me da los remedios, me ayuda con eso. Entonces no me puedo librar de los remedios (risas) ” Entrevista 4*

### 3. Imposibilidad de acceder al tratamiento

Muchos de los entrevistados (2, 3, 7, 8, 9 y 11) son ayudados por sus familiares en el financiamiento de su tratamiento farmacológico. Y dentro de su relato, este hecho es imprescindible, ya que de otra forma deberían seguirlo de forma intermitente y/o tendrían que abandonar forzosamente su tratamiento dado que no son capaces de costear por sí mismo el tratamiento.

*“Lo más difícil, bueno, es la plata porque a final de mes cuando no tengo ni uno obviamente que es como, gastarme 100.000, 150.000 pesos en la farmacia, y de esos 150.000 me quedan como a veces pa dos semana o tres semanas y como vivo sola tengo que pagar gastos comunes, que la comida y todas esas cosas entonces es como mmm, "ya, me voy a empezar a tomar los remedios día por medio" como para alargarme un poco los que me quedan y así me quedan pa una semana más” Entrevista 7*

*“Resulta que como nos cambiamos de isaaapre, nos cambiamos de psiquiaaatra y todo, estuve como un, a ver, fui a La Serena en marzo, principios de marzo, estuve mediados de abril, como a finales de abril sin tratamiento farmacológico (...) Si, es que nos cambiaron de isapre, yo antes me atendía con vida íntegra y se acabó, me entregaban los remedios por la, por cruz verde y se acabó lo, la receta*

*del mes entonces tuve que dejarlo hasta, hasta que, hasta finales de abril po”  
Entrevista 8*

*“Mientras me he medicado he tenido crisis (...)al principio de este año pero muy cortita, me fui pa arriba... antes eran unas mini depres de dos o tres días pero este me pego fuerte (...) estaba con medicamentos y tuve que quitar el antidepresivo de una (...) no había podido ir (al psiquiatra) por la plata (...) porque no estaba en el GES. El medicamento no es tan caro, podría ser peor, pero no tenía lucas”  
Entrevista 5*

*“Que te compran los remedios (mis padres), te ayudan económicamente, porque yo no podría solventar ahora todo lo que tengo de gastos ¿cachay?” Entrevista 11*

*“ (Sobre alguna razón por la que dejaría el tratamiento), no sé, que ya mis papas no pudieran pagar los remedios” Entrevista 9*

Además, se pudo observar en una paciente no adherente, que la dificultad para acceder al tratamiento fue el gatillante que posibilitó la no adherencia definitiva al tratamiento.

*“Los dos discutían y decían “ ¿Cómo va a dejar su tratamiento? Y una vez que la saques de la Isapre, ninguna Isapre la va a recibir porque tiene bipolaridad y nadie se va a querer hacer cargo de eso”. Y bueno, yo dije “bueno, que importa que me vaya a Fonasa”, pero ellos no me dejaban porque ellos si consideran importante el tratamiento y ahí después yo dije que voy a dejar de ir porque mi papá no paga la canasta, no soy ges, no tengo que comprar remedios que no estaban en la canasta y que estaban muy caros, entonces dije “yaa, me salgo, no importa”.  
Entrevista 12*

#### 4. Modificaciones en rutina diaria del individuo

Se observó en ciertos pacientes adherentes (4, 8, 9 y 11) que el cumplimiento del tratamiento farmacológico se vio dificultado por situaciones en las cuales se modifican sus rutinas diarias. De esta forma, tener cambios en sus horarios o actividades diarias por retrasos, viajes, etc. provocan que el paciente olvide la toma de su medicación, haciendo

que en esas circunstancias retrase el cumplimiento de su tratamiento. Es importante recalcar que esta no adherencia es parcial y no intencional.

*“Cuando me, cuando tengo que viajar a Curicó más que nada porque m, ahí como que me cambian los horaaario, me levanto más temprano entonces ahi, y se me (olvida), y a veces no me llevaba las pastillaa (ríe) ” Entrevista 8*

*“Cuando estoy en la casa de mi papá, porque yo vivo con mi mamá, de repente se me olvida y me lo tomo más tarde” Entrevista 9*

*“Segundo evento no me acuerdo cuando fue pero me ha pasado dos o tres veces a todo reventar en este periodo de ocho años, me ha pasado que uno sale apurado en la mañana y no se toma el remedio y yo me acuerdo que salí súper apurada”. Entrevista 11*

## 5. Emergencia de proyectos vitales

Uno de los efectos adversos del tratamiento farmacológico es el posible desarrollo de complicaciones físicas en el feto durante el embarazo, por lo que dos pacientes señalaron haber dejado la medicación para proteger su embarazo (4) o en un futuro querer dejar la medicación cuando se planea ser madre (8). De esta forma, emerge en ellas la voz anti adherencia de vivir las consecuencias negativas del tratamiento, en este caso, perjudicar su embarazo.

*“Yo los tuve que dejar en el embarazo de mi hijo ahí los tuve que dejar y fue como bien triste el embarazo porque no me estaba tratando no estaba con remedios y no me acuerdo haber tenido controles con psiquiatra, después del parto me dio depresión post parto entonces tuve que dejar de dar de pecho a Gonzalo y ese fue un episodio sin remedios” Entrevista 4*

*“Yo creo que lo voy a dejar cuando esté embarazá, yo me he puesto en ese lugar y pienso dejarlo cuando vaya a tener un bebé. Porque no quiero que mi bebé*

*crezca con tratamiento farmacológico. Espero que mi cuerpo esté limpiecito para él. Yo creo que ahí lo dejaría, y seguir amamantando” Entrevista 8*

Sin embargo, una tercera paciente (3) señala pensar en reemplazar su idea de embarazarse por la de la adopción, debido al miedo a dejar la medicación y sufrir sus efectos secundarios, por lo que este proyecto vital no interferiría en su adherencia al tratamiento.

*“La verdad es que yo pretendo seguir con el tratamiento, si me asusta mucho lo que tiene que ver con el embarazo y el post parto con una enfermedad bipolar. Sobre todo porque no he encontrado como tanta información y yo sí quiero tener hijos. He considerado incluso la opción de adoptar y no tener hijos biológicos. Solamente por el miedo a dejar las pastillas mucho tiempo o estar con un embarazo con pastillas” Entrevista 3*

#### **Anexo 4. Pauta de entrevista**

##### *1. Aspectos generales del trastorno*

- Sexo y edad
- Diagnóstico y tratamiento a seguir
- Año de diagnóstico
- Historial evolución de enfermedad (números de crisis, episodios relacionados con la enfermedad que son relevantes en la historia de vida, etc.)

##### *2. Percepción general del trastorno*

- Conocimiento sobre la enfermedad
- Reacción inicial frente al diagnóstico
- Actitud frente al diagnóstico
- Impacto de tener el diagnóstico en el diario vivir y en distintas áreas de su vida
- Grado de funcionalidad del paciente

##### *3. Percepción de adherencia al tratamiento*

- Percepción de adherencia al tratamiento farmacológico
- Percepción del nivel de esfuerzo y dificultad para cumplir con el tratamiento
- Situaciones que facilitan el cumplimiento del tratamiento
- Situaciones que dificultan el cumplimiento del tratamiento
- Motivaciones para adherir al tratamiento

##### *4. Personalidad y recursos psicológicos*

- Autoestima
- Autoeficacia

-Capacidad de pedir ayuda a los demás

*5. Aspectos relacionales*

-Percepción de apoyo social

-Percepción de tipo de apoyo social

-Reacción de los otros ante conocimiento del diagnóstico y reacción del paciente ante el hecho.

-Percepción de experiencias de estigmatización reales y/o anticipadas.

-Mecanismos de afrontamiento ante experiencias de estigmatización reales y/o anticipadas.