

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

FACTORES QUE INCIDEN EN LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE
PACIENTES BIPOLARES

LIDIA PATRICIA CARDONA GALINDO

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con especialidad en Psiquiatría
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría

Junio 2016

ACTO QUE DEDICO

A Dios:	Por su misericordia y bondad inmerecida
A mis padres:	Aunque no están físicamente presentes, pero sí en espíritu
A mi familia:	Por su amor y apoyo incondicional a lo largo del camino
A mis mascotas:	Por su cariño y por siempre endulzar mi vida
A mis amigos:	Por ser mis hermanos
A mis maestros:	Por compartir generosamente sus conocimientos
A la Universidad de San Carlos de Guatemala	Mi alma mater, de donde egreso con orgullo
A Guatemala:	Mi tierra querida, mi madre

ÍNDICE

	Resumen	i
I.	Introducción	1
II.	Antecedentes	3
III.	Objetivos	8
IV.	Material y Métodos	9
V.	Resultados	12
VI.	Discusión y Análisis	19
	Conclusiones y Recomendaciones	
VII.	Referencias Bibliográficas	22
VIII.	Anexos	23

RESUMEN

El trastorno afectivo bipolar (TAB), también conocido como trastorno bipolar y antiguamente como psicosis maníaco-depresiva y ciclotimia, es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la presencia de uno o más episodios de alteraciones del afecto, con niveles anormalmente elevados de energía, cognición y del estado de ánimo. Clínicamente se refleja en estados de manía o, en casos más leves, hipomanía junto con episodios concomitantes o alternantes de depresión, de tal manera que el afectado suele oscilar entre la alegría y la tristeza de una manera mucho más marcada que las personas que no padecen esta patología.¹

Por lo general tiene expresión por un desequilibrio electroquímico en los neurotransmisores cerebrales. Adicionalmente, debido a las características del trastorno bipolar, los individuos tienen más riesgo de mortalidad por suicidio, homicidio, accidentes y por causas naturales como las enfermedades cardiovasculares.²

El trastorno afectivo bipolar se clasifica (en las clasificaciones internacionales, DSM V y CIE 10) en tipos I y II. El tipo I se caracteriza por la presencia de más episodios maníacos que depresivos y en el tipo II usualmente el paciente presenta más episodios depresivos mayores, además de episodios hipomaniacos. La prevalencia durante la vida del trastorno afectivo bipolar alcanza hasta un 2.4% para el tipo I y 4.8% para el tipo II, la ciclotimia 6.3%, hipomanía 7.8% y el espectro bipolar completo el 7.8%.³

Prognosis

Alrededor de 40 a 50% de pacientes con trastorno afectivo bipolar I tienen un segundo episodio maníaco en los dos años posteriores al primer episodio. Entre 50 a 60% de estos pacientes alcanzarán un control significativo de su sintomatología con carbonato de litio. Se ha evidenciado que una historia premórbida laboral pobre, dependencia de alcohol, rasgos psicóticos y depresivos, rasgos depresivos interepisódicos y pertenecer al género masculino son factores

que contribuyen a un mal pronóstico. Al contrario, los episodios maníacos de corta duración, edad avanzada de inicio, pocas ideaciones suicidas y pocos problemas médicos o psiquiátricos coexistentes indican un mejor pronóstico.

Alrededor de 7% de los pacientes con trastorno afectivo bipolar I no tienen recurrencia de síntomas; 45% tienen más de un episodio y 40% se cronifican. Los pacientes pueden tener de 2 a 30 episodios maníacos, aunque el promedio es de 9.

El curso y pronóstico del trastorno afectivo bipolar II es estable, debido a que dicho trastorno es una enfermedad crónica que requiere estrategias de tratamiento a largo plazo.

La adherencia farmacológica se define como el seguimiento de las instrucciones médicas en cuanto a cómo y cuándo tomar los fármacos prescritos al paciente. El cumplimiento del tratamiento desempeña un papel central en el manejo o control de cualquier enfermedad. La falta de cumplimiento de las prescripciones médicas es muy frecuente.

Las tasas típicas de cumplimiento alcanzan aproximadamente 50% con un rango que va de 0 a 100%. Dependiendo de la relación entre respuesta a tratamiento y dosificación del medicamento, la falta de cumplimiento disminuye los beneficios del mismo y puede inducir a errores en la evaluación de la eficacia de los distintos tipos de tratamiento⁵

El propósito de este estudio es el de identificar las causas que contribuyeron a que los pacientes con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar que asistieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Salud Mental en el período de enero a diciembre de 2011 se adherieron o no al tratamiento farmacológico que en este centro asistencial se les brindó.

I. INTRODUCCIÓN

La incidencia del trastorno afectivo bipolar es menor al 1% durante la vida, aunque es difícil de estimar esto debido a que formas más leves de trastorno afectivo bipolar no son diagnosticadas muchas veces. El trastorno afectivo bipolar es prevalente de igual manera en hombres que en mujeres. Los episodios maniacos son más comunes en hombres y los episodios depresivos más frecuentes en mujeres. Cuando los episodios maniacos se presentan en mujeres, es más probable que sean mixtos, comparados con la incidencia en hombres. Las pacientes femeninas tienen también una alta tasa de ciclado rápido, lo que se define como tener cuatro o más episodios maniacos durante un año.⁶

El trastorno afectivo bipolar se presenta en todas las culturas y etnias con tasas de prevalencia similares del orden de un 1,6%. Sin embargo, estudios que consideran todo el rango del espectro bipolar, reportan una prevalencia a lo largo de la vida que oscila entre un 3.7% y 6%. Por otra parte, la razón de hombres/mujeres afectadas es de 1.3 a 2.1 respectivamente. Si bien el trastorno afectivo bipolar puede desarrollarse a cualquier edad, el momento de más frecuente presentación es entre los 15 y 19 años; debutando en un 59% de los casos durante la niñez o adolescencia.⁷

La magnitud de ese trastorno es importante debido a la carga social y económica que representa para el paciente, familiares y la sociedad en general. El costo en sufrimiento humano es incalculable. En el Hospital Nacional de Salud Mental el trastorno afectivo bipolar es la tercera causa de consulta. Salomon et al. han calculado que un paciente pasa en promedio 125 meses enfermo durante toda su vida, pierde hasta 14 años de su vida productiva, en el 50% de los casos no alcanza un adecuado status laboral, tiene una probabilidad del 10% de cometer suicidio y puede tener un pronóstico sombrío a largo plazo. Según un meta-análisis efectuado por Goodwin&Jamison con 28 estudios sobre el suicidio en pacientes con trastorno afectivo bipolar, éste se presenta en el 18.9% de los pacientes. El 25 a 50% de los pacientes bipolares intentan alguna forma de suicidio alguna vez en la vida y por lo menos una quinta parte de todos los pacientes lo logran. El 90% de los intentos revisten suficiente gravedad como para requerir hospitalización. El 82% de los pacientes bipolares deprimidos presentan ideación suicida.

Los pacientes bipolares tipo II tienen un riesgo mayor de cometer suicidio que los pacientes bipolares tipo I y hasta el 50% de los pacientes con manía mixta se suicidan. En general las mujeres (15-48%) presentan mayor porcentaje de intento de suicidio que los hombres (4-27%), pero los hombres consuman el suicidio con mayor frecuencia que las mujeres.⁸

Siendo la prevalencia del trastorno afectivo bipolar en Guatemala similar a las cifras mundiales, es decir 1.6%, se deduce que en una población de 14 millones aproximadamente de habitantes, 224,000 padecen de dicho trastorno. Como se mencionó anteriormente, el trastorno afectivo bipolar representa la tercera causa de consulta en el Hospital Nacional de Salud Mental, haciendo que los costos de medicamentos para tratar dicha enfermedad sean elevados y que la carga económica para el estado de Guatemala se eleve por los fondos asignados a tratar esta patología. En nuestro país carecemos de estudios que busquen identificar factores de adherencia farmacológica en el trastorno afectivo bipolar, los cuales servirían para prevenir recaídas y empeoramiento de sintomatología en los pacientes con este diagnóstico. Lo anterior redundaría en beneficios económicos, familiares y sociales, además de disminuir el sufrimiento humano de los pacientes con ésta patología.

II. ANTECEDENTES

Durante casi un milenio después de la caída del Imperio Romano, la hipótesis humoral de los griegos se impuso como la teoría de la causa de la depresión y la manía. La hipótesis humoral afirmaba que la "melancolía" (depresión) era causada por un fluido corporal, conocido como la «bilis negra», mientras que la "manía" (locura) fue causada por otro fluido llamado entonces «bilis amarilla». De allí que las palabras "depresión" (anteriormente llamada "melancolía") y "manía", tienen su etimología en el lenguaje griego clásico. La palabra melancolía se deriva de la palabra μελας, (melas), "negra", y χολη, (jolé), "bilis", indicando los orígenes del término en las teorías de los cambios de humor de Hipócrates.

Sin embargo, los orígenes lingüísticos de manía no están tan claros. Varias etimologías son propuestas por el médico romano Caelius Aurelianus, incluyendo la palabra griega 'ania', lo que quiere decir que produce una gran angustia mental, y 'manos', que quiere decir relajado o suelto, lo que se podría aproximar del contexto es una mente o alma excesivamente relajada.⁹

Otra fuente menciona que manía, la presencia de la cual es un criterio para ciertos diagnósticos psiquiátricos, es un estado de ánimo anormalmente elevado o irritable con niveles de energía aumentados. La palabra se deriva del griego "μανία" (mania): "locura"; "μαίνομαι" (mainomai), "locura, demencia, estado de furor".¹⁰

DEFINICIONES

Manía(sin síntomas psicóticos):

Es un estado de elevación del humor sin relación con las circunstancias del paciente y puede variar de una jovialidad descuidada a una excitación casi incontrolable. La euforia se acompaña de aumento de energía, la cual ocasiona un exceso de actividad, logorrea y disminución de las necesidades del sueño. No puede mantenerse la atención y a menudo hay distraibilidad marcada. La autoestima suele ser exagerada, con ideas de grandiosidad y exceso de confianza.

La pérdida de las inhibiciones sociales normales puede conducir a un comportamiento temerario, imprudente o inapropiado a las circunstancias y al carácter del sujeto. En algunos episodios maníacos, el humor es irritable o suspicaz, en lugar de eufórico.

Manía (con síntomas psicóticos):

Además de lo anterior, están presentes ideas delirantes (usualmente de grandeza) o alucinaciones (por lo general, en forma de voces que hablan directamente al paciente), o la excitación, la actividad motora excesiva y la fuga de ideas son tan severas, que el sujeto es incomprendible o inaccesible en la comunicación ordinaria.¹¹

Hipomanía:

Trastorno caracterizado por una elevación leve y persistente del ánimo, un aumento de la energía y de la actividad y, normalmente, sentimientos marcados de bienestar y eficiencia física y mental. También es frecuente que el individuo se muestre más sociable y hablador, que se comporte con una familiaridad excesiva, que muestre un excesivo vigor sexual y disminución de las necesidades del sueño, pero sin llegar al extremo de interferir con la actividad laboral o provocar rechazo social. Puede haber irritabilidad y un comportamiento grosero y engreído, en lugar de la sociabilidad eufórica que es más frecuente. Las alteraciones en el humor y el comportamiento no se acompañan de alucinaciones o ideas delirantes.

Episodio depresivo:

En este tipo de episodios, ya sean leves, moderados o graves, el paciente sufre un estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad. La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse está reducida y es frecuente un cansancio importante incluso tras un esfuerzo mínimo. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido. La autoestima y la confianza es uno mismo casi siempre están reducidas e, incluso en las formas leves, a menudo están presentes ideas de culpa o inutilidad. El estado de ánimo bajo varía poco de un día a otro, no responde a las circunstancias externas y puede acompañarse de los denominados síntomas “somáticos”, como son: pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, despertar precoz varias horas antes de la hora habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, enlentecimiento psicomotor importante, agitación, pérdida del apetito y de peso y disminución de la libido. En función del número y severidad de los síntomas, un episodio depresivo puede especificarse como leve, moderado o grave

Descripción de los trastornos del humor:

Los trastornos del humor a menudo son llamados trastornos afectivos, dado que el afecto es la expresión externa del humor o la emoción que, sin embargo, se sienten internamente. La depresión y la manía suelen ser considerados como extremos opuestos de un espectro afectivo o del humor. Clásicamente, la manía y la depresión son “polos” opuestos, generando así los términos depresión “unipolar” (la de los pacientes que sólo sufren el polo depresivo). Sin embargo, en la práctica, la depresión y la manía pueden ocurrir simultáneamente, considerándose que existe un trastorno de humor “mixto”. La manía también puede darse en menor grado, conociéndose como “hipomanía”; por otro lado, el paciente podría cambiar rápidamente entre la manía y la depresión, lo que se conoce como “ciclado rápido”.¹²

Trastorno bipolar:

Trastorno del humor grave, crónico y recurrente, con origen principalmente genético. Tiene una prevalencia de vida del 1 al 7% respectivamente, dependiendo si se incluyen las formas “suaves” del espectro bipolar y según el tipo de muestra estudiada (comunitaria versus clínica). Se caracteriza por episodios de manía o hipomanía (con predominio de humor eufórico e irritable)ⁱⁱⁱ. También, en lo que a cambios de humor y de actividad respecta, se caracteriza por dos o más episodios en los cuales el humor y los niveles de actividad del paciente están significativamente alterados. Esta alteración consiste, en algunas ocasiones, en un humor elevado y un aumento de la energía y la actividad (hipomanía o manía), y en otras, en un humor bajo y una disminución de la energía y la actividad (depresión).

Adherencia farmacológica:

Se define adherencia al tratamiento como la conducta del paciente que coincide con la prescripción médica, en términos de tomar los medicamentos, seguir las dietas o transformar su estilo de vida. La adherencia al tratamiento es importante para evaluar la evolución clínica, ya que una alianza terapéutica entre el paciente y el médico es necesaria para el éxito del tratamiento. Existen diversas técnicas para medir la adherencia al tratamiento farmacológico, como la cuantificación directa del fármaco en sangre u orina, entrevista al paciente y el conteo de tabletas, entre otras. La falta de adherencia al tratamiento implica grandes erogaciones económicas, ya que más de 10% de los ingresos hospitalarios se deben a esta causa.

Los factores de riesgo para la no adherencia terapéutica son los relacionados con el paciente, la enfermedad, el médico tratante, el lugar donde se prescribe el tratamiento y el medicamento en sí. Los estudios sobre este tema muestran que es de 50% de cumplimiento en enfermedades crónicas; y en enfermedades agudas, como la diarrea, varía entre 31% y 49%, con los siguientes factores de riesgo asociados: desconocimiento de la enfermedad, desconfianza de la capacidad del médico, duración de la consulta menor a cinco minutos, falta de comprensión de las indicaciones médicas, escolaridad baja, estado civil e intolerancia a los medicamentos. Otro de los factores asociados con no tener adherencia al tratamiento terapéutico, es el uso de plantas o productos de origen tal paciente la aceptación de su padecimiento e identificar los trastornos afectivos y de ansiedad que ello implica, ya que su manejo adecuado también se asocia con una mejoría en la calidad de vida y en la adherencia terapéutica. La trascendencia económica del consumo inadecuado de fármacos es indiscutible y es un auténtico reto para los administradores, debido al derroche económico que hacen los pacientes; en estudios realizados con este propósito, se encontró un consumo menor a 75%.¹³

Adherencia farmacológica en el trastorno afectivo bipolar:

La gravedad de las patologías del espectro bipolar a corto plazo (abandono escolar, riesgo suicida, entre otros) y la tórpida evolución a largo plazo, con hasta el 90% de recaídas reportadas en los dos primeros años, apoyan la instauración de un tratamiento farmacológico profiláctico.¹⁴

En los trastornos psiquiátricos, el mal cumplimiento a los tratamientos prescritos tiene un especial peso, debido a que, a menudo, la capacidad del paciente para tomar decisiones se ve seriamente alterada. Lo anterior, unido al estigma asociado tanto a los trastornos psiquiátricos como al uso de psicofármacos, implica que la mala adherencia farmacológica sea más frecuente en pacientes psiquiátricos. En el caso del trastorno afectivo bipolar, el abandono a la medicación se considera la causa más común de recurrencia. El riesgo de hospitalización durante un período de doce meses es cuatro veces mayor en el caso de pacientes que no toman correctamente estabilizadores del ánimo prescritos para su condición. Existen estudios que confirman que la baja adherencia a los estabilizadores del ánimo se asocia con un incremento en las visitas a los servicios de urgencias y hospitalizaciones, mientras que el buen cumplimiento terapéutico se asocia con un mayor período de tiempo sin recaídas.¹⁵

Yatrogenia farmacológica:

Por último debe agregarse que el riesgo de yatrogenia se ha multiplicado en los últimos años por el auge de la polifarmacia, a causa de múltiples factores:

1. Consumo cada vez mayor de psicofármacos y aumento de la esperanza de vida, de enfermedades crónicas y el uso crónico de todo tipo de fármacos.
2. Tendencia al tratamiento polipsicofarmacológico, especialmente en el trastorno bipolar.
3. Acortamiento de las estancias hospitalarias a costa del empleo de fórmulas “sintomáticas” que comportan el uso de múltiples fármacos.¹⁶

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General:

Identificar los factores que inciden en la adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar tratados en la consulta externa del Hospital Nacional de Salud Mental.

3.2 Objetivos específicos:

3.2.1 Identificar factores que inciden en la adherencia al tratamiento farmacológico en el trastorno afectivo bipolar a posteriori.

3.2.2 Enumerar factores que contribuyen a la buena adherencia en el tratamiento farmacológico en el trastorno afectivo bipolar.

3.2.3 Enumerar factores de riesgo que contribuyen a la mala adherencia en el tratamiento farmacológico en el trastorno afectivo bipolar.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 El tipo de estudio

El estudio es un estudio descriptivo, transversal.

SUJETO DE ESTUDIO (Unidad de análisis): respuestas a boleta de recolección de datos de pacientes que tienen diagnóstico de bipolaridad y que consultaron a la clínica de pacientes con trastorno bipolar del Hospital Nacional de Salud Mental durante el período comprendido entre enero a diciembre 2011.

4.2 La Población:

Pacientes que tienen diagnóstico de bipolaridad y que consultaron a la clínica de pacientes con trastorno bipolar del Hospital Nacional de Salud Mental durante el período comprendido entre enero a diciembre 2011.

UNIVERSO Y MUESTRA:

El universo de población del presente trabajo de investigación fue el número total de pacientes con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar tratados en la consulta externa del Hospital Nacional de Salud Mental (aproximadamente 600).

El tamaño de la muestra se calculó utilizando la fórmula estadística:

$n = N[(p)(q)] / (N-1) \frac{le^2}{4} + (p)(q)$. Donde: n = el tamaño de la muestra;

N= universo; p= posibilidad de ocurrencia del fenómeno, valor constante de 0.5; q = la posibilidad de que no ocurra p (1-p = q, sustituyendo, 1-0.5 = 0.5; le = límite del error del 5%).

Entonces: $n = 600[(0.5)(0.5)] / (600-1) \frac{(0.05)^2}{4} + \{(0.5)(0.5)\} = 240$ tamaño de la muestra.

El proceso de la selección de los entrevistados será aleatorio, por captación. El tiempo aproximado para que cada paciente complete la boleta es de 10 minutos.

4.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Pacientes que tienen diagnóstico de bipolaridad y que consultaron a la clínica de pacientes con trastorno bipolar del Hospital Nacional de Salud Mental durante el período comprendido entre enero a diciembre 2011.

4.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Pacientes que no cumplan con criterios diagnósticos de bipolaridad, aunque hayan consultado a la clínica de pacientes con trastorno bipolar del Hospital Nacional de Salud Mental durante el período comprendido entre enero a diciembre 2011.

Pacientes con diagnóstico de bipolaridad que se encontraban en estado psicótico.

4.3 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se realizó entrevista dirigida a través de boleta de recolección de datos.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN:

Esta investigación fue únicamente descriptiva y no se realizó ninguna intervención o modificación intervencional con las variables fisiológicas, pero sí con las sociales y psicológicas de los participantes del estudio por lo que se considera grado II¹⁷. Se respetó la confidencialidad de los participantes. Previo a responder a cada instrumento de recolección de datos, los pacientes firmaron un formulario de consentimiento informado, en el cual se les explicó sobre la confidencialidad de la información brindada y que los datos serán utilizados con fines únicamente de investigación.

4.5 PLAN DE ANÁLISIS:

Se hizo un análisis descriptivo en forma univariada (no se establece relación causa-efecto entre las variables) calculando proporciones; se utilizaron cuadros para la presentación de resultados, en forma porcentual. El universo de población del presente trabajo de investigación fue el número total de pacientes con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar tratados en la consulta externa del Hospital Nacional de Salud Mental (aproximadamente 600).

El tamaño de la muestra se calculó utilizando la fórmula estadística: $n = N[(p)(q)] / (N-1) le^2/4 + (p)(q)$. Donde: n = el tamaño de la muestra; N= universo; p= posibilidad de ocurrencia del fenómeno, valor constante de 0.5; q = la posibilidad de que no ocurra p (1-p = q, sustituyendo, 1-0.5 = 0.5; le = límite del error del 5%). Entonces: $n = 600[(0.5)(0.5)] / (600-1)(0.05^2/4) + \{(0.5)(0.5)\} = 240$ tamaño de la muestra. El proceso de la selección de los entrevistados fue aleatorio, por captación.

4.6 RECURSOS:

-Humanos:

Personal médico a cargo de la clínica de pacientes con trastorno afectivo bipolar de la consulta externa del Hospital Nacional de Salud Mental.

-Físico:

Clínica de pacientes con trastorno afectivo bipolar de la consulta externa del Hospital Nacional de Salud Mental.

-Materiales:

Boletas de recolección de datos

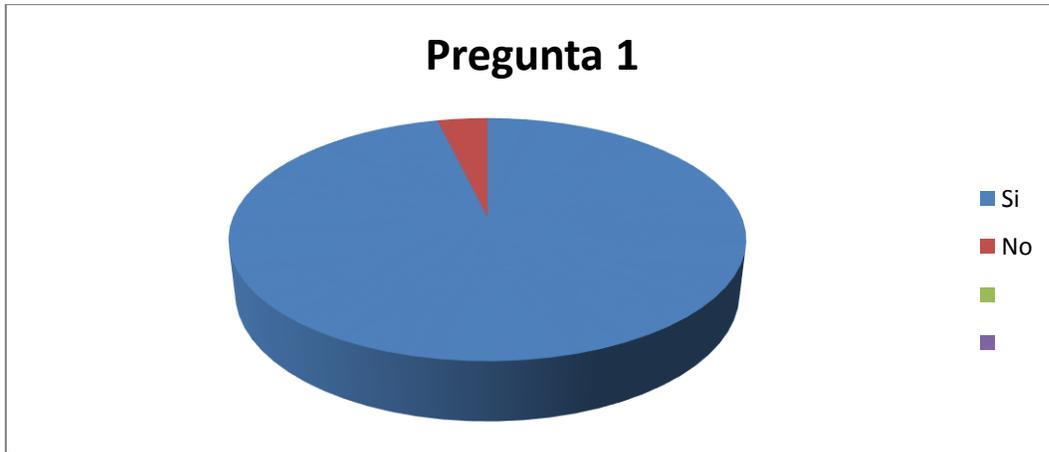
Computadora

Equipo de oficina

V. RESULTADOS

Pregunta # 1 ¿Toma usted sus medicamentos como se lo indicó su médico?

SI	NO
232	8



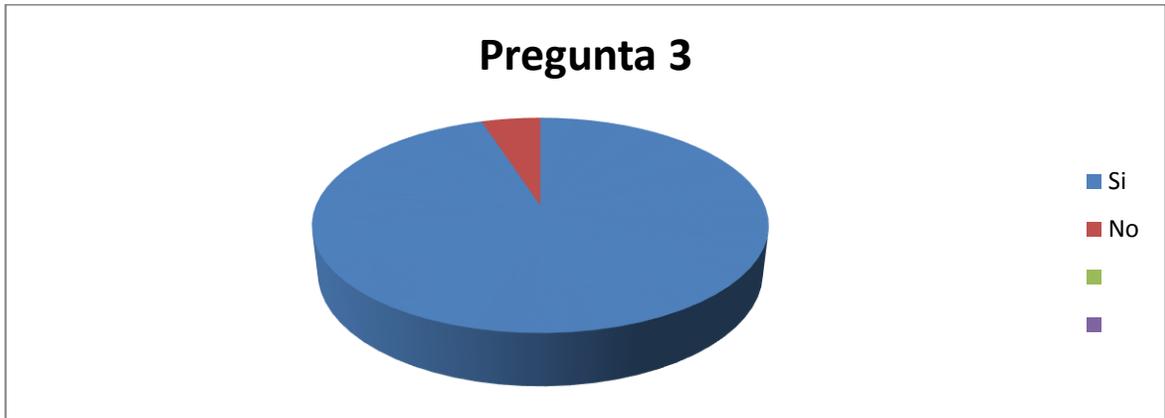
Pregunta # 2 ¿Entiende como debe tomar sus medicamentos?

SI	NO
238	2



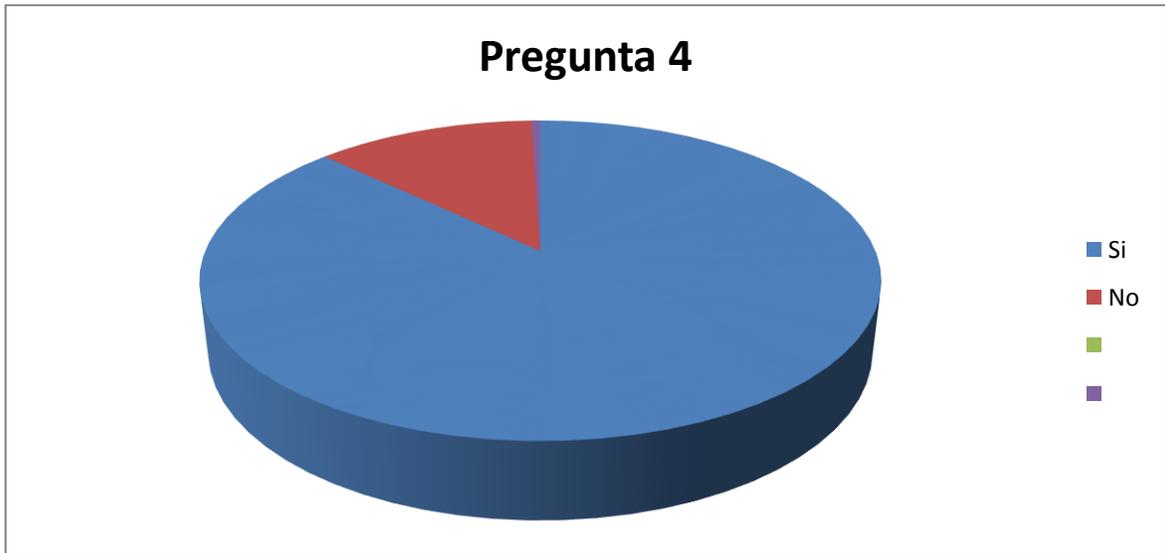
Pregunta # 3 ¿Recibe apoyo de su familia para cumplir con la toma de sus medicinas?

SI	NO
228	12



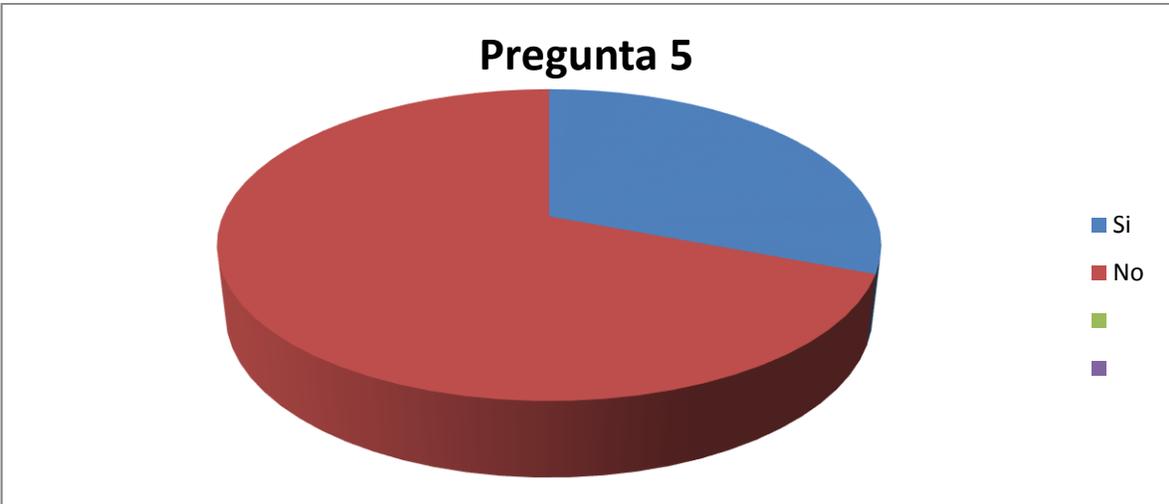
Pregunta # 4 ¿Alguien de su familia o comunidad le dijo que dejara de tomar sus medicamentos?

Si	NO
210	30



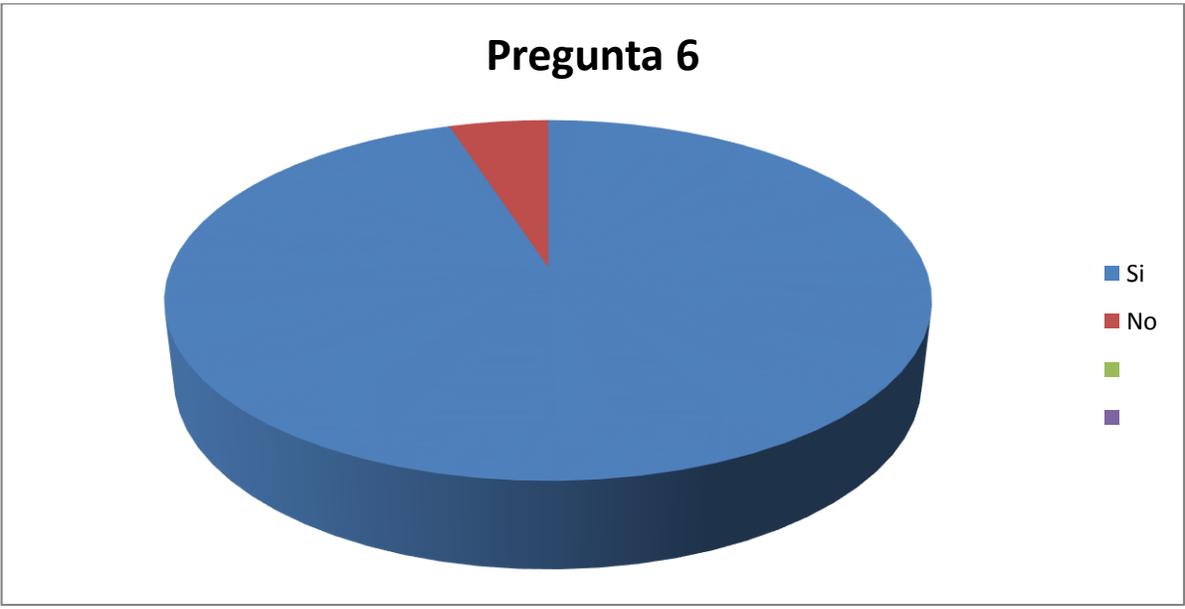
Pregunta # 5 ¿Quisiera usted dejar de tomar las medicinas que le recetaron?

SI	NO
74	166



Pregunta # 6 ¿Cree usted que necesita tomar los medicamentos que le recetaron?

SI	NO
228	12



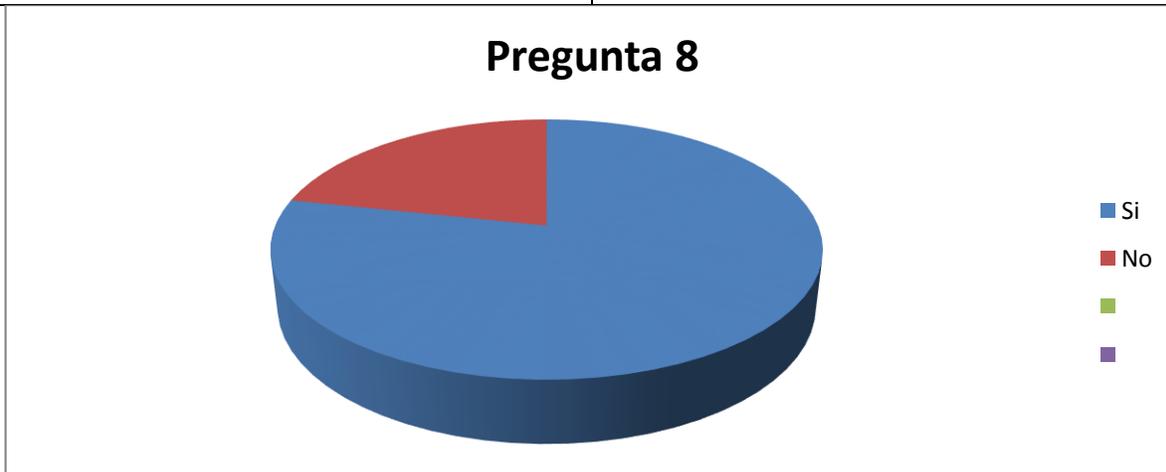
Pregunta # 7 ¿Ha visto usted mejoría de sus síntomas con la toma de sus medicamentos?

SI	NO
234	6



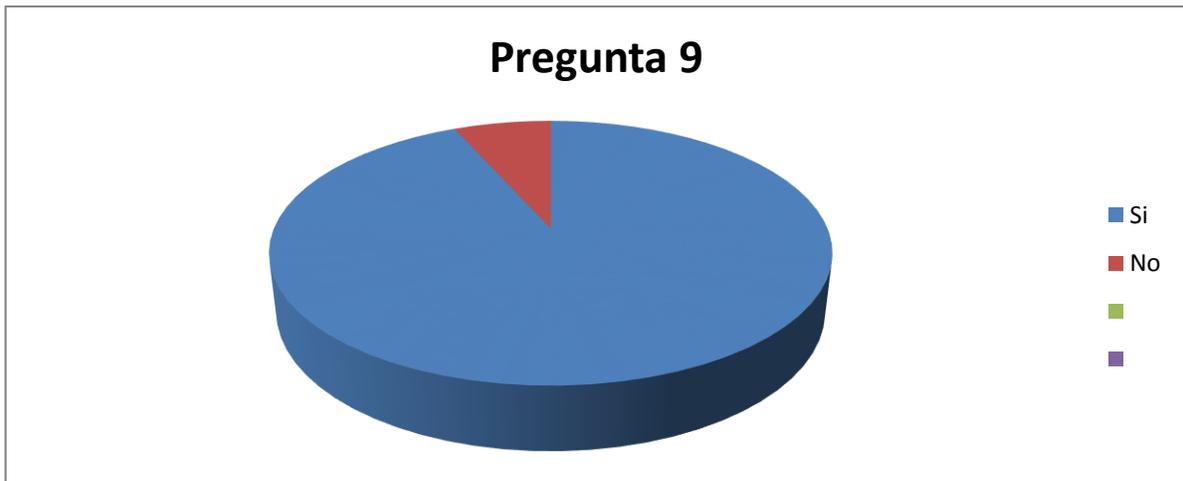
Pregunta # 8 ¿Le dijo su médico por cuánto tiempo debe tomar sus medicamentos?

SI	NO
188	52



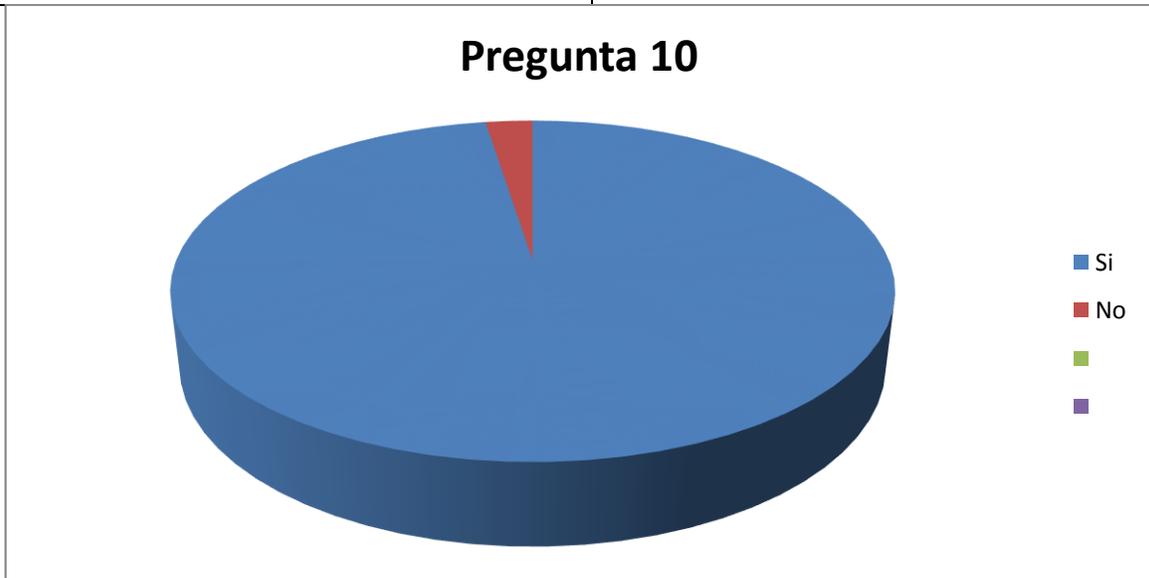
Pregunta # 9 ¿Le explicó su médico la manera en la que sus medicamentos le ayudarían a combatir los síntomas de su enfermedad?

SI	NO
224	16



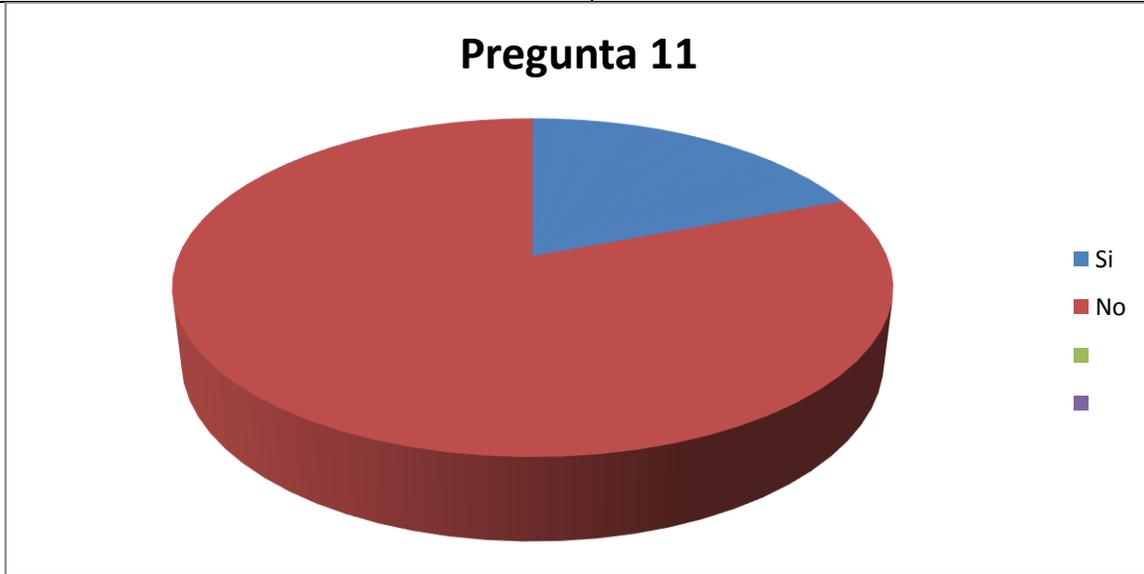
Pregunta # 10 ¿Cree usted que es importante en el tratamiento de su enfermedad tomar sus medicamentos?

SI	NO
234	6



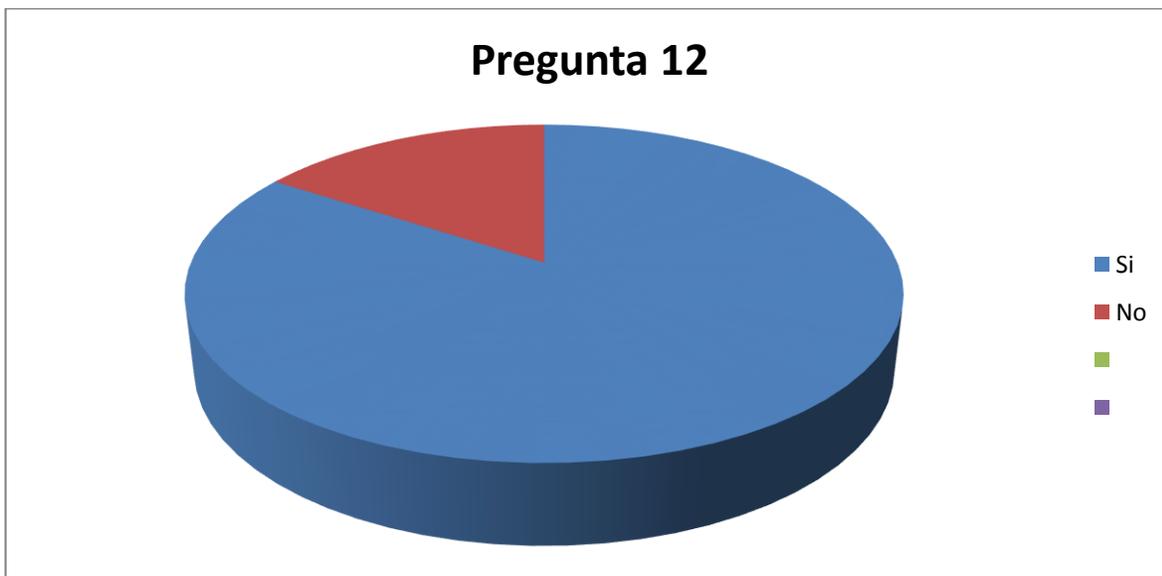
Pregunta # 11 ¿En su familia-comunidad-grupo religioso están en contra del uso de medicamentos “químicos”?

SI	NO
46	194



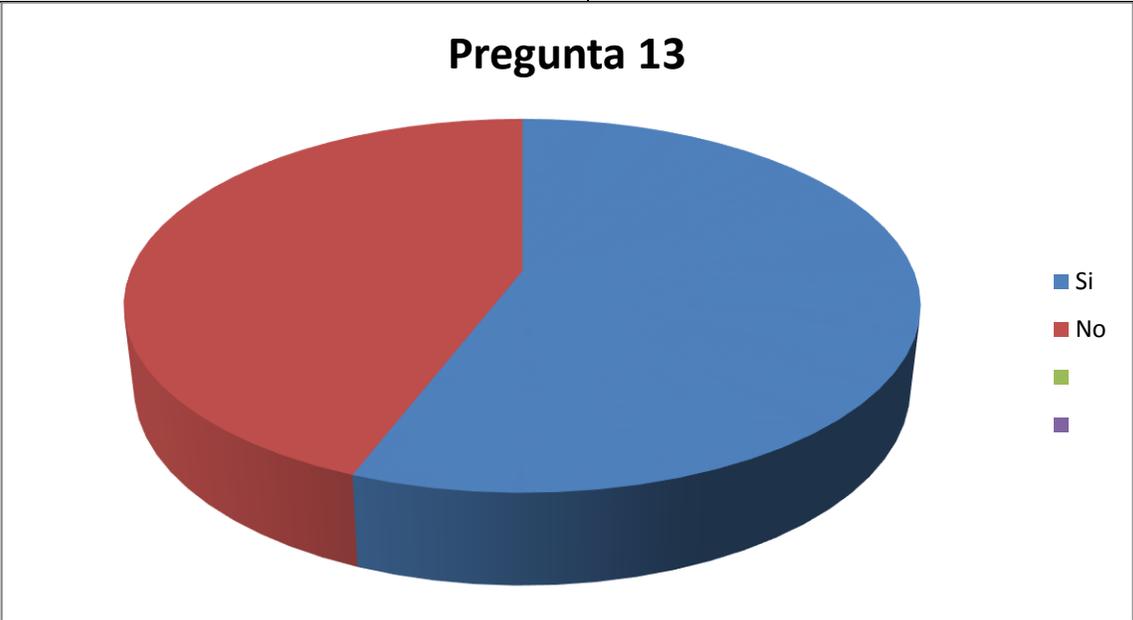
Pregunta # 12 ¿Entiende usted la letra de su médico en las recetas?

SI	NO
202	38



Pregunta # 13 ¿Quisiera usted que su médico se tomara más tiempo para explicarle cómo tomar las medicinas?

SI	NO
134	106



VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

La mayoría de los pacientes (96.67%) respondieron que toman sus medicamentos como su médico se los indica, algo discutible debido a los índices de abandono de tratamiento y de recaídas que se reportan en varios estudios, donde se señala que hasta un 30% de pacientes abandona el tratamiento farmacológico pocos meses después de haberlo iniciado, con un índice de recaídas hasta tres veces más alto en comparación con los pacientes que continuaron con el tratamiento^{iv}. 99.17% de pacientes refirieron comprender la manera en la que debían tomar sus medicamentos, a pesar de lo cual en la práctica clínica observamos mala adherencia a los tratamientos farmacológicos. 95% de los entrevistados mencionan recibir apoyo de parte de familiares para la toma de medicamentos, lo cual pareciera colaborar con la buena adherencia a este tipo de terapias. Contrariamente, 87.5% de los pacientes mencionan que algún miembro de su familia o comunidad les dijo que dejaran de tomar sus medicamentos. 30.83% mencionan que desearían dejar de tomar medicamentos comparado con 69.17% que sí desean continuar tomando medicamentos.

95% cree necesitar los medicamentos prescritos, comparado con 5% que cree no necesitarlos. 97.5% refiere mejoría de los síntomas tras la toma de fármacos, comparado con 2.5% que no mencionan mejoría sintomática con la toma de los mismos. 78.33% dicen haber sido notificados por su médico respecto al tiempo que duraría el tratamiento farmacológico, comparado con 21.67% que mencionó que su médico tratante no le dijo por cuánto tiempo debían tomar los medicamentos. 93.33% refiere que su médico le explicó cómo los fármacos prescritos le ayudarían a combatir los síntomas de su enfermedad, comparado con 6.67% que dijo no haber recibido dicha explicación de su facultativo.

97.5% de los pacientes creen que es importante dentro del tratamiento de su enfermedad la toma de los fármacos, comparado con 2.5% que no creen que sea importante tomar medicamentos. La minoría (19.17%) menciona que alguien de su familia, comunidad o grupo religioso está en contra del uso de medicamentos “químicos”, comparado con 80.83% que no lo mencionó. 84.17% dice que la caligrafía de su médico en las recetas es legible, comparado con 15.83% que menciona no poder leer la letra de su médico. 55.83% desearía que su médico se tomara más tiempo en explicarle cómo tomar los fármacos prescritos, comparado con 44.17% que no lo menciona.

En contraste, dentro de los factores de mala adherencia que se evidenciaron en un estudio realizado en Colombia se encontró que los factores asociados a la no adherencia fueron: mayor gravedad de la enfermedad, sentirse estigmatizado, antecedentes de falta de adherencia, pobre introspección, el hábito de fumar, disfunción familiar, no tener familiares que ayuden a tomar el medicamento y la percepción negativa del médico tratante.¹⁸

6.1 CONCLUSIONES

6.1.1 La mayoría de pacientes refieren buena adherencia farmacológica a los medicamentos prescritos.

6.1.2 La mayoría de pacientes refieren entender cómo deben de tomar sus medicamentos.

6.1.3 Las familias de los pacientes parecen brindarles apoyo para la toma de fármacos, aunque también algún familiar, miembro de su comunidad o grupo religioso les sugirió alguna vez que dejaran de tomar sus medicamentos.

6.1.4 La mayoría de pacientes creen necesitar los medicamentos que les fueron recetados y refieren mejoría sintomatológica tras la toma de los mismos.

6.1.5 Los pacientes, en su mayoría, menciona que el médico tratante les explicó la manera en la que los fármacos les ayudarían a combatir los síntomas de su enfermedad, además de explicarles cuánto tiempo duraría el tratamiento farmacológico.

6.1.6 Los pacientes mencionaron, la mayor parte de las veces, que la caligrafía de su facultativo era legible.

6.1.7 Algunos pacientes quisieran que su médico se tomara más tiempo para explicarles cómo tomar los medicamentos.

6.2. RECOMENDACIONES

6.2.1 Se debe brindar psicoeducación a los pacientes para aumentar la adherencia farmacológica, lo cual mejoraría el pronóstico a largo plazo.

6.2.2 La información y la formación que se le da al paciente de la enfermedad que padece son de la entera responsabilidad del médico tratante, por lo que se debe enfatizar en la calidad y cantidad de tiempo que como facultativos empleamos en esto.

6.2.3 Los pacientes deben ser advertidos claramente sobre los riesgos que conlleva abandonar el tratamiento farmacológico prescrito.

6.2.4 Se debe establecer una alianza terapéutica entre paciente y médico para reforzar la adherencia farmacológica y mejorar la consciencia del paciente sobre su enfermedad.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brown, E. Trastorno bipolar. Madrid: Elsevier; 2006
2. Gonzalez A, Arias A, Mata, S. Validez de la versión venezolana del cuestionario de trastornos del estado de ánimo (MDQ) para detectar al trastorno bipolar tipo II en pacientes con depresión mayor. Caracas: 2007.
3. Sadock B, Alcott-Sadock V. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. 10th edition. New York: Lippincott, Williams & Wilkins; 2007.
4. Tolentino J. The History of Bipolar Disease. eHow.com. Consultado el 30 de abril de 2010.
5. Rashmi Nemade. Historical and Contemporary Understandings of Bipolar Disorder. Mental Help Net. Consultado el 30 de abril de 2010.
6. www.imss.bog.mx/nr/rdonlyres/rm0406tratamientohormonal.pdf. Consultado el 1 de agosto de 2010.
7. http://www2.alasbimnjournal.cl/alasbimn/CDA/sec_a/hhtm. Consultado el 03 de agosto de 2010.
8. http://www.robertexto.com/archivo17/trast_afec_bipolares.htm. Consultado el 03 de agosto de 2010.
9. Weissenrieder A. (2003). Images of illness in the Gospel of Luke: insights of ancient medical texts. New York: Mohr Siebeck; 2003. pp. 309. ISBN 3161479157.
10. Strober M, Morell W, Lampert C, Burroughs J. Relapse following discontinuation of lithium maintenance therapy in adolescents with bipolar I illness: a naturalistic study. American Journal of Psychiatry, 1990; 147(4):457-61.
11. Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10: Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2004.
12. Stahl, S. Depresión y trastorno bipolar. México, D.F.: Mapuex, S:A. de C.V.; 2011.

13. scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036. Consultado el 19/06/2010.
14. Gómez-Restrepo C., Hernández, G., Rojas A., Santacruz H., Uribe M. *Psiquiatría Clínica*. Bogotá: Editorial Médica Internacional Ltda.; 2008.
15. Vieta E. *Novedades en el tratamiento del trastorno bipolar*. 2da edición. Bogotá: Panamericana Formas e Impresos S.A.; 2007.
16. Salazar M., Peralta C., Pastor J. *Tratado de Psicofarmacología*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2005.
17. Canales F de, Alvarado E de, Pineda E. *Metodología de la Investigación*. 2da edición. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1994.
18. Fierro M Pardo E “Prevalencia y factores asociados a la no adherencia en el tratamiento farmacológico de mantenimiento en adultos con trastorno afectivo bipolar.” *Revista Colombiana de Psiquiatría* Volumen 40, número 1, Marzo 2011.
-

VIII. ANEXOS

8.1 Anexo 1

Consentimiento Informado

Yo _____ de _____ años de edad, identificado con cédula de vecindad/documento personal de identificación (DPI) No _____ extendida en _____, autorizo a la Dra. Lidia Patricia Cardona Galindo, Médica y Cirujana y en proceso de formación en la especialización de Psiquiatría para responder a la boleta de recolección de datos, aceptando con ello mi participación en la investigación: “Factores que inciden en la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes bipolares tratados en la Consulta Externa del Hospital Nacional de Salud Mental”.

Al firmar este documento reconozco que he leído el cuestionario o que me ha sido leído y explicado y que comprendo su contenido. Se me han brindado amplias oportunidades de formular preguntas y que todos los cuestionamientos que he formulado han sido respondidos o explicados de forma satisfactoria.

Comprendiendo todo lo anterior, doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación.

Firma:

Huella:

Guatemala, _____ de _____ de 201__.

8.2 Anexo 2

CUESTIONARIO

Pregunta # 1 ¿Toma usted sus medicamentos como se lo indicó su médico?

SI	NO
----	----

Pregunta # 2 ¿Entiende como debe tomar sus medicamentos?

SI	NO
----	----

Pregunta # 3 ¿Recibe apoyo de su familia para cumplir con la toma de sus medicinas?

SI	NO
----	----

Pregunta # 4 ¿Alguien de su familia o comunidad le dijo que dejara de tomar sus medicamentos?

Si	NO
----	----

Pregunta # 5 ¿Quisiera usted dejar de tomar las medicinas que le recetaron?

SI	NO
----	----

Pregunta # 6 ¿Cree usted que necesita tomar los medicamentos que le recetaron?

SI	NO
----	----

Pregunta # 7 ¿Ha visto usted mejoría de sus síntomas con la toma de sus medicamentos?

SI	NO
----	----

Pregunta # 8 ¿Le dijo su médico por cuánto tiempo debe tomar sus medicamentos?

SI	NO
----	----

Pregunta # 9 ¿Le explicó su médico la manera en la que sus medicamentos le ayudarían a combatir los síntomas de su enfermedad?

SI	NO
----	----

Pregunta # 10 ¿Cree usted que es importante en el tratamiento de su enfermedad tomar sus medicamentos?

SI	NO
----	----

Pregunta # 11 ¿En su familia-comunidad-grupo religioso están en contra del uso de medicamentos “químicos”?

SI	NO
----	----

Pregunta # 12 ¿Entiende usted la letra de su médico en las recetas?

SI	NO
----	----

Pregunta # 13 ¿Quisiera usted que su médico se tomara más tiempo para explicarle cómo tomar las medicinas?

SI	NO
----	----

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: “FACTORES QUE INCIDEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÒGICO DE PACIENTES BIPOLARES” para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados todos los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala, lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.