

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN PARA OPTAR POR EL GRADO DE
LICENCIATURA EN FARMACIA**



Título de la investigación:

“Modelos de intervención y seguimiento farmacoterapéutico utilizados en pacientes con trastorno afectivo bipolar en las farmacias de comunidad de San Ramón de Alajuela en el primer semestre del 2024 para la identificación de mejoras que puedan implementarse”

Nombre del estudiante:

Kimberly María Mesén Solórzano

Tutor:

Dr. Edgar Hernández Mora

Sede de San José

Julio, 2024

I. Resumen

El profesional farmacéutico, tiene una gran responsabilidad con la intervención del tratamiento en los pacientes que tienen trastorno afectivo bipolar, por esta razón, su labor es de gran importancia en la toma de decisiones sobre la terapia y evolución de los resultados en los pacientes diagnosticados con dicho trastorno. Este es un trastorno mental, que puede ser crónico o episódico; es decir, que puede ocurrir ocasionalmente o más irregularmente. Cabe destacar que todas las personas pasan por altibajos durante la vida, pero el trastorno afectivo bipolar es diferente, ya que cruza diferentes cambios de estado o ánimo de un extremo a otro.

La Organización Mundial de Salud (OMS) identifica que se han reportado más casos de este trastorno en los últimos años, no obstante sigue siendo un trastorno difícil de diagnosticar debido al parecido con otras enfermedades mentales. En comparado con años atrás, actualmente se ha logrado avanzar en la investigación desde conceptos más claros, tratamientos nuevos, formas de diagnosticar novedosas,.

Por ejemplo, una de las últimas actualizaciones, fue un estudio en Limón con un estudio donde explica que la prevalencia en los últimos años ha aumentado en un 0.5 a 16 por ciento, tanto tipo 1 como 2. Y la edad promedio se encuentra entre los 20 y 30 años, diciendo así que afecta tanto al hombre como a la mujer por igual.

Pero, en la mayoría de los estudios, se concluye que gran parte de estos pacientes, aún con tratamiento, cuesta mucho que se mantengan controlados, ya que carecen de seguimiento farmacoterapéutico, tanto por especialistas en el tema como profesionales que le ayuden a tener adherencia al tratamiento.

Por tanto, la presente investigación tiene como objetivo general analizar la importancia del regente farmacéutico en el abordaje farmacéutico integral de familiares y pacientes con el trastorno afectivo bipolar por medio de la propuesta de una guía farmacoterapéutica con recomendaciones, dirigida a regentes farmacéuticos de las farmacias comunitarias del cantón de San Ramón durante el período de enero- julio del 2024.

I. Agradecimientos

Primeramente, agradezco a Dios y a la Virgen, por siempre haberme guiado para poder lograr este sueño y en todo momento haberme acompañado.

Gracias a mi madre, que siempre ha tenido el corazón más lindo que conozco, por su paciencia para escucharme, por su amor para apoyarme y decirme las cosas de la mejor manera, por siempre creer en mí y nunca abandonarme. Por haber dado todo por mí, desde desvelarse hasta madrugar, desde tomarme la materia, hasta esperarme a que llegara bien a casa. Simplemente mi mayor ejemplo y mi mayor orgullo.

A mi padre, gracias por su apoyo incondicional en todo momento, por ser quien siempre me mostró de lo que soy capaz, incluso cuando ni yo lo sabía, quien me ha enseñado que humildemente se puede llegar lejos, y que nunca debo olvidar de donde vinimos y todos los sacrificios que hemos hecho para que esto fuera hoy posible. Gracias infinitas por siempre haberte preocupado en mis llegadas tardías de la Universidad y así estar atento de ir por mí, sin usted tampoco hubiera sido posible este proceso.

Gracias a mi hermano, por ser uno de mis modelos a seguir, por ser otro apoyo incondicional que siempre ha estado ahí para mí. Quién me orientó durante todo este proceso de investigación, y se quedó largas noches conmigo. Espero seguir aprendiendo de usted siempre, para que con esfuerzo, amor y sacrificio sigamos logrando cosas juntos.

A mi tutor, profesores a lo largo de la carrera, amigas, amigos, misceláneos y cualquier otra persona que me apoyaron y aportaron mucho en este proceso desde inicio de la carrera, hasta el final.

A mis cuatro ángeles en el cielo, quienes con su humildad de ser amas de casa y trabajadores del campo, me enseñaron tanto en la vida, y deseaban tanto como yo este día.

II. DEDICATORIA

El presente trabajo final de graduación está dedicado primeramente a Dios y a la Virgen, porque sin su guía y ayuda no habría sido posible cumplir con este sueño. A mi mamá, papá y hermano, quienes fueron mi mayor motivación para que este trabajo de graduación fuera elaborado con todo el esfuerzo y dedicación. A J.C. quién me inspiró a realizar la investigación sobre este trastorno, fue quien me incentivó a saber del tema y salir de mi ignorancia, para entender lo que conlleva el mismo. A mis compañeras y amigas; Stephania, Fernanda y Mónica que siempre estuvieron apoyándome durante el proceso. En definitiva, sin ellos no lo hubiera logrado.

III. Tabla de contenidos

Tabla de Contenidos

I. Resumen.....	II
I. Agradecimientos	III
II. DEDICATORIA.....	IV
III. Tabla de contenidos.....	V
IV. Lista de tablas.....	IX
V. Lista de figuras	X
VI. Lista de gráficos	¡Error! Marcador no definido.
VII. Lista de abreviaturas	XI
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	12
1.1 Planteamiento del problema	14
1.2 Objetivos.....	15
1.2.1 Objetivo general	15
1.2.2 Objetivos específicos.....	15
1.3 Justificación.....	16
1.4 Antecedentes.....	18
1.4.1 Antecedentes históricos	18
1.4.2. Antecedentes internacionales	20
1.4.3. Antecedentes nacionales.....	30
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	32
2.1 Farmacia comunitaria	33

2.2 Intervención farmacéutica	34
2.2.1 Código de significación.....	36
2.2.2 Código impacto	37
2.3 Farmacovigilancia	37
2.4 Dispensación de medicamentos.....	41
2.4.1 Medicamentos	42
2.4.2 Vía de administración.....	44
2.4.3 Dosificación	55
2.4.4 Efectos secundarios	59
2.4.5 Reacciones adversas con los medicamentos	59
2.4.6 Polimedicación	64
2.4.7 Interacción medicamentosa	65
2.5 Tratamiento	66
2.5.1 Adherencia al tratamiento	66
2.6 Receta médica.....	68
2.7 Guía farmacoterapéutica.....	69
2.7.1 Tipos de guías farmacoterapéuticas	70
2.8 Enfermedad	71
2.8.1 Signos	71
2.8.2 Síntomas	72
2.8.3 Diagnóstico.....	72
2.9 Trastorno afectivo bipolar	72
2.9.1 Temperamentos afectivos.....	76
2.9.2 Diagnóstico de paciente con trastorno afectivo bipolar	79
2.9.3 Medición del ánimo.....	82

2.9.4 Principales tratamientos para el trastorno afectivo bipolar I y II.....	84
2.10 Modelos y guías de seguimiento farmacoterapéutico para el trastorno afectivo bipolar.....	88
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO	93
3.1 Tipo de investigación	94
3.2 Fuentes de información	97
3.2.1 Fuentes primarias	98
3.2.2. Fuentes secundarias.....	98
3.3 Participantes del estudio.....	99
3.4 Técnicas de recolección de datos.....	100
3.4.1 Revisión documental	100
3.4.2 Entrevista a profundidad	100
3.5 Tratamiento de la información.....	103
3.6 Categoría de análisis.....	103
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	105
CAPÍTULO V- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	138
5.1 Conclusiones	139
5.2 Recomendaciones.....	141
CAPÍTULO VI- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	144
CAPÍTULO VII- ANEXOS	154
Anexo 1. Respuestas de la entrevista realizada a Regente 1 de farmacia de comunidad de San Ramón.....	155
Anexo 2. Respuestas de la entrevista realizada a Regente 2 de farmacia de comunidad de San Ramón.	160
Anexo 3. Respuestas de la entrevista realizada a Regente 3 de farmacia de comunidad de San Ramón.	165

Anexo 4. Respuestas de la entrevista realizada a Regente 4 de farmacia de comunidad de San Ramón.	168
Anexo 5. Respuestas de la entrevista realizada a Regente 5 de farmacia de comunidad de San Ramón.	172
Anexo 6. Respuestas de la entrevista realizada a Regente 6 de farmacia de comunidad de San Ramón.	176

IV. Lista de tablas

Tabla 1. Clasificación de las intervenciones farmacéuticas	34
Tabla 2. Código de significación.....	36
Tabla 3. Código de impacto	37
Tabla 4. Factores que influyen en el uso irracional de medicamentos.....	44
Tabla 5. Ventajas e inconvenientes de la administración vía oral.....	45
Tabla 6. Tipos de comprimidos.	47
Tabla 7. Presentaciones líquidas oral.....	50
Tabla 8. Otras vías extravasculares.	54
Tabla 9. Tipos de efectos secundarios	59
Tabla 10. Clasificación de sospechas de reacciones adversas al medicamento ..	60
Tabla 11. Directrices para completar el formato de notificación de sospecha de reacción adversa.....	61
Tabla 12. Sistema de clasificación de interacciones medicamentosas	65
Tabla 13. Elementos que definen y afectan la adherencia	67
Tabla 14. Síntomas o cambios significativos del comportamiento	73
Tabla 15. Participantes del estudio	99
Tabla 16. Profesionales entrevistados	102
Tabla 17. Categorías de análisis	104
Tabla 18. Conocimiento básico del trastorno afectivo bipolar.	106
Tabla 19. Tabla de conocimiento, aplicación e importancia de modelos farmacoterapéuticos.	112
Tabla 20. Tratamiento, factores y consecuencias que afectan el paciente con trastorno afectivo bipolar.....	116
Tabla 21. Seguimiento farmacoterapéutico para asegurar la adherencia y bienestar de los pacientes con trastorno afectivo bipolar y que implementarían para ayudarlos.....	123

V. Lista de figuras

- Figuras 1. Diagrama de flujo del proceso del método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico.....**¡Error! Marcador no definido.**
- Figuras 2. Factores que intervienen en la adherencia terapéutica.**¡Error! Marcador no definido.**
- Figuras 3. Pasos de la actuación farmacéutica sobre la adherencia terapéutica.
.....**¡Error! Marcador no definido.**

VI. Lista de abreviaturas

TBAI: Trastorno Afectivo Bipolar

PRM: Problemas relacionados a medicamentos

RNM: Resultados negativos de los medicamentos

RAM: Reacciones Adversas de los medicamentos

OMS: Organización Mundial de la Salud

DSM: Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales

APA: Asociación Americana de Psiquiatría

AdC: Antes de Cristo

EVAB: Escala Visual Análoga Bipolar

TB: Trastorno Bipolar

ISE: Electrodo Selectivo de Iones

RE: Sensor de Referencia

AHM: Atención Habitual Mejorada

GC: Grupo Control

GI: Grupo de Intervención

TAU: Tratamiento Usual

RF: Regente Farmacéutico

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades y puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer contribuciones a su comunidad”.¹

Las patologías o trastornos mentales son afecciones que impactan el pensamiento, sentimientos, estado de ánimo y comportamiento de los pacientes que las padecen; tienen la posibilidad de ser eventuales o duraderas y perjudicar la capacidad de tener relaciones con otras personas.²

El trastorno bipolar, antes denominado «depresión maníaca», es una enfermedad mental que causa cambios extremos en el estado de ánimo que comprenden altos emocionales (manía o hipomanía) y bajos emocionales (depresión). En el año 2023 el Ministerio de Salud analiza y notifica, según la provincia, cuántos casos se presentan del TBA, la provincia de Puntarenas fue la que mostró mayor residencia. Asimismo, al compararlo con otras enfermedades mentales como Alzheimer, demencia vascular, demencias en otras enfermedades, depresión, esquizofrenia, e intentos de suicidio, la bipolaridad presentó un 1% de una tasa de 8356 personas en total, es decir, se encontró un índice muy bajo.³

Actualmente se cuenta con una gran cantidad de medicamentos para el tratamiento del trastorno afectivo bipolar. Algunos de los grupos farmacológicos más usados incluyen a los antipsicóticos, antidepresivos, anti-maníacos, estabilizadores del ánimo, entre otros. Sus efectos padecen influencias de diferentes componentes, como características individuales, estados patológicos y patrones de uso. El trastorno afectivo bipolar, como tal desde años atrás, es difícil de ser diagnosticado por lo cual dificulta la recomendación del tratamiento más adecuado para el paciente.⁴

En cuanto a la salud mental, los farmacéuticos pueden jugar un papel importante en la detección temprana de la enfermedad, ofrecer planes de atención y seguir a dichos pacientes. Una mayor implicación en ese aspecto puede revertir en mejoras en el campo de la farmacoterapia. Con todo, las estrategias para una mayor integración de los farmacéuticos en los equipos multidisciplinarios pueden mejorarse y desarrollarse para favorecer, de ese modo, una gestión más colaborativa de los tratamientos médicos.⁵

El farmacéutico puede mejorar la adhesión a los tratamientos, reducir el uso inapropiado de medicinas psicotrópicas y atender adecuadamente a los que reciben un tratamiento de polifarmacia antipsicótica. Una formación adecuada es básica para que el farmacéutico pueda atender a los pacientes con trastornos mentales con más habilidad a la hora de empoderarlos y de tomar decisiones compartidas.⁵

Uno de los principales problemas con el uso terapéutico de psicofármacos, es la presencia de polifarmacia en un gran porcentaje de pacientes, quienes para lograr un tratamiento óptimo necesitan consumir dos o más medicamentos a la vez. La polifarmacia en estos pacientes conlleva la aparición de diversos problemas relacionados a los medicamentos (PRM) como interacciones farmacológicas, reacciones adversas medicamentosas (RAM) o ineficacia terapéutica si no se tratan o adecúan con cuidado.⁵

La función del farmacéutico en este ámbito es esencial, pues además de contribuir a un mejor uso de la medicación, al dispensarla, el farmacéutico puede mejorar la cohesión de los tratamientos mediante el seguimiento farmacoterapéutico. Con ello se logra minimizar el uso inapropiado de medicinas psicotrópicas y atender correctamente a los que reciben un procedimiento de polifarmacia antipsicótica.⁵

Debido a lo anteriormente mencionado, surge la necesidad de una guía farmacoterapéutica dirigida a farmacéuticos del área de comunidad, con el fin de incentivar a realizar un seguimiento farmacoterapéutico correcto a los pacientes diagnosticados con trastorno afectivo bipolar. De esta manera, se podrá disminuir la cantidad de pacientes mal tratados, polimedicados, con efectos adversos no deseados, o dosis inadecuadas; como consecuencia se mejorará la calidad de vida de los pacientes y, a su vez, brindará apoyo terapéutico a los encargados de esta patología.

1.1 Planteamiento del problema

La intervención farmacéutica que puede realizar el regente directamente con el paciente, o indirectamente en algunos casos, es de suma importancia, ya que de ello puede depender la adherencia al tratamiento, así como el entendimiento claro y conciso para cumplir con la manera y dosis adecuada de tomar el tratamiento. A su vez, saber si está siendo seguro y eficaz el tratamiento.

Por esta razón, la farmacoterapia es una práctica que implica un alto riesgo, por la posibilidad de inherencia y circunstancias seguidas durante su utilización. De esto surge una patología emergente, conocida como problemas relacionados con los medicamentos (PRM), donde cualquier aspecto que interfiere en el resultado esperado con el medicamento para el beneficio del paciente, se le conoce como PRM.⁶

Los problemas relacionados con los medicamentos, a su vez, pueden provocar reacciones adversas a los medicamentos (RAM), que consiste en cualquier efecto adverso que no sea deseado durante o después de la administración medicamentosa. Sin embargo, estas reacciones pueden ser provocadas por el medicamento directamente, o también por alguna interacción del mismo con alguna otra sustancia.⁷

De lo anterior se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las oportunidades de mejora en los enfoques de intervención y seguimiento farmacoterapéutico para pacientes con trastorno afectivo bipolar en las farmacias de comunidad de San Ramón de Alajuela, considerando las discrepancias entre los modelos teóricos y las prácticas profesionales implementadas en el primer semestre del 2024?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Analizar de los enfoques de intervención y seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con trastorno afectivo bipolar en las farmacias de comunidad de San Ramón de Alajuela en el Primer Semestre del 2024 para la identificación de mejoras implementables.

1.2.2 Objetivos específicos

1. Describir los modelos de intervención actualmente implementados en las farmacias de comunidad de San Ramón de Alajuela para pacientes con trastorno afectivo bipolar.
2. Determinar la perspectiva profesional sobre el seguimiento farmacoterapéutico en el trastorno afectivo bipolar.

3. Establecer la brecha entre los modelos teóricos y las prácticas reales de intervención y seguimiento farmacoterapéutico en el trastorno afectivo bipolar para identificación de mejoras implementables.

1.3 Justificación

Los trastornos afectivos bipolares son un tema de discusión de los últimos años, ya que, según estudios de la OMS, se han reportado más casos, pero se siguen estudiando los casos, ya que se afirma que es una enfermedad difícil de diagnosticar por el parecido con otras enfermedades mentales e, incluso, por la falta de seguimiento farmacoterapéutico valorado para diferenciar una enfermedad de otra.³

De manera global, se ha visto un gran avance en la investigación sobre el trastorno bipolar afectivo, desde conceptos más claros, métodos para diferenciar de otras enfermedades, que en años atrás no se permitía por ser una enfermedad ambigua. No obstante, en la mayoría de las investigaciones, en el apartado de recomendaciones, se indica la falta de seguimiento farmacoterapéutico por falta de guías, modelos o profesionales para indicar correctamente el diagnóstico del trastorno, así como la falta de un correcto tratamiento que permita mantener al paciente estable y en un continuo control.³

Una de las últimas actualizaciones fue en la provincia de Limón (Costa Rica) con un estudio donde demuestra que se estima que la prevalencia ha aumentado en los últimos años del 0,5 al 1.6 por ciento de los pacientes con trastornos bipolares tipo 1 y 2, con un rango de edad promedio entre 20 y 30 años, lo que afecta a hombres y mujeres en la misma proporción. Mas, sin embargo, estos estudios concluyen que es sumamente complicado que este tipo de pacientes estén controlados, aun teniendo tratamiento, ya que carecen de un seguimiento farmacoterapéutico, que les permita verificar si se están tomando los tratamientos adecuadamente, o si incluso están teniendo una buena adherencia al mismo.⁴

Además, una parte de los pacientes son jóvenes diagnosticados a una corta edad, lo cual, como explican las investigaciones, no procesan fácilmente o entienden el diagnóstico como tal, ya que implica tomar un tratamiento de por vida, donde también es importante la red apoyo alrededor de este. Y no solo que estén enterados del diagnóstico, sino también que entiendan lo que implica y los cuidados con los que ellos puedan ayudarles.⁴

En la mayoría de las veces no encuentran empatía por parte del profesional, donde se les explique correctamente en qué consiste el trastorno, qué tipo de trastorno tiene, en qué le ayuda el tratamiento farmacoterapéutico indicando efectos secundarios, interacciones, importancia de adherencias y demás que pueda implicar. Esto puede terminar haciendo más complejo el entendimiento por parte del paciente y su entorno.⁴

Por eso, esta investigación quiere tratar de llenar este vacío, porque sea cual sea el tipo de trastorno que tenga el paciente y demás, es necesario la intervención y seguimiento farmacoterapéutico del farmacéutico, cuando se está al alcance, para poder mejorar siempre lo permitido del tratamiento y salud del paciente.

Por consiguiente, el farmacéutico que recibe la receta para el debido despacho del tratamiento a los pacientes con trastorno afectivo bipolar es necesario incentivar a la mejoría de ir un poco más allá de la entrega de lo solicitado en la receta. Conviene que realice una pequeña indagación que permita al farmacéutico entender al paciente, así como investigar sobre el tratamiento a mantener por un período de tiempo. Cualquiera de las preguntas, aclaraciones, consejos o mejorías que pueda realizar el farmacéutico al paciente antes del despacho del tratamiento, será de gran ayuda.

Quizás, es ahí donde es más notoria el seguimiento farmacoterapéutico, ya que la corrección de una dosis, frecuencia, duración, cantidad, interacciones, cuidados y demás, podrían hacer la diferencia al tratamiento del paciente. Incluso la aclaración de dudas que podría tener el paciente sobre el tratamiento que iniciará a tomar.

En este apartado se podría incluir que el apoyo a la red familiar sí es necesario, ya que parte de la fusión del profesional farmacéutico no es solo dar seguimiento farmacológico sino también no farmacológico, ya que parte importante del paciente es su entorno, ser comprendido en sus episodios, escucharse y ayudarse con la adherencia, todo esto podría ser de gran ayuda.

Por tanto, el presente proyecto se propone investigar:

-Por medio de una encuesta, aplicada en las farmacias de la comunidad de San Ramón, con el fin de estudiar qué métodos utilizan los regentes de las farmacias para tratar

los pacientes con trastorno bipolar afectivo y qué seguimiento farmacoterapéutico les aplican a estos pacientes.

-Guías y modelos de intervención en el seguimiento farmacoterapéutico existentes para la bipolaridad, con el fin de comparar los resultados de la entrevista sobre lo que aplican y lo que no, en farmacias de comunidad.

1.4 Antecedentes

En este apartado se recopila información sobre diferentes autores, estudios u investigaciones realizados en años anteriores sobre pacientes con trastorno afectivo bipolar, que permiten recolectar información de gran relevancia sobre la terapia a seguir, guías y modelos de seguimiento farmacoterapéutico.

1.4.1 Antecedentes históricos

Kraepelin, en el siglo XIX, avanza en mejorar la descripción y clasificación de la enfermedad maniaco-depresiva en manía y melancolía. Para Kraepelin todas estas formas de enfermedad afectiva tienen una base hereditaria común, que cursan con períodos libres de enfermedad, pueden darse de manera alternada o simultánea, en un mismo período, pueden ser precipitados por estresores ambientales y se diferencian de la demencia precoz en su forma de presentación y forma evolutiva. De manera que apunta hacia dos hechos centrales: la presencia de dos estados afectivos opuestos e intercambiables y la distinción de su naturaleza afectiva en contraposición a los cuadros psicóticos.^{8,9}

Bleuler presenta a la enfermedad maniaco-depresiva como parte de un continuo con la esquizofrenia sin hacer clara delimitación entre ambos cuadros. Mientras que el enfoque biopsicosocial, como origen de la enfermedad afectiva, es apoyado por Adolf Meyer y este concepto es recogido por el DSM I en 1952 con la inclusión del término “Reacción ManiacoDepresiva”.⁸

Por otro lado, Leonhard hace luego la diferencia entre pacientes con ciclos depresivos versus aquellos que alternan o incluyen fases de manía. A los primeros se les llamó monopolares y a los segundos bipolares. Esta observación es recogida por el DSM III en 1970. Casi en paralelo a esto, en 1976, Dunner sugiere subdividir el Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) en Tipo I para pacientes con historia de manía suficientemente severa, muchas

veces con síntomas psicóticos, como para requerir hospitalización y Tipo II para aquellos pacientes que tienen historia de hipomanía e historia de depresión mayor que ha requerido de hospitalización, observación recogida por el DSM IV en 2004.⁸

Asimismo, médicos de la escuela de Hipócrates en la antigua Grecia utilizaban los términos de melancolía y manía desde el siglo V antes de Cristo (AdC). Información sobre estos temas es difícil de encontrar hasta el primer milenio de nuestra época. Mas, sin embargo, en el Renacimiento, la manía y la melancolía ya eran concebidas dentro de un mismo desorden. Piquer-Arrufat (1711-1772) documentó que el rey Fernando VI de España sufría de TAB. Philippe Pinel (1745-1826) lideró la expansión de instituciones mentales donde se tratará a los pacientes humanamente, esto permitió empezar a realizar verdaderos estudios psiquiátricos.⁹

Jean-Pierre Falret explica la locura circular, es decir el nombre que le puso al origen del trastorno bipolar actual, así como las reivindicaciones de prioridad planteadas por su colega Jules Baillarger. El formuló el concepto de “insanidad circular” marcado por los episodios de manía y melancolía, incluyendo periodos de estabilidad o bienestar entre las recaídas. Estas formulaciones son generalmente aceptadas como el nacimiento del concepto moderno de desorden o trastorno bipolar.^{9,10}

Emil Kraepelin desarrolló las concepciones modernas del TAB; en 1899 llegó al concepto de “insanidad maniacodepresiva”. Entre 1960 y 1980 se acepta oficialmente el concepto de TAB y se asegura que cuando la biología molecular de las enfermedades mentales sea develada, se llegará a mejores y más personalizados tratamientos para estos pacientes que les permita permanecer más estables.^{9,10}

Durante los últimos cincuenta años, la hipótesis predominante sobre la causa de los trastornos del ánimo ha sido el desequilibrio neuroquímico, particularmente de los sistemas monoaminérgicos. Lo que en un principio fuera adoptado con escepticismo, se ha convertido en evidencia aceptada por científicos y población general. Sin embargo, con el paso de los años, se ha redirigido el foco de atención hacia receptores, vías intracelulares y modificaciones genéticas y epigenéticas que ofrecen una visión mucho más compleja de las alteraciones moleculares subyacentes a los trastornos del ánimo, mas, sin embargo, se ha mantenido en investigación.¹¹

Berns y Nemerof, realizan un símil entre la sintomatología bipolar y ciertos elementos adoptados de las teorías de la complejidad. Teniendo esto en cuenta, se puede establecer una analogía y definir como atractores a los estados depresivo y maníaco que se observan en un trastorno bipolar. En este sentido, los pacientes con trastorno bipolar alternan de manera frecuente la depresión y la manía durante largos periodos de tiempo, sin pasar por un estado eutímico (ánimo normal).¹¹

Los primeros autores en relacionar el trastorno bipolar con una causa biológica fueron Cummings y Méndez, quienes observaron que ciertas lesiones cerebrales producidas por tumores, embolias o traumatismo craneal derivaban en comportamientos de tipo maníaco. Se ha observado que lesiones que resultan en este tipo de comportamientos se producen principalmente en las áreas frontal y temporal de la corteza, así como debido a cierto daño subcortical que afecta al tálamo y la cabeza del núcleo caudado.¹¹

Por otro lado, Strakowski *et al.*, explican que tanto la depresión unipolar como bipolar son asociadas con un volumen inferior del lóbulo prefrontal, al que se esperaría en un sujeto normal, entonces tanto los ganglios basales como el tálamo, hipocampo y la amígdala se ven aumentados en los pacientes bipolares. No obstante, no lograban encontrar o diferenciar bien ambos trastornos por tener síntomas tan similares.¹¹

A lo largo de los años, ha habido más investigaciones que han permitido entender el trastorno afectivo bipolar, el cual ya posee diferentes guías, modelos, tratamientos, diagnósticos, entre otros, que permiten entenderlo mejor, y de la misma manera diferenciarlo de otros. Al respecto, en el siguiente apartado, se presentará una serie de antecedentes internacionales y nacionales. Con relación a estos últimos, aunque la búsqueda fue exhaustiva, solo se logró encontrar muy poco material, en comparación con los internacionales.

1.4.2. Antecedentes internacionales

Merizalde, presenta su trabajo final de doctorado, en Valencia, en el cual abarca el tema: “Validez y precisión de la percepción análoga del ánimo. Metaanálisis de la evidencia y estudio de seguimiento a pacientes con trastorno bipolar en una unidad especializada.”, con el objetivo de validar la versión del paciente de la EVAB y la evaluación del ánimo maníaco

y deprimido. Además, describir los factores relacionados con la precisión de la EVAB, al compararla con escalas clínicas y entre versiones del clínico y paciente entre sí.¹²

La anterior investigación se desarrolló basada en dos metodologías. La primera consiste en sintetizar de forma metanalítica los resultados de los trabajos previamente publicados, que compararon los puntajes de la Escala Visual Análoga Bipolar (EVAB) aplicada por el paciente con los obtenidos en escalas clínicas, en la evaluación del ánimo depresivo. La segunda metodología, de manera cuantitativa, aplicaron la escala Visual Análoga Bipolar (EVAB) y escalas clínicas a una muestra de pacientes en seguimiento en la UTB del HUIP La Fe. Por lo que permitió validar la escala visual análoga para estos pacientes en la evaluación del ánimo depresivo y maniaco, sin embargo, explica que el polo afectivo, la gravedad y el nivel educativo podrían modificar la precisión de las puntuaciones al paciente, de este modo variar un poco el resultado.¹²

Es por ello, que a partir de lo anterior se puede identificar que será de gran ayuda el modelo de escala Visual Análoga Bipolar (EVAB) aplicada a pacientes con trastorno afectivo bipolar. De esta manera encontrar la importancia de resultados negativos o positivos que tiene esta escala para diagnosticar a los pacientes con trastorno afectivo bipolar.

Rosales, por medio de su tesis presentada en México, con el tema: “Comparación del funcionamiento laboral y social de acuerdo con los temperamentos afectivos en pacientes con trastorno depresivo mayor del trastorno bipolar tipo I”, propuso comparar el funcionamiento laboral y social en pacientes con trastorno depresivo mayor y trastorno bipolar tipo I mediado por el temperamento afectivo predominante.¹³ Se basó en un diseño analítico mediante encuestas para la obtención de datos clínicos y demográficos asociados al funcionamiento laboral y social de dichos pacientes.¹³

Esta investigación tomó el modelo de Akiskal que incluye cuatro temperamentos afectivos clásicos y una escala de temperamento de Memphis, Pisa, París y San Diego que permiten tomar datos de pacientes con trastorno afectivo bipolar, este aporte se tomará como referencia en la presente investigación para la recolección de modelos y escalas, en busca de una ideal.

En Perú, Alvarado y Paisig, realizaron un estudio sobre “Detección temprana de reacciones adversas y posibles interacciones farmacológicas en el tratamiento de pacientes del centro de salud mental comunitaria Esperanza de Vida”, cuyo objetivo es detectar reacciones adversas y posibles interacciones farmacológicas en el tratamiento de pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario Esperanza de Vida, Cajamarca 2022.¹⁴

Por medio de una investigación descriptiva, detallan y explican todas las características de los efectos ocasionados por los psicofármacos en pacientes del centro de salud mental comunitario.¹⁴ En esta investigación hay reacciones adversas farmacológicas en el tratamiento de pacientes, por lo que en las recomendaciones principales se encontraba la falta del seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes del centro de salud mental. Esto permitirá, a la presente investigación, recopilar algunos datos de relevancia de información general del trastorno afectivo bipolar como definiciones, tratamientos e interacciones.

Monge, en Barcelona, realizó una investigación que presenta en la Revista Cúpula, con el fin de integrar las últimas publicaciones disponibles sobre el conocimiento ya previamente adquirido en el tratamiento farmacológico de los principales trastornos de personalidad.¹⁵

Esta investigación realizó la recolección de información por medio de una revisión de artículos originales en PubMed, además de incluir las últimas guías internacionales disponibles para manejo de trastornos de personalidad de la National Institute for Health and Clinical Excellence, así como estudios clínicos aleatorizados controlados, revisiones sistemáticas o metaanálisis.¹⁵ Lo que permitirá a la presente investigación tener el conocimiento de tratamientos y características según el trastorno de personalidad del paciente en mi investigación.

Coryell, en Iowa (USA), publicó el tema “Tratamiento farmacológico de los trastornos bipolares” en la Revista del Manual de la MSD, cuyo objetivo es la correcta selección y uso de los fármacos en el trastorno afectivo bipolar, para evitar efectos adversos. La metodología que utilizó fue la recopilación de artículos que compilan datos importantes de cada uno de los tratamientos para diferentes episodios del trastorno afectivo bipolar.¹⁶ Este aporte agregado a la revista de MSD, en la presente investigación, facilitará la información

de los diferentes tratamientos más comunes utilizados en el paciente con el trastorno afectivo bipolar.

En Colombia, Salazar *et al.*, realizaron una Guía de actuación farmacéutica en pacientes con trastorno afectivo bipolar, con el fin de encontrar un excelente ejemplo de la integración de disciplinas y procurar mejorar la calidad de vida de las personas con trastorno afectivo bipolar. Utilizaron la metodología de múltiples búsquedas de artículos con información científica sobre todas las generalidades de trastornos, opciones de tratamientos, diagnóstico y elaboraron una guía para que el farmacéutico pueda brindar atención y seguimiento al paciente con trastorno afectivo bipolar.¹⁷

Esta guía servirá como base para este trabajo; asimismo, la metodología que utilizaron sirve como modelo a seguir para una correcta elección de tratamiento y seguimiento a los pacientes del trastorno afectivo bipolar.

Brasso *et al.*, en Italia, realizaron un artículo sobre la “Precisión de la adherencia autoinformada y el seguimiento terapéutico de los medicamentos en una sala de urgencias psiquiátrica”, con el principal objetivo de evaluar la concordancia entre la monitorización terapéutica de medicamentos y una autoevaluación de la adherencia a los tratamientos psicofarmacológicos. Por medio de metodología directa e indirecta realizaron la investigación, es decir, aplicaron la terapia observada directamente y monitorización terapéutica de fármacos a los pacientes en el Servicio de Emergencias Psiquiátricas y de manera indirecta con la investigación de otros aportes anteriormente realizados.¹⁸

Para efectos de la presente investigación se tomará la información relevante de este artículo como la monitorización del paciente con trastorno afectivo bipolar y la falta de un seguimiento farmacoterapéutico para asegurar la adherencia al tratamiento o verificación de un correcto tratamiento. Asimismo, el método de seguimiento mixto con la forma directa e indirecta para mejorar la precisión de adherencia.

En Italia, Penazio *et al.*, publicaron en la revista MDPI el artículo titulado: “Estado actual de la monitorización de fármacos terapéuticos en el tratamiento de salud mental”, con el fin de poder proporcionar a los lectores una síntesis de las novedades después de la

publicación de las directrices AGNP. Esto permitió una actualización clara y sencilla sobre el tema de monitorización terapéutica de medicamentos, por medio de la realización de búsquedas en la base de datos de Web of Science utilizando palabras claves del tema, ya que esta incluye varias bases de datos, entre ellas Science Citation Index Expanded e Índice de citas de ciencias sociales; para un total de 166 registros.¹⁹

En el caso del estudio en curso, dicho artículo va a aportar el conocimiento del tipo de seguimiento farmacoterapéutico llamada monitorización terapéutica de fármacos y las debidas recomendaciones de cómo aplicar este método para la optimización del tratamiento en todos los aspectos para el paciente con trastorno afectivo bipolar.

Leclerc *et al.*, en Brasil, investigaron sobre “Determinantes de la adherencia al tratamiento en el trastorno bipolar: una revisión integral”, con el objetivo de revisar exhaustivamente los estudios que evalúan los factores asociados con la adherencia al tratamiento en el trastorno bipolar (TB), así como los resultados de las intervenciones desarrolladas para mejorar la adherencia en esta población.²⁰

Utilizaron motores de búsqueda como: PubMed, Scielo, LILACS y PsycINFO. Las palabras clave utilizadas fueron “Trastorno Bipolar”, “Factor”, “Adherencia”, “No adherencia”, “Cumplimiento” e “Intervención”. Además, se consultó la lista de referencias de los estudios seleccionados en busca de artículos relevantes.²⁰ Este artículo aportará mejoras sobre la adherencia de tratamiento en pacientes con trastorno afectivo bipolar, así como intervenciones necesarias para esa mejoría, en este estudio que se está efectuando.

En Turquía, Cakir *et al.*, hicieron un reporte breve sobre “¿Un enfoque psicoeducativo llega a los pacientes específicos con trastorno bipolar?”, con el fin de determinar los factores que están relacionados con la motivación de los pacientes bipolares para asistir a un programa de psicoeducación. Por medio de una metodología con pacientes con trastorno afectivo bipolar que tenían al menos cuatro años de seguimiento prospectivo, fueron invitados a un programa de psicoeducación de 6 semanas. Se compararon los pacientes que aceptaron y los que rechazaron la participación utilizando varias características clínicas.²¹

En este caso aportará el programa de psicoeducación aplicado durante 6 semanas en estos pacientes con trastorno afectivo bipolar, que tiene como fin enseñar la importancia de la regularidad de estilo de vida, hábitos saludables, la detección temprana y así la mejoría de adherencia al tratamiento.

El artículo creado en Turquía por Eker y Harkin, “Efectividad del programa de psicoeducación de seis semanas sobre la adherencia de pacientes con trastorno afectivo bipolar”, tiene como finalidad examinar la eficacia de un programa de psicoeducación de seis semanas sobre adherencia de pacientes con trastorno afectivo bipolar.²²

Llevando a cabo un estudio experimental en una clínica ambulatoria de trastornos del estado de ánimo en Zonguldak, Turquía, asignaron a los participantes aleatoriamente a grupos de intervención (n = 35) o de control (n = 36). A ambos grupos se les aplicaron pruebas previas y posteriores para medir su adherencia. En el grupo de psicoeducación, el programa de psicoeducación se proporcionó durante 2 h/semana durante seis semanas. En el grupo de control, se proporcionó atención e información estándar.²²

Este programa ayudará a esta investigación, ya que consiste también en una psicoeducación, que trabaja la mejoría del paciente durante 6 semanas, haciendo así una concientización a ellos mismos sobre la necesidad de tomar correctamente el tratamiento y tener una revisión continua para así evitar recaídas en episodios.

En Suiza, Aillon *et al.*, escribieron para la revista el Servier un artículo con el título de: “Impacto del programa de terapia grupal de objetivos de vida para pacientes bipolares: un estudio abierto.” Con el objetivo de mejorar las habilidades de manejo de enfermedades, así como el funcionamiento social y profesional de las personas con trastorno afectivo bipolar.²³

Por medio de cuarenta y cinco pacientes diagnosticados con trastorno afectivo bipolar, se evaluó la estabilidad de estado de ánimo, cumplimiento de tratamiento farmacológico y capacidad para prevenir y afrontar recaídas.²³ En este caso, el aporte es un programa psicoeducativo aplicado en Suiza, lo cual funcionará para comparar programas de diferentes países, junto con los resultados obtenidos.

González *et al.*, en España, investigaron sobre: “Eficacia a largo plazo de un programa de intervención psicológica para pacientes con trastorno bipolar refractario: un estudio piloto”, con el fin de probar la eficacia a largo plazo del tratamiento estándar combinado (farmacoterapia y tratamiento psicosocial complementario basado en un modelo cognitivo-conductual) en comparación con el tratamiento farmacológico estándar para pacientes con trastorno afectivo bipolar.²⁴

Para ello tomaron 20 pacientes para realizar un diseño experimental multigrupo con medidas de evaluación repetidas (pretratamiento, postratamiento, seguimiento a los 6 meses y seguimiento a los 12 meses), y le dieron seguimiento para verificar los resultados y analizarlos.²⁴

El aporte más relevante para la presente investigación es el modelo aplicado cognitivo- conductual, para poder compararlo con los otros modelos y ayudar a formar o crear el ideal.

Ortiz *et al.*, publicaron en Canadá y Estados Unidos, el artículo “Aplicaciones y lagunas en el trastorno bipolar: una revisión sistemática sobre la monitorización electrónica para la predicción de episodios”, con el fin de una revisión sistemática centrada en el estado actual de la monitorización (e-) electrónica para la predicción de episodios en el Trastorno afectivo bipolar”.²⁵

Realizaron una revisión sistemática de la literatura sobre monitorización electrónica para la predicción de episodios en pacientes adultos con trastorno afectivo bipolar, por medio de una metodología de acuerdo con las pautas para el informe de revisiones sistemáticas y metanálisis (PRISMA) y se registró en PROSPERO. También realizaron una búsqueda en las bases de datos de Web of Science, MEDLINE, EMBASE y PsycINFO (todas entre 2000 y 2020). Identificaron y extrajeron datos de 17 informes publicados sobre 15 estudios relevantes.²⁵

En este caso, es un artículo muy particular, ya que es un tipo de seguimiento farmacoterapéutico al paciente con trastorno afectivo bipolar con unos teléfonos inteligentes y dispositivos portátiles que han provocado el desarrollo de aplicaciones automatizadas para

monitorear de forma remota. Se podría utilizar comparando con algún modelo de seguimiento.

En Polonia, Antosik *et al.*, presentan el tema “El teléfono inteligente como herramienta de seguimiento del trastorno bipolar: una revisión sistemática que incluye análisis de datos, algoritmos de aprendizaje automático y modelos predictivos”, con el objetivo principal de revisar y discutir los estudios sobre los sistemas basados en teléfonos inteligentes que monitorean o detectan el cambio de fase. También discutieron los desafíos relacionados con el modelado predictivo.²⁶

En las búsquedas en bases de datos electrónicas se evaluaron los atributos predictivos que reflejan la actividad de la enfermedad, incluidos datos de las calificaciones de autoevaluación de los pacientes y datos recogidos objetivamente por teléfonos inteligentes. Los artículos fueron revisados según las directrices PRISMA.²⁶

Es por eso que tiene gran relevancia en esta investigación ya que este método de monitorear el estado de ánimo a los pacientes con trastorno afectivo bipolar recopilados automáticamente, datos del día a día, mediante teléfonos inteligentes (datos de voz de llamadas telefónicas y datos de uso de teléfonos inteligentes que reflejan actividades sociales y físicas) son marcadores válidos de un estado de ánimo, que pueden funcionar para comparar con los demás métodos de recolección de datos de los pacientes.

Criscuolo *et al.*, realizaron un estudio en Estados Unidos sobre “Un sistema de detección electroquímico portátil para la monitorización no invasiva de fármacos de litio en el trastorno bipolar”, con el objetivo de fabricar, por primera vez, un sistema completo no invasivo para la monitorización terapéutica de fármacos (TDM) de litio en el sudor en personas que padecen de trastorno afectivo bipolar.²⁷

A los pacientes se les coloca un electrodo potenciométrico selectivo de iones (ISE) con un contacto sólido nanoestructurado para aumentar la estabilidad potencial del sensor de referencia (RE) estable que, posteriormente, recoge el sudor y se analiza para compararlo con la ventana terapéutica existente del litio, lo que permite demostrar la capacidad de detección de litio en el paciente.²⁷

Este es otro método para darle seguimiento al paciente con trastorno afectivo bipolar, principalmente al que tenga el tratamiento de litio, que podría traer bastante innovación a esta investigación ya que con esta metodología aplicada se puede controlar la cantidad de fármaco en el cuerpo del paciente y así mantenerlo controlado con la dosis terapéutica.

En Perú, Cabanilla y Barreto, realizaron la investigación de postgrado sobre: “Actitud de los pacientes sobre la implementación de seguimiento farmacoterapéutico en la posta médica Auquimarca, Paucartambo Pasco”, con el objetivo de determinar la actitud de los pacientes que usan fármacos de índice terapéutico estrecho, sobre la implementación de seguimiento farmacoterapéutico en el Centro de Salud.²⁸

El método del estudio realizado es básicamente de tipo descriptivo, transversal donde la muestra estuvo conformada por 60 pacientes que usan fármacos con índice terapéuticos estrecho. La validación del instrumento fue por Juicio de Expertos, donde tuvo un resultado positivo, ya que se encontró gran mejoría en los pacientes estudiados.²⁸

Dicho estudio no se enfoca en el trastorno afectivo bipolar que se busca en esta investigación, no obstante, sí en un seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes que usan fármacos de índice terapéutico estrecho, y en este caso, puede ser de provecho este enfoque, al igual que el método Dáder.

Gaitán, en Bogotá, centró el tema en una propuesta para un modelo de atención farmacéutica en pacientes con diagnóstico de patología mental, con el fin de diseñar un modelo de atención farmacéutica en pacientes con diagnóstico de patología mental para la clínica de Nuestra Señora de la Paz.²⁹

La investigación tuvo un estudio de tipo observacional descriptivo y transversal sobre los registros existentes en historia clínica de pacientes con diagnóstico de patología mental para la implementación de un seguimiento farmacoterapéutico. Su resultado fue bastante positivo en los pacientes, por lo cual en recomendaciones mencionan la importancia de darle mayor seguimiento a otras patologías.²⁹

Utilizó el método aplicado fue el Método Dáder en pacientes con trastorno afectivo bipolar, y otras patologías mentales, que en este caso tiene parte del enfoque deseado en la investigación que está en proceso, por lo cual permitirá conocer más del método aplicado.

Asimismo, en Argentina, Cetkovich *et al.*, publicaron el artículo titulado: “Tercer consenso argentino sobre el manejo de los trastornos bipolares. Primera Parte: introducción, método de trabajo y generalidades”, con el objetivo de resumir y sintetizar la mejor evidencia disponible sobre el manejo integral de esta patología y así proporcionar un instrumento útil y actualizado a psiquiatras, equipos multidisciplinarios abocados a la salud mental y a organismos gubernamentales.³⁰

Aplicaron la metodología de revisión, de manera exhaustiva, a toda la nueva literatura publicada sobre el trastorno afectivo bipolar, enfocados en prevalencia, epidemiología, escalas clínicas, diagnósticos, tratamientos y abordajes tanto farmacoterapéuticos como no farmacoterapéuticos.³⁰ El estudio presentó datos de relevancia, como lo son algunas definiciones, diagnósticos, evolución del trastorno afectivo bipolar.

En Colombia, Salazar *et al.*, investigaron sobre el efecto del método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con trastorno afectivo bipolar I: EMDADER-TAB. Ensayo clínico aleatorizado con el fin de evaluar el efecto de una intervención farmacéutica, a través del método Dáder de SFT, en la reducción de hospitalizaciones, urgencias y consultas externas no programadas, en pacientes ambulatorios con Trastorno afectivo bipolar.³¹

Dicho estudio comparó el efecto del seguimiento farmacoterapéutico versus la atención habitual mejorada (AHM) en pacientes con trastorno afectivo bipolar, en una clínica psiquiátrica de Colombia. Tomando aleatoriamente a dos grupos que fueron seguidos por 12 meses: grupo control (GC) o con atención habitual mejorada y grupo de intervención (GI) que recibía adicionalmente seguimiento farmacoterapéutico, utilizando el método Dáder. Ambos grupos recibieron información verbal y escrita, sobre salud mental y TAB, con énfasis en la adherencia farmacológica y no farmacológica, al igual que la asistencia en trámites administrativos durante el año de seguimiento.³¹

El método aplicado en dicho artículo es de gran aporte a la presente investigación, ya que explica el método Dáder y a su vez lo aplica presentando resultados en los pacientes, por lo que permitirá ver mejor el resultado de este método en pacientes con trastorno afectivo bipolar.

1.4.3. Antecedentes Nacionales

En este apartado se realizó una investigación y búsqueda bastante extensa, pero no se encontraron muchos recursos, artículos, revistas o libros nacionales relevantes para la investigación. Es por eso, que solo se contaron con tres referencias nacionales relevantes para esta investigación.

Peraza investiga sobre la “Efectividad de los programas psicoeducativos en los tratamientos para personas con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar, en comparación con otros modelos terapéuticos o tratamiento usual (TAU) que no utilicen psicoeducación”³². Peraza, realizó una sistemática revisión bibliográfica en diferentes bases de datos, para toda la recopilación de la información.³²

Esa tesis, realizada en la Universidad de Costa Rica, aporta al estudio en curso los programas psicoeducativos, en los cuales se explica cómo funcionan, cuánto tiempo tardan, a qué pacientes se le aplican y demás, con el fin de ir seleccionando los programas y modelos a comparar.

López, por su parte, en Universidad de Costa Rica, escribió la tesis sobre “Diseño de una guía para el tratamiento psicológico del trastorno afectivo bipolar en niños y niñas de seis a doce años de edad” con el objetivo de proponer, con base en un enfoque terapéutico y psicoeducativo, una guía de intervención o protocolo para esa población con trastornos afectivos bipolares, con el propósito de facilitar el abordaje sistematizando de este tipo de trastorno.³³

Por medio de la búsqueda cualitativa en bases de datos, revistas, libros y demás, realizó una guía con enfoque “en niños y niñas”³¹, a pesar de que, en el presente estudio no hay enfoque de población específica, la guía propuesta en esa tesis funcionará para guiar al paciente a un buen seguimiento farmacoterapéutico sea la edad que sea.

En el 2020, Ramírez, Arias y Madrigal; presentan el tema de investigación de: “Actualización del trastorno afectivo bipolar”, con el fin de abordar los aspectos más relevantes del trastorno afectivo bipolar con el fin de comprender mejor la fisiopatología de esta entidad y facilitar herramientas para un diagnóstico y tratamiento adecuados.³⁴

Como metodología aplicó una revisión bibliográfica, 18 fuentes bibliográficas DE 2015 a 2019, excepto dos de ellas, del año 2014, incluidas por su relevancia al momento de la revisión, una de las cuales habla de los criterios diagnósticos según el manual estadístico de los trastornos mentales en su última edición y la otra toca el tema de comorbilidades como los trastornos alimenticios.

Es por eso que esta investigación concluye que el trastorno bipolar no es nada fácil de diagnosticar ni tratar, por ende, la necesidad de ir de la mano con un profesional que le brinde seguimiento farmacoterapéutico.³⁴ Para la investigación en proceso, este artículo funcionará para obtener diferentes formas y tratamientos de atender a pacientes con trastorno afectivo bipolar.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Farmacia comunitaria

La farmacia comunitaria se originó en la práctica antigua de los farmacéuticos, que consistía en preparar medicamentos. Sin embargo, desde la era industrial, esta función ha perdido cierta importancia, lo que ha llevado a cuestionar el papel del farmacéutico. Sin embargo, en los últimos años, otros campos, como la farmacia clínica y la Atención Farmacéutica (AF), han ganado gran importancia, enfocándose en la atención del paciente y en la enseñanza del uso adecuado de medicamentos en el momento de su despacho.³⁵

El objetivo principal del farmacéutico en los últimos años, en conjunto con otros profesionales de la salud ha sido alcanzar una respuesta terapéutica adecuada para cada paciente. Esto se ha logrado mediante la atención primaria en la farmacia comunitaria al implementar el seguimiento farmacoterapéutico del paciente ambulatorio, lo que ha garantizado una asistencia sanitaria casi completa.³⁶

Gracias a esto ha surgido una nueva rama, la cual es la atención farmacéutica comunitaria y, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) está definida como "[...] el conjunto de actitudes, comportamientos, inquietudes, valores éticos, funciones, conocimientos, responsabilidades y destrezas del farmacéutico en la dispensación y prestación de farmacoterapia con el objetivo de lograr resultados terapéuticos definidos en la salud"³⁶.

Hoy, uno de los mayores problemas sanitarios es el uso inadecuado de medicamentos. La solución a este problema radica en el papel del personal de salud en mantener un mejor control de la farmacoterapia, lo cual es posible gracias a la labor del profesional de la salud. En este campo, el profesional adecuado para llevar a cabo esta función de control asistencial es el farmacéutico. Este profesional trabaja en diferentes áreas, desde industria, hospitalaria y comunitaria; más sin embargo las consultas a nivel medicamentoso de tratamiento suelen ser a nivel hospitalario y principalmente a nivel comunitario por su fácil acceso.³⁶

El farmacéutico es responsable de monitorear el tratamiento farmacológico de los pacientes y, en ocasiones, debe intervenir cuando detecta cualquier alteración en el tratamiento farmacológico del paciente. Todo esto con el objetivo de alcanzar las metas

terapéuticas adecuadas, perseguidas por el médico al recetar o por el farmacéutico al administrar el medicamento. Finalmente, el farmacéutico es responsable de supervisar el tratamiento farmacológico de los pacientes con el objetivo final de prevenir morbilidad al realizar una adecuada atención.³⁶

Es crucial destacar que el farmacéutico posee los conocimientos académicos requeridos y está en una posición favorable para ayudar a mejorar la adherencia. Además, es la fuente de atención médica más cercana a su hogar, disponible sin cita previa las 24 horas del día, los 365 días del año.³⁷

2.2 Intervención farmacéutica

Las intervenciones farmacéuticas incluyen todas las actividades en las que el profesional farmacéutico participa activamente, principalmente, en la toma de decisiones sobre la terapia de los pacientes y en la evaluación de los resultados. Siendo este último, el punto diferenciador entre otras actividades del profesional farmacéutico.³⁸

Las intervenciones farmacéuticas tienen el potencial de encontrar "oportunidades de mejora" en la farmacoterapia de los pacientes y se realizan para mejorar los resultados clínicos de los medicamentos prescritos mediante su correcta utilización, enfocándose en la dosis, la vía de administración y la duración adecuada de la farmacoterapia.³⁸

Asimismo, se pueden clasificar en 9 clases de intervenciones agrupadas en 3 diferentes categorías: cantidad de medicamentos, estrategias farmacológicas y la educación al paciente.³⁸

Tabla 1. Clasificación de las intervenciones farmacéuticas

Categorías	Intervención Farmacéutica	Definición
Cantidad de medicamentos	Modificar la dosis	Ajuste de la cantidad de fármaco que se administra.
	Modificar la dosificación	Cambio en la frecuencia y/o duración del tratamiento.

	Modificar la pauta de administración (redistribución de la cantidad)	Cambio del esquema por el cual quedan repartidas las tomas del medicamento a lo largo de un día.
Estrategias farmacológicas	Añadir un medicamento(s)	Inclusión de un nuevo medicamento que no utilizaba el paciente.
	Retirar un medicamento(s)	Retiro de la administración de un determinado(s) medicamento(s) utilizado(s) por el paciente
	Reemplazo un medicamento(s)	Reemplazo de algún medicamento de los que utilizaba el paciente por otros de composición diferente, o bien de diferente forma farmacéutica o vía de administración.
Educación al paciente	Disminuir el incumplimiento involuntario (educar en el uso del medicamento)	Educación en las instrucciones y precauciones para la correcta utilización y administración del medicamento.
	Disminuir el incumplimiento voluntario (modificar actitudes respecto al tratamiento)	Refuerzo de la importancia de la adhesión del paciente a su tratamiento.
	Educación en medidas no farmacológicas	Educación del paciente en todas aquellas medidas dietéticas que higiénico-dietéticas que impulsen la consecución de los objetivos terapéuticos.

Fuente. Elaboración propia a partir de la referencia³⁸.

Además, Luján y Ortiz, proponen una evaluación de las intervenciones farmacéuticas, las cuales se dividen en 2 tipos de códigos, el código de impacto y código de significación. El código de impacto abarca los aspectos de efectividad y toxicidad, mientras que el código

de significación emplea una escala de +3 a -3, agrupadas en 3 criterios: apropiadas, indiferentes e inapropiadas.³⁸

2.2.1 Código de significación

El impacto de las intervenciones farmacéuticas, también conocido como relevancia de las intervenciones farmacéuticas, se evalúa con un puntaje de +3 a -3 y se basa en la recuperación o estabilización del paciente y la calidad de la atención recibida.³⁸

Luján y Ortiz definen código de significación como “la medición de la atención farmacoterapéutica prestada al paciente y la contribución a la mejora de la calidad mediante una escala, con ello se pretende medir la contribución y aceptación de la intervención farmacéutica”³⁸.

Tabla 2. Código de significación

Apropiado	
+3	Extremadamente significativo. Intervención que evita un fallo orgánico o la muerte del paciente y/o aporta un incremento muy importante de la efectividad y aporta un incremento muy importante a la calidad asistencial.
+2	Muy significativo. Intervención que aumenta la efectividad y/o disminuye la toxicidad y aporta un incremento importante a la calidad asistencial
+1	Significativo. Intervención que mejora la atención del paciente y que aporta un incremento a la calidad asistencial.
Indiferente	
0	Indiferente. Intervención que no produce cambios significativos en la atención al paciente.
Inapropiado	
-1	Inapropiado. Intervención que empeora la atención del paciente y que produce un descenso de la calidad asistencial.
-2	Muy inapropiado. Intervención que disminuye la efectividad y/o incrementa la toxicidad y produce un descenso importante de la calidad asistencial

-3	Extremadamente inapropiado. Intervención que produce un fallo orgánico o la muerte del paciente y/o disminuye de forma muy importante la efectividad y produce un descenso muy importante de la calidad asistencial.
----	--

Fuente. Elaboración propia a partir de la referencia³⁸.

De ahí que el paciente puede ser evaluado en esta escala, para que el servicio brindado y su contribución logre ubicarlo en alguna clasificación. Y así saber si existe la posibilidad de cualquier oportunidad de mejoría que pueda brindar algún profesional, incluido el farmacéutico.

2.2.2 Código impacto

El código de impacto tiene dos puntos que se deben tener en cuenta: la efectividad y la toxicidad de las intervenciones farmacéuticas; estas califican el sentido de las intervenciones farmacéuticas y sus beneficios para la salud del paciente.³⁸

Tabla 3. Código de impacto

Efectividad
Intervenciones que permiten lograr una mayor utilidad del fármaco en el paciente para conseguir los objetivos terapéuticos planteados, incluyendo también aquellas que inciden en la mejora de los circuitos asistenciales establecidos.
Toxicidad
Aquellas intervenciones que permiten disminuir el riesgo de la utilización del fármaco en el paciente.

Fuente. Elaboración propia a partir de la referencia³⁸.

De lo anterior es correcto afirmar que el impacto se relaciona directamente en maximizar el efecto o impacto de los fármacos en el paciente, así como la evaluación pertinente para evitar posibles complicaciones o efectos adversos de estos mismos.

2.3 Farmacovigilancia

La farmacovigilancia consiste en estudiar la seguridad de los fármacos cuando se usan en la práctica clínica en una población mayor, una vez se encuentran para el consumo público y han pasado todas las fases clínicas antes de su comercialización, realizadas en una

población menor. La farmacovigilancia es en rigor una actividad de salud pública, la cual se encuentra destinada a analizar y gestionar los riesgos de los fármacos con el fin de minimizar los efectos fatales que puedan ocasionar a quien lo consuma.³⁹

De acuerdo con Borja & Souto, la farmacología tiene gran importancia, porque al registrar un nuevo fármaco no significa que se tenga conocimiento completo de él; sino que implica que los ensayos clínicos que se realizan en un pequeño número de pacientes antes de su comercialización no son suficientes para detectar una reacción adversa, ya que la posibilidad de que se presente en este grupo de pacientes es mínima y poco frecuente. Por lo que no se puede generalizar, y siempre será necesario la realización e investigación de más información sobre el fármaco para cualquier mejora posible del efecto, por ende, la necesidad del continuo seguimiento al medicamento o reacción que presente.³⁹

La incidencia de reacciones adversas en estos ensayos es relativamente baja, siendo un 0.1% el porcentaje detectado, y los ensayos clínicos realizados previo a la comercialización de medicamentos son muy estandarizados, lo que limita la extrapolación o conocimiento de los resultados en las condiciones habituales de uso de los medicamentos.³⁹

Por tanto, en la vida cotidiana, la cantidad de pacientes expuestos a estos medicamentos es mayor en comparación con los ensayos clínicos que se aplican. Además, la duración de los tratamientos puede variar significativamente, llegando a ser utilizados de por vida en ciertas patologías e incluso dirigidos a poblaciones especiales cuyas condiciones probablemente no fueron estudiadas de manera más específica durante los ensayos clínicos, lo que implica que va a tener variaciones muy distintas a las del ensayo.³⁹

En un grupo mayor de pacientes, existe una alta probabilidad de interacciones medicamentosas o fisiológicas, y las condiciones de cumplimiento terapéutico no están controladas de la misma manera que en un ensayo clínico con condiciones estandarizadas y controladas. Por esta razón, al prescribir un medicamento, el médico tratante debe enfrentarse a varias situaciones y notificar cualquier anomalía que pueda presentar el paciente y termine representando un peligro para la salud pública. Las notificaciones por parte del profesional o por el mismo paciente, puede evitar que otras personas se vean implicadas en el mismo peligro.³⁹

Además, es importante mencionar, que, para el caso de un país como Costa Rica, existe un reglamento que fija las disposiciones del presente decreto N.º 35244-S, Reglamento del Sistema Nacional de Farmacovigilancia⁴⁰, en donde se aplica la farmacovigilancia a todos los medicamentos para uso humano, que estén registrados en el país, que se expanden y comercializan en todos los establecimientos de salud públicos y privados.

Según el artículo 6º del Reglamento del Sistema Nacional de Farmacovigilancia, la información sobre los riesgos asociados a los medicamentos puede proceder de las siguientes fuentes:

- Notificación espontánea de casos individuales de sospechas de reacciones adversas a través de la tarjeta amarilla por parte de los profesionales de la salud de todos los establecimientos de salud.
- Estudios post-autorización del medicamento, incluyendo los estudios fármaco-epidemiológicos.
- Informes periódicos de seguridad post-comercialización (IPS), aportados por el fabricante del producto como actualización de los datos de seguridad del expediente del registro del medicamento.
- Bases de datos sanitarias nacionales e internacionales informatizadas, como egresos hospitalarios, dispensación de medicamentos y mortalidad.
- Informaciones relacionadas con la fabricación, conservación, venta, distribución, dispensación y hábitos de utilización, prescripción y administración a los pacientes de un medicamento procedentes de la industria farmacéutica.
- Publicaciones de la literatura científica.
- Otras fuentes de información que pueda repercutir sobre la evaluación de los beneficios y riesgos de los medicamentos.
- Autoridades y organismos sanitarios nacionales e internacionales.⁴⁰

Asimismo, el artículo 11º del Reglamento del Sistema Nacional de Farmacovigilancia menciona que las personas profesionales en Ciencias de la Salud tienen entre sus obligaciones:

- a) Notificar toda sospecha de reacción adversa de las que tengan conocimiento durante su práctica habitual y enviarlo al Centro Nacional de Farmacovigilancia mediante el formulario oficial de notificación de sospechas de reacciones adversas: la tarjeta amarilla con todos los datos requeridos. Las reacciones adversas graves deben notificarse en un plazo de 24 horas y el resto en un plazo de 10 días hábiles. La información se puede enviar vía fax o Internet o ser comunicadas por teléfono, con la posterior entrega de las tarjetas amarillas al Centro.
- b) Conservar toda la documentación clínica de las sospechas de reacciones adversas a medicamentos para completar o realizar el seguimiento, en caso necesario.
- c) Cooperar con los encargados del Centro Nacional de Farmacovigilancia, proporcionando la información necesaria que éstos les soliciten para ampliar o completar la información sobre la sospecha de reacción adversa.
- d) Mantenerse informados sobre los datos de seguridad relativos a los medicamentos que habitualmente prescriban, dispensen o administren.
- e) Colaborar, en caso necesario, en calidad de expertos, con el Centro Nacional de Farmacovigilancia, en la evaluación de los problemas de seguridad de los medicamentos.⁴⁰

También, el artículo 12º, define que “la Industria farmacéutica, tanto importadores como fabricantes que estén autorizados para la comercialización de los medicamentos de uso humano en el país”⁴⁰, tienen la obligación de:

- Las sospechas de reacciones adversas graves o inesperadas deberán notificarse en un plazo máximo de 24 horas desde que se tuviera conocimiento de las mismas, en el que se incluya como mínimo los datos del formulario adaptado CIOMS para el reporte de reacciones adversas a medicamentos.
- Notificar en un plazo máximo de 10 días hábiles al Centro Nacional de Farmacovigilancia las sospechas de reacciones adversas causadas por medicamentos y otros productos sanitarios comercializados bajo su responsabilidad en el país a través del formulario adaptado CIOMS.

- Llevar un registro físico o electrónico detallado de todas las sospechas de reacciones adversas que le son reportados de sus medicamentos.
- Realizar un seguimiento de la bibliografía científica mundial, con el fin de identificar los casos publicados de reacciones adversas en los que existan sospechas razonables de que el causante es un principio activo de un medicamento de cuya autorización de comercialización en Costa Rica sea titular.
- Implantar un programa de farmacovigilancia para la industria cuyas características reúnan como mínimo las establecidas en las Normas de Buenas Prácticas en Farmacovigilancia, cuyo encargado sea un profesional de la salud, que coordinará todos los procesos relacionados con el Centro Nacional de Farmacovigilancia y la Autoridad reguladora de medicamentos.
- Coordinar con los responsables del Centro Nacional de Farmacovigilancia, en caso de una sospecha de reacción adversa a uno de sus medicamentos, aportando toda la información que se solicite.
- Actualizar en forma permanente la información de seguridad de sus medicamentos a la ejecución de planes de farmacovigilancia y programas de gestión de riesgos y a la realización de una evaluación continuada de la relación riesgo-beneficio de sus medicamentos de acuerdo con las Buenas Prácticas de Farmacovigilancia del país.
- Garantizar el acceso público a la información de seguridad de sus medicamentos.⁴⁰

2.4 Dispensación de medicamentos

La entrega de uno o más medicamentos a un paciente, generalmente como respuesta a la presentación de una receta elaborada por un profesional farmacéutico autorizado, se conoce como dispensación de medicamentos. En este acto, el profesional farmacéutico químico informa y orienta al paciente sobre el uso adecuado del medicamento, reacciones adversas, interacciones medicamentosas y condiciones de conservación.^{36,39} Por lo tanto, es una buena práctica de dispensación (BPD) promover el uso racional de medicamentos en todo momento.⁴¹

El proceso de dispensación de medicamentos incluye todas las acciones realizadas por el profesional farmacéutico químico, desde la recepción de la prescripción hasta la entrega de los medicamentos al paciente, con o sin receta médica. La correcta dispensación

debe ser un proceso que permita la detección y corrección de errores en todas sus actividades.⁴¹

Se distinguen cinco actividades principales en el proceso de dispensación, las cuales con:

- Recepción y validación de la prescripción.
- Análisis e interpretación de la prescripción.
- Preparación y selección de los productos para su entrega.
- Registros de la dispensación.
- Entrega de los productos e información brindada por el dispensador.⁴¹

2.4.1 Medicamentos

Los medicamentos son una de las herramientas más importantes en la terapia médica actual, que al utilizarse después de la aplicación de un método diagnóstico específico adecuado permiten la prevención, curación, atenuación y tratamiento de una variedad de enfermedades y sus síntomas.⁴²

Los medicamentos son esenciales para actividades relacionadas a la salud, no obstante, pueden utilizarse de manera inadecuada, lo que tiene graves repercusiones médicas, sociales y económicas. La OMS y los Ministerios de Salud han promovido el uso racional de medicamentos debido a estos y otros factores. Por lo que el uso racional de medicamentos que se ha propuesto permite que no se utilicen en exceso o de manera inadecuada.⁴²

Cuando se trata del uso de medicamentos que deben ser prescritos por un profesional, el Uso Racional implica responsabilidades del:

- Profesional prescriptor médico (a) u odontólogo método.
- Profesional farmacéutico.
- Paciente.

Además, es importante recalcar que existen medicamentos que no requieren receta o prescripción médica para su dispensación, por lo que su uso racional recae principalmente en el usuario y a la explicación que se le dé al paciente sobre dosis máximas, efectos no deseados y consecuencias por exceso de este.⁴²

Por lo tanto, es fundamental comprender y evitar el uso irracional o irresponsable de medicamentos; cuando los profesionales prescriptores, los farmacéuticos y los pacientes no cumplen con los requisitos de buen uso de tales productos, se puede decir que el uso de medicamentos es "irracional".⁴²

El profesional prescriptor puede ser responsable de algunas de las causas de uso irracional de medicamentos, como cuando indica medicamentos y el problema de salud podía solucionarse sin ellos; o cuando prescribe un medicamento errado (sea el principio activo, forma farmacéutica, costo elevado, dosis incorrecta, contraindicación que no se tome en cuenta, entre otros); incluso si estableció un periodo de uso inadecuado o no informó las indicaciones apropiadamente al paciente.⁴²

Asimismo, el profesional que dispense puede ser responsable de otras causas de uso irracional, como, por ejemplo: entregó medicamentos de baja calidad; dispensó el medicamento incorrecto (principio activo, forma farmacéutica); recomendó cambiar el medicamento; o no informó al médico sobre algún error en la prescripción para posible cambio.⁴²

Y por último, el usuario de los medicamentos puede ser responsable del uso irracional de medicamentos si no sigue las instrucciones de los profesionales de salud; decide cambiar su medicamento por su propia voluntad; recomienda a otra persona que use sus medicamentos; o decide usar un medicamento sin prescripción o por recomendación de otras personas.⁴²

Algunos de los factores que influyen en el uso irracional de medicamentos, se pueden ver resumidos en la siguiente tabla:

Tabla 4. Factores que influyen en el uso irracional de medicamentos

Responsable	Factor
Prescriptor	<ul style="list-style-type: none"> • A. Falta de capacitación B. Falta de información objetiva sobre el medicamento. • Creencia equivocada sobre eficacia. • Prescripción excesiva e innecesaria. • Prescripción errónea.
Pacientes	<ul style="list-style-type: none"> • Desinformación. • Creencias erróneas. • Demandas/ expectativas del paciente.
Lugar de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Exceso de pacientes. • Presión para prescribir. • Apoyo inadecuado del laboratorio de análisis clínicos. • Insuficiente personal.
Sistema de suministro	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiente. • No disponibilidad de medicamento. • Proveedores no confiables. • Escasez de medicamentos. • Medicamentos vencidos.
Reglamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de medicamentos no esenciales
Industria	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción engañosa.

Fuente. Elaboración propia a partir de la referencia ⁴².

En síntesis, la falta de conocimientos, habilidades o información de manera independiente, la disponibilidad sin restricciones de medicamentos, el exceso de trabajo del personal de salud, la promoción inadecuada de medicamentos y la venta de medicamentos con fines lucrativos,

son algunas de las razones por las que el uso de medicamentos puede ser irracional y disminuir los aspectos positivos que podría llegar a tener en el paciente o evitar el fin deseado. ⁴²

2.4.2 Vía de administración

Primeramente, es fundamental definir lo que se conoce como forma farmacéutica, que es la forma externa o acondicionamiento de un fármaco que permite su administración

de manera efectiva para lograr el efecto deseado. Los medicamentos se pueden encontrar en gran variedad de forma, como: comprimidos, cápsulas, supositorios, jarabes, inyectables, tabletas, sachets, etc. Como resultado, un mismo fármaco puede presentarse en una variedad de formas farmacéuticas dependiendo de la vía de administración que se elija o esté disponible.⁴³

Según la forma farmacéutica se elige una u otra forma de administración. La ruta por la cual el fármaco ingresa al torrente sanguíneo se conoce como vía de administración. Y existen diferentes maneras de que ingrese al cuerpo el medicamento, ejemplo: vías oral, intravenosa, intramuscular, subcutánea, rectal y tópica; las cuales son las más comunes.⁴³

Hay que tener en cuenta que no todos los medicamentos se pueden presentar en todas las formas farmacéuticas ni administrarse por todas las formas. Cada medicamento debe seleccionarse según sus características, ya que algunos no pueden administrarse por vía oral debido a su degradación, otros requieren excipientes que no permiten su aplicación por vía endovenosa pero sí intramuscular, y así sucesivamente. Por lo tanto, la elección de la forma farmacéutica y de la vía de administración viene determinada por las características del fármaco y su eficacia según la vía por la que se administre.⁴³ Seguidamente se define cada una de las vías de administración, sus ventajas y desventajas.

Vía oral

En la vía de administración oral, el medicamento es introducido en el organismo a través de la boca y actúa en el propio tubo digestivo, o bien es absorbido en algún tramo de este, para pasar seguidamente al torrente sanguíneo. Es una vía fácil y cómoda de usar en pacientes conscientes y sin obstrucción del tubo gastrointestinal y, salvo que existan problemas de absorción del fármaco o alguna contraindicación, es la vía de elección.⁴³

Tabla 5. Ventajas e inconvenientes de la administración vía oral

Ventajas	Es la vía más natural y fácil de usar.
	Es cómoda de administrar.
	Es la de menor coste.

	En caso de intoxicación puede retirarse parte del medicamento mediante provocación del vómito o lavado gástrico.
	Permite la administración de agentes absorbentes como el carbono activado, o sea, la absorción de sustancias químicas.
Inconvenientes	Puede producir irritación gástrica.
	No se puede utilizar en pacientes con vómitos o inconscientes.
	Transcurre un cierto tiempo desde su administración hasta la aparición del efecto, por lo que no puede ser usada en tratamientos de emergencia.
	Algunos fármacos se degradan debido al pH gástrico.
	Algunos fármacos interactúan con las comidas, y esto debe tenerse en cuenta en el momento de la administración.

Fuente. Elaboración propia a partir de la referencia⁴³.

La vía sublingual y la vía bucal son dos variedades de la vía oral, ambas se explican en la siguiente tabla.

Vía sublingual
El fármaco se coloca debajo de la lengua en forma de comprimidos o aerosol. Su absorción y paso a la circulación sistémica son rápidos debido a la alta vascularización de la cavidad bucal (vía venas maxilares y sublinguales). Al no absorberse a través del intestino, inicialmente no llega al hígado y no es metabolizado, con lo que hay una mayor cantidad de fármaco disponible y el efecto puede ser más intenso y que con la vía oral tradicional. Puede ser una vía adecuada para pacientes con problemas en el tránsito intestinal (diarreas, vómitos...) y para situaciones urgentes como los tratamientos de crisis angina de pecho (nitratos), crisis hipertensivas (medicamentos bloqueantes del calcio), dolor intenso (opiáceos) y ataques de ansiedad (benzodiazepinas).

Vía bucal

El medicamento se coloca entre las encías y los labios o en la cara anterior de la mejilla y se disuelve por la acción de la saliva. Generalmente se emplea para tratamientos antisépticos o antiinfecciosos de la mucosa bucal.

Fuente. Elaboración propia a partir de la referencia⁴³.

Existen diversas formas farmacéuticas de administración oral de medicamentos, entre las cuales destacan las siguientes:

Sólidas orales

Esta forma farmacéutica se divide en dos tipos principalmente, las cápsulas y los comprimidos, además de la liberación modificada que poseen.

Las cápsulas son medicamentos que se componen de un fármaco y una envoltura. La cubierta protege y se disuelve en contacto con los jugos gástricos. Están elaboradas con de gelatina de dos tipos diferentes:

- Gelatina dura, que tiene un producto sólido en el interior.
- Gelatina blanda, con un producto líquido oleoso en el interior.

Las cápsulas permiten proteger el principio activo de la luz y la humedad, enmascaran olores y sabores desagradables y evitan la irritación del tracto gastrointestinal por parte de algunos medicamentos.⁴³

La mezcla de una materia prima (principio activo) con un excipiente/s se comprime mecánicamente para producir comprimidos. El excipiente es una sustancia inerte que acompaña al principio activo para darle forma, cohesión y una biodisponibilidad adecuada. Los excipientes incluyen colorantes, conservantes, saborizantes, edulcorantes y vehículos. Los comprimidos son la forma farmacéutica usada más habitualmente en pacientes adultos.⁴³ A parte de los comprimidos normales no recubiertos que pueden ser ranurados o no, hay distintos tipos de comprimidos que se resumen en la siguiente tabla.

Tabla 6. Tipos de comprimidos

Tipo de comprimido	Descripción
Recubiertos o laqueados	Están revestidos de una cubierta que sirve para enmascarar el mal sabor u olor del fármaco, protegerlo de la luz o la humedad, etc. Si la cubierta es resistente al jugo gástrico, son comprimidos con cubierta entérica, cuyo objetivo es evitar la degradación del fármaco en el pH ácido del estómago o impedir la irritación de la mucosa gástrica.
Efervescentes	Se disuelven en agua antes de su administración y, debido al excipiente bicarbonato sódico, forman burbujas de anhídrido carbónico (CO ₂) que, por su cualidad picante, enmascaran sabores desagradables del principio activo. Por razones de estabilidad deben administrarse inmediatamente después de su completa disolución. Debe tenerse en cuenta el contenido en ion y se debe tener precaución en pacientes que deben seguir dietas exentas de sodio, como los pacientes hipertensos.
Bucos dispersables	Son comprimidos no recubiertos destinados a ser colocados en la boca, donde se dispersan rápidamente antes de ser tragados. Son adecuados para pacientes con dificultad en la deglución, ya que no es necesario tomar agua ni tragar el comprimido entero, que se disuelve en la saliva (de 1 a 3 minutos), siendo una ventaja para los niños, personas mayores y pacientes con Parkinson, disfagia, discapacidad mental o tratados con antipsicóticos. Asimismo, tienen una absorción e instauración de efecto rápida. Entre sus inconvenientes está el ser más frágil que los convencionales y su inestabilidad física por el exceso de humedad. Pueden ser liofilizados o comprimidos con excipientes disgregantes.
Sublinguales	Deben absorberse a través de la mucosa bucal y no tragarse. Deben ser pequeños, redondos, elípticos o biconvexos, sin ángulos, para minimizar la producción de saliva.

Grageas	Constan de un núcleo (cápsula, comprimido) donde se encuentra el principio activo recubierto de una capa compacta de azúcar que oculta sabores u olores desagradables, o que protege el núcleo del medio gástrico.
----------------	--

Fuente. Elaboración propia a partir de la referencia⁴³.

El término "liberación modificada" se refiere a la aplicación de un proceso tecnológico a una sustancia química específica para cambiar su interacción con el medio en el que se utilizará para controlar el lugar, el momento, la duración o la magnitud de su acción. En la actualidad, se puede modificar y controlar la liberación de diferentes principios activos según la forma farmacéutica de medicamentos, siendo la vía oral la que ha experimentado más avances para descubrir nuevas formas farmacéuticas de liberación modificada en el tracto gastrointestinal. La terminología utilizada para definir las formas farmacéuticas orales de liberación modificada es amplia y confusa. Existe una variedad de métodos de clasificación.⁴³

Formas farmacéuticas de liberación sostenida: liberan inicialmente la cantidad necesaria de fármaco para conseguir la respuesta farmacológica deseada y, posteriormente, una cantidad adecuada y continua para que el nivel plasmático del fármaco se mantenga constante durante un tiempo que oscila de 10 a 24 h.⁴³

- Formas farmacéuticas de liberación prolongada: liberan inicialmente la cantidad suficiente de fármaco para producir la acción terapéutica. Después lo continúan liberando de forma lenta pero no constante, y se observa un nivel plasmático que varía dentro de la zona terapéutica y describe una curva amplia.⁴³
- Formas farmacéuticas de liberación repetida: liberan inicialmente una dosis simple de fármaco y luego otra dosis similar; en el intervalo de tiempo entre la liberación de una dosis y otra, no existe liberación de principio activo. Se trata de liberar el fármaco en dos o más dosis iguales espaciadas en el tiempo.⁴³

- Formas farmacéuticas de liberación retardada o diferida: liberan el principio activo después de transcurrido un tiempo de latencia, por lo que no se obtienen niveles plasmáticos del fármaco hasta que la forma farmacéutica se encuentra en la zona del tracto digestivo donde se desea que se active el sistema.⁴³

Las diferentes formas farmacéuticas de administración oral cuentan con algunas precauciones importantes de recalcar:

- Los comprimidos no ranurados no deberían partirse. En caso de necesidad, pregunte al servicio de farmacia.⁴³
- Las formas farmacéuticas de liberación modificada deben tragarse enteras y no se deben triturar, masticar ni diluir, ya que el fármaco está preparado para liberarse progresiva, retardada o repetidamente, y, al triturarse, la liberación y la absorción de todo el fármaco serían rápidas.⁴³
- Los fármacos con cubierta entérica no deben triturarse porque esta protege el fármaco de su destrucción en el medio ácido del estómago. Se absorben en el intestino delgado.⁴³
- Las formas orales que irritan la mucosa gástrica deben tomarse con un vaso de líquido, con las comidas o inmediatamente después de las comidas.⁴³

Líquidas Orales

Este tipo, cuenta con diversas presentaciones, cada una de ellas se resume a continuación y sus respectivas consideraciones:

Tabla 7. Presentaciones líquidas oral

Presentaciones líquidas Oral	Descripción	Consideraciones
Jarabes	Suelen estar compuestos de: fármaco + azúcar + agua. Son formas farmacéuticas líquidas que contienen un elevado porcentaje de azúcar, lo que evita el crecimiento bacteriano y	<ul style="list-style-type: none"> - No disolver un jarabe con efecto emoliente. - Antes de administrar jarabes a enfermos diabéticos, averiguar si contienen azúcar.

	<p>enmascara sabores desagradables del principio activo. En ocasiones, la estabilidad del fármaco obliga a preparar el jarabe inmediatamente antes de su administración (preparación extemporánea). Tanto su reconstitución como su conservación deben realizarse siguiendo las instrucciones del fabricante, puesto que se trata de fármacos y presentaciones poco estables.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El jarabe ha de ser, de todos los medicamentos, el último que se administre.
<p>Elixires</p>	<p>Su composición habitual es: fármaco + alcohol + agua + azúcar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - No administrar si el medicamento presenta algún precipitado. - Disolver en pequeñas cantidades de agua para evitar la precipitación. - Valorar las contraindicaciones con otros fármacos. - Conservar en recipientes herméticos para proteger el medicamento de la

		<p>luz y de temperaturas extremas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar con precaución en pacientes alcohólicos.
Suspensión	Es un fármaco insoluble o parcialmente soluble en agua.	<ul style="list-style-type: none"> - Agitar antes de administrar, para homogeneizar el contenido. - Disolver las suspensiones en agua, excepto aquellas que tengan función de antiácido.

Fuente. Elaboración propia a partir de la referencia⁴³.

Vía parental

El fármaco ingresa directamente a la circulación sistémica a través de la vía de administración parenteral. Se distinguen las vías intravasculares de las vías extravasculares. El fármaco se deposita directamente en el lecho vascular por la vía intravascular. La vía intravenosa es la más importante de este grupo. El resto de las vías parenterales se agrupan en la vía extravascular. Las vías intramuscular y subcutánea son las más utilizadas, pero también se incluyen las vías intradérmica, intraarticular e intratecal.⁴³

Vía intramuscular

La inyección intramuscular consiste en depositar el medicamento, una vez que lo hemos reconstituido (si ello es necesario), en un músculo estriado del esqueleto. Al estar el tejido muscular muy vascularizado, la inyección intramuscular permite una rápida absorción de fármacos en cantidades que oscilan entre 3 y 5 ml.⁴³ Aunque el tejido muscular tiene pocas

fibras sensitivas, el dolor en el lugar de la inyección puede resultar molesto para el paciente, debido a:

- Cantidad excesiva de disolvente, superior a 7 o 10 ml.
- Tipos de fármaco y/o de disolvente (suero salino fisiológico u otros) utilizados.⁴³

Esta vía es el método alternativo que se emplea en pacientes que no colaboran o que no pueden tragar; también se puede usar para evitar el impacto directo de los enzimas digestivos y/o para tratar vómitos y/o diarreas.⁴³ Las zonas más habituales para la inyección IM son:

- El área dorso-glútea: no se puede utilizar en lactantes ni en niños de menos de 3 años. Esto es debido al desarrollo incompleto de los músculos dorso-glúteos y a la proximidad del nervio ciático.⁴³
- El área del recto femoral: es la más utilizada para la auto inyección en adultos, por ser muy accesible; el inconveniente es que la inyección es dolorosa, ya que esta zona tiene numerosas terminaciones nerviosas.⁴³
- El área deltoidea: se utiliza para la administración de fármacos de 1 ml o menos; cantidades superiores son dolorosas, ya que la capa muscular es más delgada en esta zona. La utilizaremos principalmente para la administración de vacunas.⁴³

La inyección IM puede estar contraindicada en pacientes con problemas o alteraciones de:

- Coagulación.
- Vasculopatías.
- Oclusiones periféricas.
- Edemas.
- Estado de shock.⁴³

Vía intravenosa

El término "endovenoso" o "intravenoso" se refiere a que el medicamento se administra directamente al torrente sanguíneo a través de una vena. En la estadía de los pacientes en el hospital, alrededor de un 90% reciben tratamiento intravenoso, ya que es el medio de administración más común en esta área. A diferencia de los fármacos administrados por otras vías, los fármacos administrados intravenosamente actúan más rápidamente porque no necesitan absorberse. Una de las medicaciones más comunes por esta vía es la fluidoterapia, que se prescribe por varios motivos: para reemplazar los líquidos perdidos, mantener el equilibrio electrolítico o como medio para administrar algunas medicaciones intravenosas. Cuando se pierden líquidos debido a hemorragias, vómitos o diarreas, es común que se requiera un reemplazo de líquidos.⁴³

Vía subcutánea

El medicamento se administra en el tejido adiposo debajo de la piel. Luego se extiende a través del tejido conectivo y llega al torrente circulatorio. Normalmente, se administra en el brazo, la zona deltoidea, la parte frontal de los muslos y la región abdominal. Es importante que las soluciones sean neutras e isotónicas, ya que de lo contrario podrían causar dolor y necrosis. La absorción está influenciada por el flujo sanguíneo y, como el territorio muscular suele ser menor, la absorción es más lenta que la vía intramuscular pero más rápida que la vía oral. Aplicar vasoconstrictores o frío reduce la velocidad de entrada y el calor, el masaje o el ejercicio aceleran la entrada.⁴³

Otras vías

Existen vías poco utilizadas, pero importantes de conocer, las cuales se resumen a continuación:

Tabla 8. Otras vías extravasculares

Tipo de vía	Descripción
Intradérmica	Se introduce una dosis pequeña en el interior de la piel y la absorción es muy lenta, prácticamente nula. Se utiliza sobre todo con fines diagnósticos, administrándose soluciones de

	histamina, tuberculina y extractos antigénicos para pruebas de hipersensibilidad.
Intratecal	Consiste en la inyección de fármacos al espacio subaracnoideo con el fin de conseguir concentraciones elevadas de fármacos en caso de: <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de tumores, infecciones u otras patologías del sistema nervioso central. • Anestesia quirúrgica. • Tratamiento del dolor. La administración intratecal permite el uso de fármacos que atraviesan con dificultad la barrera hematoencefálica, y, utilizando dosis bajas, dan un efecto localizado a nivel del sistema nervioso central. Otras vías que también permiten la administración de medicamentos en el sistema nervioso central son la epidural y la intraventricular.
Intraarticular	Prácticamente solo se usa en traumatología y reumatología, para inyectar fármacos (como corticoides, antiinflamatorios y antibióticos) dentro de la articulación. Generalmente se utiliza para que el fármaco ejerza un efecto local.

Fuente. Elaboración propia a partir de la referencia⁴³.

2.4.3 Dosificación

El desarrollo del protocolo de dispensación activa en la oficina de farmacia tiene un apartado especial ante la dosificación de un medicamento. El paciente a quien se le prescribe un tratamiento determinado necesita conocer lo relacionado con la dosis que debe de tomar. Estos factores son de especial importancia, sobre todo si se tiene en cuenta que de ellos depende la eficacia del medicamento y la seguridad del paciente.⁴⁴

En el servicio de dispensación activa, la persona farmacéutica verifica la información del paciente sobre el medicamento que tomará para corregirla si es errónea. El primer paso consiste en averiguar si el paciente conoce o no para qué le han indicado un medicamento. Acto seguido, el profesional farmacéutico centra su atención en la información que contiene la prescripción médica donde consta el nombre del principio activo, la forma farmacéutica, la dosis, la pauta terapéutica y la duración del tratamiento establecido.⁴⁴

En el caso de que se trate de un medicamento de indicación farmacéutica debe, además, individualizar la dosificación. La dosis es la cantidad de medicamento que contiene la medida exacta de principio activo para que este sea eficaz, efectivo y seguro para el paciente y le resuelva el problema de salud para el que ha estado indicado.⁴⁴

El farmacéutico, durante la breve entrevista clínica a través de las preguntas protocolarias de dispensación activa, debe comprobar que la dosis indicada es correcta y adecuada para la persona que debe tomar aquel medicamento, un ejemplo de ello se muestra en la siguiente figura:

Figura 1. La dosificación en el protocolo de dispensación activa

PREGUNTA	FINALIDAD
¿Para quién?	Identificar al paciente, la persona a la que le corresponde la prescripción
¿Para qué?	Comprobar que el paciente conoce la indicación del medicamento
¿Cuánto?	Verificar si el paciente recuerda la dosis
¿Cómo?	Asegurar que el paciente lleva a cabo las técnicas de correcta administración y las recomendaciones asociadas (ingesta con agua, antes o después de las comidas, etc.)
¿Cuándo?	Descubrir si el paciente conoce la pauta de la medicación
¿Hasta cuándo?	Interrogar sobre la información de la duración del tratamiento

Actuación farmacéutica:

- Detección de problemas en la dosificación
- Corrección de la información equivocada
- Consejos sobre la administración de dosis

Fuente. Elaboración propia a partir de la referencia⁴⁴.

Dosis habituales y márgenes terapéuticos

El médico realiza la prescripción de un régimen posológico en relación con el paciente y las dosis habituales. Estas dosis de referencia son las que se contemplan, de manera teórica para cada principio activo, según las consideraciones que se observan en los ensayos farmacocinéticos y farmacodinámicos de cada molécula experimentada. En estos se establece

la correlación entre la eficacia y la toxicidad de las diferentes concentraciones en plasma y se determinan las dosis, teniendo en cuenta factores como la absorción, distribución y eliminación de los fármacos.⁴⁴

Los parámetros que se deben considerar son los siguientes:

- Biodisponibilidad.
- Excreción por la orina.
- Unión a proteínas plasmáticas.
- Depuración.
- Volumen de distribución.
- Vida media.
- Concentraciones eficaces.
- Concentraciones tóxicas.

Con estos datos farmacocinéticos se establecen las dosis teóricas recomendadas para cada principio activo (Figura 2), aunque es importante tener en cuenta las variaciones entre individuos en relación con la biotransformación de cada medicamento. Los márgenes terapéuticos establecen los límites de efectividad en la dosis mínima y los de seguridad con la dosis máxima permitida. Si esta se excede se llega a valores de toxicidad que pueden perjudicar seriamente al paciente.⁴⁴

Figura 2. Tipo de dosis

Dosis diaria	Dosis recomendada para tomar en el período de 24 h, a repartir entre una o varias tomas
Dosis óptima	Cantidad de fármaco eficaz en cada paciente, que resuelve el problema para el que ha estado indicado
Dosis de inicio	<ul style="list-style-type: none"> • Dosis menor a la terapéutica aconsejada, al inicio de tratamientos en que es necesario empezar con dosis bajas para reducir la posibilidad de aparición de efectos secundarios molestos • Se incrementan hasta conseguir la dosis óptima
Dosis máxima	<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad de fármaco que no debe excederse, puesto que aparecerían los efectos de la toxicidad del principio activo • Habitualmente se expresa como dosis máxima diaria

Fuente. Elaboración propia a partir de la referencia⁴⁴.

Individualización de las dosis

El tratamiento óptimo y el régimen de dosificación se establecen según los límites de prescripción habituales del fármaco, los márgenes terapéuticos, las características del individuo y la gravedad de la enfermedad que hay que tratar. Las características del paciente que debe considerar el farmacéutico son la edad y el peso, así como alguna posible complicación en su estado de salud que implique previsiblemente una respuesta diferente ante las dosis habituales del fármaco prescrito.⁴⁴

Detección de problemas en la dosificación

Hay gran variedad de problemas relacionados con una incorrecta dosificación que pueden afectar la relación que se da entre la dosis prescrita, la dosis administrada, la concentración en el sitio de acción y la intensidad del efecto. Algunos casos pueden implicar problemas de seguridad, como todos los que comportan sobredosificación, puesto que se puede llegar a concentraciones plasmáticas de fármaco cercanas a la dosis máxima aconsejada, o incluso que la superen, llegando a concentraciones tóxicas.⁴⁴

En otras ocasiones, pueden ser problemas de efectividad los que se derivan de una infra dosificación y conllevan fracaso terapéutico, puesto que la dosis es menor a la eficaz y no se llega a las concentraciones en sangre de fármaco suficientes para ser efectivas.⁴⁴

Causas de problemas de dosificación

Las principales y más comunes causas de problemas de dosificación suelen ser las siguientes:

- Incumplimiento voluntario o involuntario del paciente.
- Errores habituales de dosificación debidos a la lectura incorrecta de la dosis prescrita.
- Cálculo erróneo o ausente de la dosis según peso y edad.⁴⁴

2.4.4 Efectos secundarios

La modificación del efecto de un fármaco producido por una interacción farmacológica puede causar efectos secundarios no deseados y bastante nocivos e incluso sobredosis, produciéndose en gran proporción por la automedicación.⁴⁵

Básicamente, son efectos diferentes o adicionales a aquellos esperados debido a un medicamento o tratamiento. Pueden ser adversos o beneficiosos y en gran medida desaparecen con el tiempo sin necesidad de algún tratamiento adicional. Dichos efectos pueden ser clasificados según su probabilidad, lo cual se muestra en la siguiente tabla, donde “X” es la probabilidad de ocurrencia.

Tabla 9. Tipos de efectos secundarios

Probabilidad	Porcentaje de probabilidad
Muy frecuentes	$10\% \leq X$
Común	$1\% < X < 10\%$
Poco frecuentes	$0.1\% < X < 1\%$
Raro	$0.01\% < X < 0.1\%$
Muy raro	$X \leq 0.01\%$

Fuente. Elaboración propia a partir de la referencia⁴⁵.

Además, es importante mencionar que la forma de hacer frente a los efectos secundarios de los medicamentos varía en función del paciente y del propio fármaco. E incluso dependiendo del efecto secundario provocado por el medicamento, en ocasiones es necesario detener la administración del medicamento ya que pasa a ser mayor el efecto no deseado que el efecto deseado.⁴⁵

2.4.5 Reacciones adversas con los medicamentos

La definición de los efectos adversos, efectos indeseables o reacciones adversas a medicamentos (RAM) ha ido evolucionando a lo largo del tiempo. En los años 80 del siglo pasado fue definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “[...] cualquier reacción nociva no intencionada que aparece a dosis usadas habitualmente en el ser humano para profilaxis, diagnóstico o tratamiento o para modificar funciones fisiológicas”⁴⁶. Es cualquier respuesta nociva e intencionada a un medicamento.

Las RAM son un factor importante en el aumento de la morbimortalidad y los costos sanitarios. Los sistemas de farmacovigilancia ayudan a identificar y evitar los riesgos relacionados con el uso de medicamentos, especialmente los fármacos de nueva comercialización. También pueden detectar señales a partir de datos del registro mundial de RAM y ayudar a las agencias reguladoras de varios países a tomar decisiones.⁴⁶

El centro Nacional de farmacovigilancia posee una clasificación, mediante la cual evalúa las sospechas de reacciones adversas al medicamento, y que corresponde al método de evaluación descrito por el Centro colaborador de la Organización Mundial de la Salud, *The Uppsala Monitoring Centre*, este método clasifica las sospechas reacciones adversas a los medicamentos en 6 categorías explicadas en la siguiente tabla.⁴⁷

Tabla 10. Clasificación de sospechas de reacciones adversas al medicamento

Clasificación	Descripción
1- Definitiva	Un acontecimiento clínico, incluyendo alteraciones en las pruebas de laboratorio, que se manifiesta con una secuencia temporal plausible en relación con la administración del medicamento, y que no puede ser explicado por la enfermedad concurrente, ni por otros fármacos o sustancias. La respuesta a la supresión del fármaco debe ser plausible clínicamente. El acontecimiento debe ser definitivo desde un punto de vista farmacológico o fenomenológico, utilizando, si es necesario, un procedimiento de reexposición concluyente.
2- Probable	Un acontecimiento clínico, incluyendo alteraciones en las pruebas de laboratorio, que se manifiesta con una secuencia temporal razonable en relación con la administración del medicamento, que es improbable que se atribuya a la enfermedad concurrente, ni a otros fármacos o sustancias, y que al retirar el fármaco se presenta una respuesta clínicamente razonable. No se requiere tener información sobre reexposición para asignar esta definición.

3- Posible	Un acontecimiento clínico, incluyendo alteraciones en las pruebas de laboratorio, que se manifiesta con una secuencia temporal razonable en relación con la administración del medicamento, pero que puede ser explicado también por la enfermedad concurrente, o por otros fármacos o sustancias. La información respecto a la retirada del medicamento puede faltar o no estar clara.
4-Improbable	Un acontecimiento clínico, incluyendo alteraciones en las pruebas de laboratorio, que se manifiesta con una secuencia temporal improbable en relación con la administración del medicamento, y que puede ser explicado de forma más plausible por la enfermedad concurrente, o por otros fármacos o sustancias.
5-Condicional /No clasificada	Un acontecimiento clínico, incluyendo alteraciones en las pruebas de laboratorio, notificado como una reacción adversa, de la que es imprescindible obtener más datos para poder hacer una evaluación apropiada, o los datos adicionales están bajo examen
6- No evaluable / Inclasificable	Una notificación que sugiere una reacción adversa, pero que no puede ser juzgada debido a que la información es insuficiente o contradictoria, y que no puede ser verificada o completada en sus datos

Fuente: elaboración propia a partir de referencia⁴⁷.

Si existe una reacción adversa al medicamento, se debe notificar a las autoridades pertinentes, completando la siguiente información.

Tabla 11. Directrices para completar el formato de notificación de sospecha de reacción adversa

Sección	Datos
Datos del Paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación del paciente. • Número de Ficha. • Edad.

	<ul style="list-style-type: none"> • Peso. • Talla. • Unidad/servicio. • Pueblo indígena declarado.
Fecha de inicio de la reacción adversa al medicamento	Es importante para la evaluación de causalidad, indique la fecha exacta en la cual se inició la reacción adversa de la siguiente manera DD-MM-AAAA. Si no tiene la fecha exacta puede señalar el mes y año de ocurrencia de la reacción.
Duración de la reacción adversa al medicamento	Expresar numéricamente y marque la unidad de tiempo que corresponda; en caso de no conocer el dato, indique “desconocido”.
Descripción de la reacción adversa al medicamento	Describa los signos o síntomas que considere puedan estar relacionados con la administración del medicamento. Describa el evento resumiendo toda la información clínica relevante
Fármaco(s) sospechoso(s) y contaminante(s)	Indicar con una X, en el casillero correspondiente con la letra S = Fármaco Sospechoso y con la letra C = Fármaco Concomitante.
Dosis, frecuencia y vía de administración	Indicar la dosis administrada al paciente, en cantidad y unidades de medida y describa la vía de administración del medicamento. Ejemplos: 500 mg 3 veces al día, vía oral; 10 mg diarios infusión IV, bolus IV.
Fecha de inicio	Indique la fecha en la que inició la administración tanto del fármaco bajo sospecha como de los medicamentos concomitantes.
Fecha de término	Indique cuándo dejó de administrarse cada uno de los medicamentos. Si el fármaco se sigue administrando, especificarlo en la casilla correspondiente a Fecha de Término así: CONT.
Motivo de la prescripción	Señalar la enfermedad o patología del paciente para la cual fue prescrito cada medicamento, no la utilidad que se espera del mismo (ejemplo: artritis reumatoidea y no analgesia).

Tratamiento de la reacción adversa al medicamento	Describir y señalar las medidas adoptadas frente al evento adverso (por ej. suspensión del tratamiento, ajuste de dosis, administración de antídoto específico, administración de tratamiento paliativo, etc.).
Resultado de la reacción adversa al medicamento	Indicar con una X el resultado obtenido en el casillero correspondiente. Marcar “recuperado” si está total o parcialmente recuperado. Es relevante saber si al momento del reporte el paciente está recuperado, no recuperado, o si se sospecha que la reacción adversa ha causado la muerte al paciente. En caso de que el paciente haya fallecido, señalar la causa de muerte, si se ha determinado, y la fecha, si se dispone de ella
Suspensión/ Re-administración	Indicar con una X en el apartado si el fármaco fue suspendido después de la RAM, haya sido por esta causa o no. Señalar si la RAM desapareció o disminuyó en intensidad luego de suspender o reducir la dosis del fármaco sospechoso.
Consecuencia de la reacción adversa al medicamento	Indicar con una X la consecuencia de la reacción adversa en el casillero correspondiente. Es relevante saber si originó una hospitalización, si prolongó la hospitalización de un paciente ya hospitalizado, o si provocó secuelas en el paciente. En caso que haya generado una secuela, señalar cuál. Este dato permitirá evaluar la gravedad del evento.

Fuente: elaboración propia a partir de referencia⁴⁷.

Las notificaciones espontáneas de sospechas de RAM son cruciales porque es el método más utilizado para generar señales en farmacovigilancia e identificar nuevos problemas de seguridad. Este método tiene ventajas reconocidas, como su facilidad y bajo costo, y permite el seguimiento de las RAM sin afectar los hábitos de prescripción. Sin embargo, la infranotificación es una de sus principales limitaciones, lo que reduce la sensibilidad del método y puede retrasar la detección de nuevas señales.⁴⁶

Una de las causas más frecuentes es la hepatotoxicidad, que en este caso solo de manera en que se vea reflejado una reducción de la comercialización es que se retiraría del

mercado el producto. La notificación espontánea de RAM es el método más popular, económico y simple para detectar nuevos problemas de seguridad, pero su principal limitación es la notificación infra. El futuro de la farmacovigilancia y las RAM dependerá de más pacientes, médicos, autoridades sanitarias y empresas farmacéuticas, así como del uso de nuevas tecnologías.⁴⁶

Desde 2013, los médicos, farmacéuticos y enfermeros pueden realizar notificaciones con cualquier sospecha de RAM y los pacientes pueden también presentar las notificaciones de sospechas a través de una página web (www.notificaRAM.es), conforme a la Directiva Europea. El SEFV trabaja en conjunto con la AEMPS para monitorear la seguridad de los medicamentos. Si aparecen nuevas señales, es decir, riesgos no conocidos anteriormente, se pueden identificar analizando periódicamente las sospechas de RAM notificadas.⁴⁶

Por lo tanto, si se siguen los pasos sugeridos para realizar una prescripción adecuada que se enumeran en la Guía de la Buena Prescripción de la OMS, se puede evitar la mayoría de las RAM o, al menos, disminuir su frecuencia. En síntesis, al diagnosticar una enfermedad específica, el primer interrogante que debe hacer el profesional médico es si es necesario un tratamiento farmacológico y en segundo lugar, la prescripción debe equilibrar el beneficio del paciente con el riesgo.⁴⁶

2.4.6 Polimedición

La Organización Mundial de la Salud ha definido la polimedición como “el consumo simultáneo de cuatro o más fármacos en una persona”. Sin embargo, esta definición no determina si la prescripción es adecuada para las necesidades de las personas, ya que la presencia de varias enfermedades puede generar un exceso de medicación que, junto con una falta de seguimiento farmacoterapéutico, puede condicionar un deterioro en el envejecimiento, órganos, síntomas no deseados, etc.⁴⁸

El efecto cascado, que es uno de los principales problemas de la polimedición, es el hecho de que un fármaco puede causar una reacción adversa desconocida, la cual se trata con la prescripción de otro medicamento y así sucesivamente. Esto puede aumentar el riesgo de interacciones farmacológicas que complican la evolución clínica de la enfermedad, generando un perjuicio en lugar de un beneficio.⁴⁸

Además, factores como el sexo, el nivel socioeconómico y educativo, la edad y las patologías crónicas determinan la polimedicación. Y esto tiene efectos perjudiciales como un aumento de la hospitalización, la mortalidad, el riesgo de caídas y la disminución de la función cognitiva.⁴⁸

Por lo tanto, debe existir una mayor coordinación entre los diferentes niveles de atención de salud para garantizar un mayor control sobre la prescripción y el seguimiento de los medicamentos consumidos y prescritos, así como un registro actualizado de los tratamientos farmacológicos de cada paciente para evitar mayores costos económicos a los sistemas de salud y efectos perjudiciales sobre la calidad de vida.⁴⁸

2.4.7 Interacción medicamentosa

Es la reacción entre dos o más medicamentos, o bien entre un medicamento y un elemento como un alimento, bebida o suplemento. En consecuencia, la morbilidad, la mortalidad y la complejidad de la atención aumentan.⁴⁹

El espectro de interacciones medicamentosas es tan amplio que puede ir desde los que no tienen importancia clínica, o que no se han reportado efectos no terapéuticos, hasta interacciones que corren el riesgo de causar reacciones adversas graves para el paciente.⁴⁹

Para ello, se establece una clasificación clínica de las interacciones medicamentosas, lo cual se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 12. Sistema de clasificación de interacciones medicamentosas

Categoría de interacción medicamentosa	Importancia clínica
Tipo A	Sin importancia.
Tipo B	Efecto clínico no establecido.
Tipo C	Posibles cambios en el efecto terapéutico o con efectos adversos, puede evitarse con ajuste de dosis individual.
Tipo D	Efectos adversos severos, ausencia de efecto terapéutico ajuste de dosis difícil. Evitar asociación de estos fármacos.

Fuente. Elaboración propia a partir de la referencia⁴⁹.

Los factores que actúan para que una interacción entre fármacos sea clínicamente relevante son los siguientes:

- Índice o rango terapéutico del fármaco: amplio rango terapéutico permite grandes variaciones plasmáticas sin producción de reacciones adversas medicamentosas (RAMs). Los medicamentos con un estrecho rango terapéutico (relación de toxicidad y concentración mínima efectiva menor de 2 a 1 menos) son más susceptibles de producir RAMs originados por una interacción fármaco-fármaco.
- Afinidad de la enzima al fármaco: una alta afinidad previene el desplazamiento por otro fármaco.
- Dosis utilizada: altas dosis de uno de los fármacos requieren dosis aún mayores del otro medicamento interactuante, para producir un efecto de desplazamiento.
- Factores relacionados al paciente: edad, sexo, enfermedad, polifarmacia, etc.⁴⁹

2.5 Tratamiento

El tratamiento es un: “Conjunto de medidas y estrategias que tienen como objetivo principal curar, aliviar o prevenir enfermedades, afecciones o síntomas” del paciente. La terapia se dirige a la enfermedad, pero también a la sintomatología que aqueje a la persona paciente, es decir, el objetivo principal de la terapia es: “Mejorar la calidad de vida del paciente tanto como sea posible”⁵⁰.

2.5.1 Adherencia al tratamiento

Adherencia al tratamiento se define como “el grado, hasta el cual, los pacientes siguen, o cumplen, exactamente el tratamiento prescrito por el médico.”⁵⁰

La magnitud de la falta de adherencia terapéutica se estima cerca del 50% en los pacientes que poseen enfermedades crónicas. En al menos la mitad de estos pacientes, los beneficios potenciales del tratamiento se ven afectados por causa de la falta de adherencia. Por esto la gran importancia de actuar sobre los elementos que definen un tratamiento farmacológico ya que el no cumplir exactamente uno de ellos hace caer directamente al paciente en una falta de adherencia al tratamiento.⁵⁰

Algunos de los elementos que definen y afectan la correcta adherencia al tratamiento se resumen en la Tabla 13.

Tabla 13. Elementos que definen y afectan la adherencia

Elemento	Motivo
Medicamento	Es claro que no recibir el medicamento exacto prescrito por el médico causa la falta de adherencia a sus indicaciones.
Dosis	El no recibir las dosis prescritas es una de las causas más frecuentes de falta de adherencia. Pueden darse dos circunstancias distintas: o el paciente considera que le está sentando bien el tratamiento, pero que podría ir mejor con mayor dosis y entonces la aumenta o lo contrario, que la evolución de la enfermedad va bien pero que el paciente tenga molestias que achaca al medicamento prescrito y decide bajar la dosis para que no le sienta tan mal.
Formulación	La formulación del medicamento empleado en el tratamiento influye mucho en la adherencia. La mayor parte de los pacientes suelen tener una clara preferencia por una formulación determinada.
Vía de administración	La vía de administración influye, muchas veces de forma decisiva en la adherencia al tratamiento. Las tasas más altas de adhesión se producen en los tratamientos que requieren medicación directa (inyecciones), niveles elevados de supervisión y registro e inicio agudo.
Intervalo de administración	El número de dosis que debe recibir el paciente se relaciona mucho con el grado de adherencia. Se ha comprobado que los regímenes de medicación monodosis dan lugar a mejores tasas de adherencia que los regímenes multidosis.
Duración	Un resultado que se mantiene constante a lo largo de muchos estudios es que las tasas de adhesión se deterioran con el tiempo. Así, los comportamientos de adhesión de regímenes de

	tratamiento asociados a enfermedades crónicas, que requieren la adopción de cambios permanentes en el estilo de vida, o conductas preventivas prolongadas, casi con toda probabilidad reducen la adhesión en el tiempo, de no convertirse en automáticas y habituales.
Efectos secundarios	Los efectos secundarios indeseados también favorecen el incumplimiento, especialmente, cuando el paciente se empieza a encontrar bien.
Complejidad del régimen terapéutico	Los fallos o problemas en la adherencia se incrementa cuanto más cambio en las actividades habituales de la vida cotidiana del enfermo se exijan en un tratamiento, cuanto más incompatibles sean las actividades diarias o los hábitos de la persona y cuanto más complejo sea ese régimen.

Fuente. Elaboración propia a partir de la referencia⁵⁰.

2.6 Receta médica

Es necesario, además, definir o entender qué es una receta médica, su importancia y necesidades con las que debe de cumplir. Para elaborar la receta para el paciente suele ser la última parte de la consulta médica, así como su importancia y las condiciones con las que debe cumplir la misma. Este acto unifica el esfuerzo del ejercicio diagnóstico, reafirma la agudeza del criterio profesional y le da congruencia a la ciencia médica. Es crucial que la receta médica siempre incluya las cuatro "erres" (en un ejercicio nemotécnico): debe ser razonable, razonada, racionada y racionalizada. La caligrafía del médico en la prescripción, que siempre debe ser clara y comprensible, es igualmente importante.⁵¹

La OMS advierte que los malos hábitos de prescripción hacen que el prescriptor sea más vulnerable a influencias que pueden promover una prescripción irracional, como la presión del paciente, las malas prácticas de los colegas y la información de los representantes de laboratorios. La predicción debe formar parte de un proceso lógico deductivo basado en datos imparciales. No debe ser un acto reflejo ni una respuesta a la presión comercial.⁵¹

Es por ello que, con la experiencia de un estudio en estudiantes de medicina enfocado al proceso de prescripción, la OMS propuso una "guía de la buena prescripción", la cual fue

revisada por expertos en enseñanza de farmacoterapia. Independientemente del nivel de experiencia profesional, es recomendable revisar si en la práctica médica se cumple con el proceso de terapéutica razonada, recomendada por la OMS en seis pasos, los cuales se resumen a continuación:

- Definir el problema del paciente.
- Especificar el objetivo terapéutico, ¿qué se desea conseguir con el tratamiento?
- Comprobar si el tratamiento es adecuado, efectivo y seguro.
- Iniciar el tratamiento.
- Brindar información, instrucciones y advertencias.
- Supervisar (¿y suspender?) el tratamiento.

Si se cumplen cada una de estas recomendaciones, se sabrá que se tendrá mejoras y así se evitarán mayor cantidad de incidentes que pongan en riesgo la vida de alguna persona.⁵¹

2.7 Guía farmacoterapéutica

El concepto de guía farmacoterapéutica ha cambiado desde una concepción estática con un objetivo economicista hacia la integración de los costos sanitarios con los resultados terapéuticos para lograr un equilibrio entre el costo y el cuidado que reciben los pacientes individuales y la sociedad en su conjunto. Una guía farmacoterapéutica puede brindar al personal de una Institución de Salud información eficaz, segura y actualizada sobre los medicamentos que se manejen allí, permitiendo su prescripción y administración de una forma más racional y confiable.⁵²

La OMS define la selección de medicamentos como un "proceso continuo, multidisciplinario y participativo que debe desarrollarse basado en la eficacia, seguridad, calidad y costo de los medicamentos para asegurar el uso racional de los mismos" en su guía de buena prescripción.⁵²

En una Guía Farmacoterapéutica los medicamentos suelen organizarse de acuerdo al código de clasificación anatómica-terapéutica-química, mejor conocido como el código ATC, el cual los clasifica en 14 grupos según el órgano o sistema del cuerpo humano en el cual ejercen sus efectos farmacológicos:

- GRUPO A: Tracto alimentario y metabólico.
- GRUPO B: Sangre y órganos hematopoyéticos.
- GRUPO C: Sistema cardiovascular.
- GRUPO D: Dermatológicos.
- GRUPO G: Sistema genitourinario y hormonas sexuales.
- GRUPO H: Preparados hormonales sistémicos, excluyendo hormonas sexuales e insulinas.
- GRUPO J: Antiinfecciosos de uso sistémico.
- GRUPO L: Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores.
- GRUPO M: Sistema musculo esquelético.
- GRUPO N: Sistema nervioso.
- GRUPO P: Productos antiparasitarios, insecticidas y repelentes.
- GRUPO R: Sistema respiratorio.
- GRUPO S: Órganos de los sentidos.
- GRUPO V: Varios.
- GRUPO X: Alimentación enteral.⁵²

2.7.1 Tipos de guías farmacoterapéuticas

Generales

Esta guía incluye la selección de medicamentos recomendados para cubrir al menos el 80 a 90% de las patologías que se presentan en la consulta del médico de atención primaria y proporciona las pautas más adecuadas para el tratamiento de los pacientes que requieren intervención farmacológica. Las guías generalmente incluyen anexos que abordan problemas especiales como el embarazo, la lactancia, la pediatría, la geriatría, la insuficiencia hepática o renal, los antidotos para intoxicaciones, etc. Además, suelen incluir información sobre medicamentos prescritos y monitoreados por un médico de atención primaria que no los indica directamente (como los de diagnóstico hospitalario).⁵²

Específicas

Esta guía recoge la farmacoterapia dirigida a determinados grupos de población, patologías o situaciones clínicas concretas.⁵² Las más relevantes de este grupo son:

- **Guías farmacoterapéuticas geriátricas:** Aquí entra la selección de medicamentos recomendados para personas con edad igual o superior a 65 años.⁵²
- **Guías farmacoterapéuticas pediátricas:** Aquí entra la selección de medicamentos recomendados para el tratamiento de la población con edad inferior o igual a 14 años.⁵²
- **Guías de medicamentos antiinfecciosos:** Aquí entra la selección de medicamentos recomendados para el tratamiento etiológico de las enfermedades infecciosas más frecuentes en la atención primaria. Cabe señalar que este tipo de medicamentos debe utilizarse con racionalidad y responsabilidad para evitar en la medida de lo posible el desarrollo de microorganismos resistentes.⁵²
- **Guías farmacoterapéuticas de urgencias:** Aquí entra la selección de medicamentos para el tratamiento de las situaciones críticas que se presentan en el marco de la atención primaria (se deben distinguir de los formularios de urgencias).⁵²

En los siguientes aspectos, una guía farmacoterapéutica puede ayudar a mejorar el uso de medicamentos. Esto significa que el paciente recibe el medicamento correcto en la dosis correcta y en el momento correcto, durante un período de tiempo suficiente para obtener el resultado terapéutico esperado al menor costo para el paciente y la comunidad.⁵²

2.8 Enfermedad

La OMS define enfermedad como "Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible".⁵³

Básicamente sería cualquier estado donde haya un deterioro de la salud del organismo. Toda enfermedad implica un debilitamiento del sistema natural de defensa del organismo o de aquellos que regulan el medio interno.

2.8.1 Signos

El signo se define como una manifestación objetiva y medible de una enfermedad o afección que puede encontrar un profesional de la salud con diferentes pruebas o análisis para

así tratarlo y lograr concluir un diagnóstico. Algunos signos ya poseen un nombre médico que implica ciertas características y pueden ser positivos o negativos según los resultados obtenidos en el paciente.⁵⁴

2.8.2 Síntomas

Los síntomas son una experiencia subjetiva que explica el paciente al profesional, puede ser más variante que un signo, ya que al ser más percepción va a cambiar según la persona.⁵⁴

2.8.3 Diagnóstico

Este concepto es relacionado a la capacidad de discernir, reconocer o analizar por parte del profesional; es decir la determinación de la naturaleza de una enfermedad o padecimiento mediante la búsqueda y entendimiento de los síntomas y signos encontrados en el paciente.⁵⁵

2.9 Trastorno afectivo bipolar

El trastorno bipolar es común e incapacitante. El sello distintivo del trastorno es la elevación del estado de ánimo (manía o hipomanía).¹³

La edad de inicio se ha determinado alrededor de los 25 años, aunque algunos síntomas podrían aparecer desde la adolescencia. Se ha demostrado que el debut a una edad más temprana está relacionado con una mayor comorbilidad y un mayor predominio de la clínica depresiva. Se ha descrito un retraso de alrededor de cinco años entre el comienzo de las sintomatologías y el momento en que se descubrió el diagnóstico.¹³

En términos generales, el ánimo se define como un tono vital interno y dominante difuso, global y persistente. Los pacientes con trastorno afectivo bipolar pueden experimentar fases de manía y depresión a lo largo del tiempo, dibujando una curva con amplias oscilaciones entre ambos polos. Estas fases pueden ocupar más del 50% de la vida del paciente.¹²

Este tipo de trastorno se suele dividir según el tipo de episodios del paciente. Los pacientes con trastorno bipolar I, por ejemplo, tienen episodios de manía y casi siempre tienen episodios depresivos mayores, mientras que los pacientes con trastorno bipolar II tienen tanto episodios hipomaniacos como episodios depresivos mayores sin manía. Las

causas pueden ser biológicas, psicológicas y sociales.¹³ Seguidamente, se definen los diferentes tipos de trastornos:

- **Trastorno bipolar tipo I:** Es necesario que se cumplan los criterios para un episodio maníaco para poder realizar un diagnóstico. Puede haber tenido episodios hipomaníacos o depresión mayor antes o después del episodio maníaco.¹²

El episodio maníaco se caracteriza por ser un periodo bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, con un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía dirigida a un objetivo, que dura como mínimo una semana y está presente la mayor parte del día.¹³

Algunos de los síntomas o cambios significativos del comportamiento habitual son los que se mencionan en la siguiente tabla:

Tabla 14. Síntomas o cambios significativos del comportamiento

Síntomas o cambios significativos del comportamiento	
Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza	Disminución de la necesidad de dormir.
Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.	Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos se van a gran velocidad.
Facilidad de distracción.	Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (trabajo, social, escuela, sexual).
Agitación psicomotora.	Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas.

Fuente. Elaboración propia a partir de la referencia¹³.

La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para causar un deterioro significativo en el funcionamiento social o laboral, para requerir hospitalización y así evitar dañarse a sí mismo o a otros, o porque existen características psicóticas.¹³

- **Trastorno bipolar tipo II:** Se necesitan al menos dos episodios, uno de depresión mayor y otro de hipomaníaco para el diagnóstico, sin que los síntomas sean el resultado del uso de medicamentos, drogas u otra condición médica o psiquiátrica. El cuadro muestra intervalos largos de depresión e intervalos más cortos de hipomanía desde la perspectiva longitudinal, lo que significa que la hipomanía puede pasar desapercibida y confundirse con una depresión unipolar.¹²

El episodio hipomaníaco, similar al maníaco, es un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, con un aumento anormal y persistente de la actividad o energía dirigida a un objetivo, que puede permanecer durante cuatro días y suele ocurrir en la mayor parte del día, casi todos los días.¹³

Este tipo de trastorno comparte los síntomas o cambios significativos del comportamiento con el trastorno de tipo I, mapeados en la tabla 12.

El episodio se asocia a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables por parte de otras personas; y característicamente el episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral o necesitar hospitalización. Si existen características psicópatas, el episodio es, por definición, maníaco.¹³

- **Trastorno ciclotímico:** Es una condición que se caracteriza por síntomas leves de hipomanía y depresión que persisten durante más de dos años (un año en niños y adolescentes). Aunque se ha caracterizado como un empeoramiento del temperamento ciclotímico, tiene la evidencia nosológica necesaria para ser considerada una entidad independiente y no simplemente un trastorno bipolar de características leves o una caracteropatía grave.¹²

La reactividad emocional asociada con una elevada sensibilidad interpersonal, características mixtas, comorbilidades y un alto riesgo de conductas impulsivas y suicidas son ejemplos clínicamente ricos de psicopatología. Cuando no se encuentran diagnosticados, pueden interpretarse como síntomas típicos y recibir tratamiento con antidepresivos, lo que puede empeorar la clínica.¹²

Durante los dos años mencionados (un año en niños y adolescentes), los periodos de hipomaniacos y depresivos han estado presentes al menos la mitad del tiempo y la persona no ha presentado síntomas durante más de dos meses consecutivos. Los criterios para un episodio ciclotímico presentan depresión mayor, maníaco o hipomaníaco. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en las funciones sociales, laborales u otras importantes.¹²

A nivel mundial, la prevalencia estimada del trastorno bipolar en adultos es del 1% al 3%. La edad media de aparición del trastorno afectivo bipolar de tipo I es de 18 años, mientras que el trastorno bipolar de tipo II es de 20 años. La proporción de hombres a mujeres con trastorno bipolar es de una a una.¹³

Alrededor del 10% y 15% de los pacientes con trastorno afectivo bipolar, según estudios, mueren por suicidio. Esta tasa de muertes por suicidio ha superado la de la población general, ya que estos episodios, en ocasiones, los llevan a este triste final. Se han identificado diversos factores de riesgo de suicidio consumado en el trastorno bipolar; sin embargo, dos factores se han encontrado estrechamente relacionados: el historial de intentos de suicidio previos y la desesperanza.¹³

En estudios retrospectivos se ha encontrado un historial de hasta un 27% de personas afectadas, que han tenido a lo largo de la vida al menos un intento de suicidio.¹³ Los intentos de suicidio en las personas bipolares se asocian principalmente con:

- Estado civil no casado.
- Historial de abuso físico o sexual.
- Edad temprana de aparición del trastorno bipolar, menos de 25 años.
- Síntomas depresivos.

- Episodios con características mixtas.
- Gravedad progresiva y creciente de episodios depresivos y maníacos.
- Trastornos psiquiátricos comórbidos.
- Antecedentes familiares de muerte por suicidio.

Los pacientes con trastorno bipolar tienen más probabilidades de cometer violencia y ser víctimas de ella en comparación con la población general, además de aumentar su riesgo de suicidio. Igualmente, tienen más probabilidad de cometer delitos violentos, principalmente por el uso de sustancias comórbidas, consciente o inconscientemente.¹³

2.9.1 Temperamentos afectivos

La teoría humoral médica grecorromana, define los temperamentos afectivos como una “reactividad emocional o manifestaciones subclínicas de los trastornos del estado de ánimo que presentan un extremo de las enfermedades afectivas”. Por lo que Kraepelin propuso hace un siglo aproximadamente, cuatro tipos de temperamentos: ciclotímico, irritable, maníaco y depresivo.¹³

Modelo actual de los temperamentos afectivos de Hagop S. Akiskal

Este modelo incluye los cuatro temperamentos mencionados anteriormente por Kraepelin, pero adjunta un temperamento más, llamado temperamento ansioso. Akiskal en respuesta para evaluar los diferentes tipos de temperamentos, vio la necesidad de crear una escala que los pudiera medir, por ende, creó la Escala de Temperamento de Memphis, Pisa, Paris y San Diego auto-aplicada (TEMPS-A) para la recolección de datos importantes.¹³

Temperamento hipertímico

Este temperamento, Akiskal lo describe como rasgos de mayor energía, confianza, optimismo, seguridad, actividades imprevistas, sueño corto, con finalidad de líderes, territoriales, agresivos, con gran excitabilidad exploratoria, son generosos pero muy derrochadores. Pero son muy propensos a riesgos por su acción impulsiva que tienen y a su vez se han encontrado estudios que demuestran que tienen un factor protector frente a las ideas suicidas.¹³

Este temperamento destaca de los otros cuatro que, con gran apoyo psicológico podrían adaptarse mejor a factores externos y de esa manera atener menos cambios de humor, y de esta manera poder funcionar más en cualquier ámbito. En este caso este temperamento es más común que se presente en el trastorno afectivo bipolar II.¹³

Diversos estudios demuestran que los individuos que presentan este temperamento son menos propensos a presentar dolor psicológico, desesperanza, menos depresión y más positivismo en la vida. Y por esa razón, es que se caracteriza por ser más “protector” del suicidio.¹³

Temperamento ciclotímico

Este temperamento se caracteriza por cambios muy frecuentes en el estado de ánimo y energía. Funciona como activación e inactivación de este, es decir, con gran variabilidad; ejemplo, “encenderse y apagarse” repentinamente, es común que se presente en el paciente con trastorno afectivo bipolar II o en pacientes con depresión en trastorno afectivo bipolar I.¹³

Estas personas presentan mayor estrés y riesgo de irritabilidad, por lo que es más propenso a tres dominios funcionales: manejo del hogar, actividades de ocio privadas y actividades de ocio social. Se caracterizan mucho por afectos negativos tanto de su entorno como de sí mismos. De igual forma, este temperamento se caracteriza por tener ideas suicidas de por vida, principalmente en pacientes con trastorno afectivo bipolar tipo II.¹³

Temperamento irritable

Este se asemeja mucho al temperamento ciclotímico, pero de manera muy negativa, ya que se caracteriza por ser muy quejoso, insatisfecho de todo, enojón, crítico y sumamente impulsivo. En este caso puede presentarse en diferentes trastornos mentales, no específicamente en alguno.¹³

Temperamento depresivo

Suele presentar más un estado de ánimo bajo que alto, por lo que se caracteriza por ser sensible, auto culpable y muy pasivo, se suele encontrar sin humor, no asertivo, inseguro, tímido, e incapaz de divertirse. Se asimila mucho a la sensibilidad por el sufrimiento que

suele terminar en depresión mayor. Pero, cabe destacar que no son nada sencillos de tratar porque niegan todo lo que sienten y se dedican a lo externo en vez de tratarse o buscar ayuda profesional.¹³ Este temperamento es asociado en ocasiones con un mayor riesgo de suicidio, ya que la depresión mayor que presenta puede predisponer a los individuos.

Temperamento ansioso

El temperamento ansioso se caracteriza principalmente por “excesiva preocupación”, donde de manera exagerada desea evitar riesgos o daños, y suelen ser muy negativos ante toda situación porque presienten incluso peligros no existentes.¹³

Las mujeres poseen mayor puntuación en este temperamento, es más frecuente en ellas que en los hombres, o sea, que se preocupan o ansían más en la vida, pero no saben el motivo, el porqué, solo consideran que tal vez sea un instinto o hecho de la naturaleza. Por otro lado, la ansiedad favorece la supervivencia, por lo que le permite a la mujer entonces vivir un poco más, ya que pasa más atenta a los peligros y busca protección constante de sí misma y su alrededor.¹³

Al tomar en cuenta los cinco temperamentos, las investigaciones de Rosales indican que el temperamento más común de ser presentado en general en la población es el temperamento hipertímico y el de menor medida es el ciclotímico.¹³ Cabe destacar que el trastorno afectivo bipolar I puede presentar más de un temperamento, donde se puede encontrar en dos polos opuestos, es decir el temperamento depresivo con una depresión mayor prevaleciente. Así como en episodios maníacos presentar el temperamento hipertímico¹³, en contraste del temperamento ciclotímico que es mucho más común en el trastorno afectivo bipolar II.

Sin embargo, existen pacientes afectivos con episodios mixtos, lo cual hace referencia a que pueden presentar los cuatro temperamentos (depresivos, ciclotímico, irritable y ansioso). Y cuando presentan más de uno, el estudio de Rosales demuestra que en esos casos cada uno se presenta con menor fuerza, ya que las puntuaciones suelen ser más bajas en la escala de TEMPS cuando aparece más de un temperamento que cuando presenta uno solo, ya que en ese caso la puntuación sí suele ser más alta.¹³

2.9.2 Diagnóstico de paciente con trastorno afectivo bipolar

Un episodio de manía o hipomanía es necesario para el diagnóstico de trastorno afectivo bipolar tipo I o II. No obstante, en algunos casos resulta complicado realizar el diagnóstico diferencial ya que los síntomas del polo maníaco pueden confundirse con los de una caracteropatía o esquizofrenia. Por esta razón, ciertos casos son diagnosticados después de varias experiencias o cuando se ha producido un deterioro significativo en diversas áreas de la vida personal de cada individuo.¹²

El diagnóstico diferencial puede ayudarse con una historia clínica detallada, un examen mental completo y una historia de la curva de ánimo. Un elemento crucial es que los pacientes son más capaces de reconocer los síntomas de depresión que los de manía. Por lo tanto, es recomendable investigar si durante los períodos depresivos, el paciente ha experimentado exceso de energía, irritabilidad o hiperactividad. No se debe subestimar la información que los familiares pueden proporcionar.¹²

Para obtener un diagnóstico, es esencial cumplir con los criterios de psicopatología y comportamiento sugeridos por las clasificaciones internacionales mencionadas anteriormente. Además, existen otras herramientas que pueden ser útiles como: la *Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* (SCAN) (WHO, 1994) y la *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorder's* (SCID).¹²

En este caso el manual más utilizado para el diagnóstico de estos pacientes es el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales de quinta edición, que posee un apartado de trastorno afectivo bipolar, incluye bastante información al respecto, desde generalidades o trastornos relacionados como el depresivo y esquizofrénico. En donde también se encuentran los diagnósticos del trastorno afectivo bipolar I, trastorno afectivo bipolar II y el ciclotímico.⁵⁶

En este manual se conceptualiza en qué consiste cada tipo de trastorno afectivo bipolar, un poco de la historia de cómo fue descubierto y en qué época. A su vez, agrega que la bipolaridad es muy compleja y nada fácil de diagnosticar, ya que en ocasiones un abuso de sustancias o medicamentos lleva a la persona a sufrir episodios maníacos o hipomaniacos, y a su vez tener un efecto “rebote” con episodios depresivos, lo que implica bastante tiempo en diagnosticar a una persona con trastorno como tal.⁵⁶

Con respecto al trastorno afectivo bipolar tipo I, explica los criterios que se deben de tener en cuenta en el episodio maníaco, donde puede que hayan existido episodios hipomaniacos o depresivos a su vez.⁵⁶ El episodio maniaco abarca los siguientes criterios:

-Pasar por un período bien definido de estados de ánimo anormales, elevados, irritables, exceso de energía y como mínimo durar una semana, pero estar presente este estado la mayor parte del día. Incluso puede necesitar hospitalización.

-En el período de alteración o aumento de energía, teniendo 3 o más de los siguientes síntomas: aumento de autoestima, disminución de la necesidad del dormir, con mayor entusiasmo de mantener una conversación, ideas muy rápidas, distracción, aumento (sexual, social, laboral), participación de manera excesiva en actividades que pueden traer consecuencias dolorosas.

-Alteración en el estado de ánimo donde perjudica su alrededor, incluso necesitar hospitalización ya que existen características psicóticas.

-La forma de actuar no se le atribuyen a ningún tratamiento o droga.

El episodio hipomaníaco abarca los siguientes criterios:

-Episodio con estado de ánimo anormal, elevado, irritable y aumentado.

-Aumento de energía y actividad donde tenga 3 o más episodios de: (aumento de autoestima, disminución de necesidad de dormir, más hablador de lo habitual, fuga de ideas, facilidad de distracción, participación excesiva)

-Un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico.

-Alteración de estado de ánimo y cambio en el funcionamiento.

-El funcionamiento no es suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral, o necesitar hospitalización.

-El episodio no se puede atribuir a una sustancia.⁵⁶

El episodio de depresión mayor abarca los siguientes criterios:

-Cinco o más de los siguientes síntomas: (estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, disminución importante de interés y placer, pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad, disminución de capacidad para pensar o concentrarse, pensamiento de muerte recurrentes)

-Síntomas que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social.

-Episodio no se retribuye a alguna sustancia.⁵⁶

En este caso cada uno de estos criterios que abarca cada uno de los episodios, son la guía para determinar el tipo de trastorno afectivo bipolar, y según la recurrencia y demás, se determina el diagnóstico final.⁵⁶

A continuación, se describen los cuadros con los que se ha hecho énfasis en el diagnóstico diferencial:

Esquizofrenia

Se trata de una enfermedad mental grave que se manifiesta con psicopatología de pensamiento, la percepción, el ánimo, las emociones y la conducta. A pesar de ser heterogénea puede agruparse en dominios fenotípicos positivos (delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado y agitación) y negativos (retraimiento social, apatía, falta de reactividad y de interés).¹²

Simulando el curso bifásico del trastorno bipolar, estos fenotipos pueden alternarse longitudinalmente de forma cíclica en el mismo paciente. Los síntomas positivos podrían parecerse a los síntomas psicóticos de una manía grave, mientras que los síntomas negativos podrían parecerse a los de la depresión. Adicionalmente, los cuadros depresivos tienen una prevalencia de alrededor del 40% a lo largo de la vida en la esquizofrenia; como resultado, la CE en la esquizofrenia se deterioraría más que en el trastorno bipolar.¹²

Debido a todos estos puntos de solapamiento, varias guías sugieren que, además de una historia clínica y exploración mental completa, se incluya la observación y registro longitudinal de las oscilaciones del ánimo, como diferencial del trastorno afectivo bipolar y la esquizofrenia junto con baterías como SCAN y SCID.¹²

Trastorno límite de la personalidad

El trastorno límite de personalidad (TLP) es cuando el paciente experimenta fluctuaciones de ánimo e inestabilidad emocional junto con psicopatología de pensamiento, comportamiento impulsivo y relaciones sociales inestables. Desde una perspectiva clínica, hay numerosos puntos de coincidencia con el trastorno afectivo bipolar, particularmente tipo II. Por lo tanto, algunos autores creen que la TLP podría incluirse en el espectro del trastorno bipolar.¹²

Debido a sus diferencias en el curso clínico y el deterioro general, la perspectiva longitudinal los considera como casos distintos. Sin embargo, algunos estudios han demostrado que el TLP puede preceder al trastorno afectivo bipolar y que su presentación comórbida da un peor pronóstico.¹²

2.9.3 Medición del ánimo

La evaluación del estado de ánimo requiere una entrevista clínica completa, que también puede acompañarse de la cuantificación de su gravedad, para lo que existen escalas de diversa índole, tanto hetero como auto aplicadas.¹²

Escalas clínicas

Clinical Global Impression for Bipolar Disorder (CGI-BP): es una adaptación de *Clinical Global Impression* para TB. Es heteroaplicada y consiste en evaluar la gravedad de la manía (CGI-BP-M), la depresión (CGI-BP-D) y el estado general (CGI-BP-G) a través de una escala categórica de siete niveles, que se etiqueta a continuación en los números que siguen:

- No enfermo.
- Mínimamente enfermo.
- Medianamente enfermo.
- Moderadamente enfermo.
- Marcadamente enfermo
- Gravemente enfermo.
- Muy gravemente enfermo.¹²

Young Manía Rating Scale (YMRS): Es una herramienta heteroaplicada que mide los síntomas maníacos en diez ítems y otorga puntajes de 0 a 4, en siete de ellos (humor elevado, aumento de la actividad - energía, interés sexual, sueño, forma de pensamiento, apariencia y CE). Cuatro de ellos reciben un puntaje de 0 a 8 en las categorías de (irritabilidad, lenguaje, contenido del pensamiento y comportamiento). La puntuación final oscila entre 0 y 60, y a medida que aumenta la puntuación, aumenta la gravedad de la manía. Se cree que esta escala es el estándar de oro para medir la gravedad de la fase maníaca.¹²

Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS): Es una escala que utiliza diez ítems para evaluar la intensidad de los síntomas depresivos. Cada ítem recibe un puntaje de 0 a 6. Los dominios que se tienen en cuenta son la tristeza observada, la tristeza declarada, la tensión interna, la falta de sueño, la falta de apetito, las dificultades para concentrarse, la lasitud, la incapacidad para sentir, los pensamientos pesimistas y los pensamientos suicidas. La puntuación final es la suma de las puntuaciones de todos los síntomas, que van desde 0 hasta 60.¹²

Hamilton Depression Rating Scale (HDRS): Es la escala heteroaplicada más utilizada para evaluar la intensidad de una depresión. Pacientes hospitalizados destinaban a la versión original. Contiene 17 temas enfocados en los síntomas físicos y melancólicos de la depresión. En una versión posterior, hay cuatro ítems adicionales que examinan el subtipo de depresión, pero no su severidad, por lo que normalmente no se usan en la puntuación global. Una de sus limitaciones es que no incluye los síntomas de depresión típicos.¹²

Beck Depression Inventory (BDI): Es un instrumento autoaplicado que mide 21 síntomas y les da una puntuación de 0 a 3. La primera versión se publicó en 1961, y se le hizo una segunda versión en 1978 y 1996.¹²

Profile of Mood State (PMS): Es una escala que se aplica por sí sola con 65 ítems. Se clasifica según los siguientes estados emocionales: tensión-ansiedad, depresión, ira-hostilidad, fuerza, fatiga y confusión. La subescala de depresión tiene una puntuación de 15 puntos.¹²

Premenstrual Tension Syndrome (PMTS): Fue desarrollado para evaluar la intensidad de los síntomas de la disforia premenstrual (DPM). La irritabilidad, la hostilidad,

el estrés, la eficiencia, la disforia, la labilidad, la coordinación motora, el funcionamiento cognitivo, los hábitos alimentarios, el desempeño sexual y la actividad son los dominios que se examinan.¹²

Zung Self-Rating Depression Scale (SDS): Es una escala auto aplicada de 20 ítems que miden cuatro dominios generales de la depresión: estado general, equivalentes psicológicos, otros trastornos y actividad psicomotora. Cada ítem recibe una puntuación de 1 a 4 y el rango de puntuación total va de 20 a 80 puntos. (Zung, 1964).¹²

2.9.4 Principales tratamientos para el trastorno afectivo bipolar I y II

Selección y uso de los fármacos

La elección de medicamentos para tratar los trastornos bipolares puede ser difícil porque todos los medicamentos pueden tener efectos adversos significativos, las interacciones farmacológicas son comunes y ningún medicamento es universalmente eficaz. La selección debe basarse en lo que ha sido efectivo y bien tolerado anteriormente en un paciente específico. La elección se basa en los antecedentes clínicos del paciente (en relación con los efectos negativos de un estabilizador de estado de ánimo específico) y en la intensidad de los síntomas si no existe experiencia previa.¹⁶

Para el control urgente de la conducta en pacientes con psicosis maníaca grave, que pone en peligro la seguridad y el manejo del paciente, se requiere generalmente un antipsicótico sedante de segunda generación, a veces complementado al inicio con una benzodiazepina como Lorazepam o clonazepam.¹⁶

El uso de quetiapina, cariprazina, lumateperona, lurasidona sola o una combinación de fluoxetina y olanzapina para la depresión bipolar proporciona la mejor evidencia.¹⁶

Litio

El litio atenúa las oscilaciones bipolares del estado de ánimo, pero no tiene ningún efecto sobre el estado de ánimo normal. Los pacientes con antecedentes familiares de trastornos bipolares típicos tienen más probabilidades de responder al litio.¹⁶

Ya sea que se utilice litio u otro estabilizador del estado de ánimo, las recidivas son más probables en los pacientes que tienen estados mixtos, formas de ciclado rápido del trastorno bipolar (que en general se define como ≥ 4 episodios/año), trastornos de ansiedad comórbidos, abuso de sustancias o un trastorno neurológico.¹⁶

El carbonato de litio se titula típicamente en función de los niveles en sangre, la tolerancia y la respuesta. Las dosis de mantenimiento más altas son más protectoras contra los episodios maníacos (no contra los depresivos), pero tienen más efectos adversos. Los adolescentes, cuya función glomerular es excelente, necesitan dosis más altas; mientras que los ancianos necesitan dosis más bajas.¹⁶

El litio puede provocar sedación y deterioro cognitivo directa o indirectamente (al provocar hipotiroidismo) y a menudo exacerba el acné y la psoriasis. Los efectos adversos leves agudos más frecuentes son temblor fino, fasciculaciones, náuseas, diarrea, poliuria, polidipsia y aumento de peso (atribuido en particular a la ingestión de bebidas ricas en calorías). Estos efectos suelen ser transitorios y a menudo responden a una pequeña reducción de la dosis, a su fragmentación (p. ej., 3 veces al día) o al uso de formulaciones de liberación lenta. Una vez establecida la posología, la dosis entera debe administrarse después de la cena. Esta dosificación de 1 vez al día puede mejorar el cumplimiento y posiblemente reducir la toxicidad renal. La administración de un betabloqueante (p. ej., atenolol en una dosis de 25-50 mg por vía oral 1 vez al día) puede controlar el temblor grave; sin embargo, algunos betabloqueantes (p. ej., el propranolol) pueden empeorar la depresión.¹⁶

La toxicidad aguda por litio se manifiesta inicialmente con temblor grueso, hiperreflexia osteotendinosa, cefalea persistente, vómitos y confusión y puede progresar con estupor, convulsiones y arritmias.¹⁶ La toxicidad tiene más probabilidades de desarrollarse en los siguientes:

- Pacientes adultos mayores.
- Pacientes con disminución de la depuración de la creatinina.
- Las personas con pérdida de sodio (p. ej., debido a fiebre, vómitos, diarrea, o uso de diuréticos).¹⁶

Los efectos adversos a largo plazo del litio incluyen:

- Hipotiroidismo, sobre todo cuando hay antecedentes familiares de hipotiroidismo.
- Hipercalcemia e hiperparatiroidismo.
- Daño renal que compromete el túbulo distal y que aparece después de ≥ 15 años de tratamiento con litio.¹⁶

Por lo tanto, deben controlarse las concentraciones de TSH (thyroid-stimulating hormone) cuando se inicia el tratamiento con litio, al menos cada año si existen antecedentes familiares o síntomas que indiquen disfunción del tiroides y, al menos cada 2 años, en el resto de los pacientes. Las concentraciones también deben medirse siempre que los síntomas sugieran disfunción tiroidea (que incluye una recidiva de la manía), porque el hipotiroidismo puede disminuir el efecto de los estabilizadores del estado de ánimo.¹⁶

Medicamentos anticonvulsivos

Los anticonvulsivos que actúan como estabilizadores del estado de ánimo, sobre todo el valproato y la carbamazepina, se utilizan con frecuencia en la manía aguda y en los estados mixtos (manía y depresión). La lamotrigina es eficaz para el ciclado del estado de ánimo y para la depresión. Se desconoce el mecanismo preciso de acción de los anticonvulsivos en el trastorno bipolar, pero puede involucrar mecanismos relacionados con el ácido gamma-aminobutírico y finalmente sistemas de transmisión de señales de la proteína G. Su principal ventaja respecto del litio consiste en disponer de un margen terapéutico más amplio con ausencia de toxicidad renal.¹⁶

Para valproato, la dosis inicial y la vía de administración pueden variar, pero requiere un ajuste basado en los niveles séricos objetivo. Un protocolo de dosis de carga basado en el peso puede lograr una mejoría más temprana de los síntomas. Los efectos adversos incluyen náuseas, cefalea, sedación, mareos y aumento de peso; los efectos adversos raros incluyen hepatotoxicidad y pancreatitis.¹⁶

No debe administrarse carbamazepina en bolo; la dosis debe aumentarse gradualmente hasta alcanzar un nivel sérico deseado. Los efectos adversos incluyen náuseas, mareos, sedación e inestabilidad. Los efectos muy graves incluyen anemia aplásica y agranulocitosis.¹⁶

La dosis inicial y la titulación de la lamotrigina varían según las posibles interacciones con los medicamentos concomitantes. La dosis es menor en los pacientes que reciben valproato y mayor en los que reciben carbamazepina. La lamotrigina puede producir erupción y, pocas veces, un síndrome de Stevens-Johnson potencialmente letal, sobre todo cuando la dosis se aumenta más rápidamente de lo que se recomienda.¹⁶

Antipsicóticos

La psicosis maníaca aguda se trata cada vez con más frecuencia con antipsicóticos de segunda generación¹⁶, como:

- Aripiprazol
- Cariprazina
- Lurasidona
- Olanzapina
- Quetiapina
- Risperidona
- Ziprasidona

Además, la evidencia sugiere que algunos de estos medicamentos pueden aumentar los efectos de los estabilizadores del estado de ánimo después de la fase aguda.¹⁶

Aunque cualquiera de estos fármacos puede tener efectos adversos extrapiramidales y producir acatisia, el riesgo es menor con los agentes más sedantes como la quetiapina y la olanzapina. Los efectos adversos menos inmediatos incluyen un aumento importante de peso y el desarrollo del síndrome metabólico (que incluye aumento de peso, exceso de grasa abdominal, resistencia a la insulina y dislipidemia); el riesgo puede ser menor con los antipsicóticos de segunda generación menos sedantes lurasidona, como la ziprasidona y el aripiprazol.¹⁶

Para los pacientes psicóticos extremadamente hiperactivos con escasa ingesta de alimentos y líquidos, puede ser apropiado administrar un antipsicótico IM más medidas de apoyo, además del litio o un anticonvulsivo.¹⁶

Antidepresivos

Algunas veces se agregan antidepresivos específicos (p. ej., inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) para la depresión grave, pero su eficacia es controvertida; por lo general no se recomiendan como monoterapia para los episodios depresivos, aunque hay evidencia de que un ISRS (específicamente sertralina) puede ser seguro y eficaz como monoterapia para la depresión bipolar tipo II (1). Una serie de pequeños estudios han indicado que la tranilcipromina puede ser más eficaz que otros antidepresivos en el tratamiento de la depresión bipolar.¹⁶

2.10 Modelos y guías de seguimiento farmacoterapéutico para el trastorno afectivo bipolar

El Método DÁDER

Es un procedimiento operativo para la prestación del seguimiento farmacoterapéutico en cualquier ámbito asistencial y sobre cualquier paciente. Es un diseño de un plan de actuación en conjunto con el paciente y la intervención de los demás profesionales sanitarios, que promueve la continuidad del seguimiento farmacoterapéutico en el tiempo y permite elaborar un estado de situación del paciente del que se derivarán las correspondientes intervenciones farmacéuticas conjuntamente con el paciente y su médico, para que decidan qué hacer en función de sus conocimientos y condiciones particulares del caso. El procedimiento inicia con la oferta del servicio y finaliza con la fase de intervención, en las que se incluyen entrevistas sucesivas con el paciente.⁵⁷

En la Figura 3 se muestra en el flujo general que se suele seguir durante la aplicación del método Dáder, esto con el objetivo de facilitar su comprensión.

Figura 3. Flujograma método Dáder

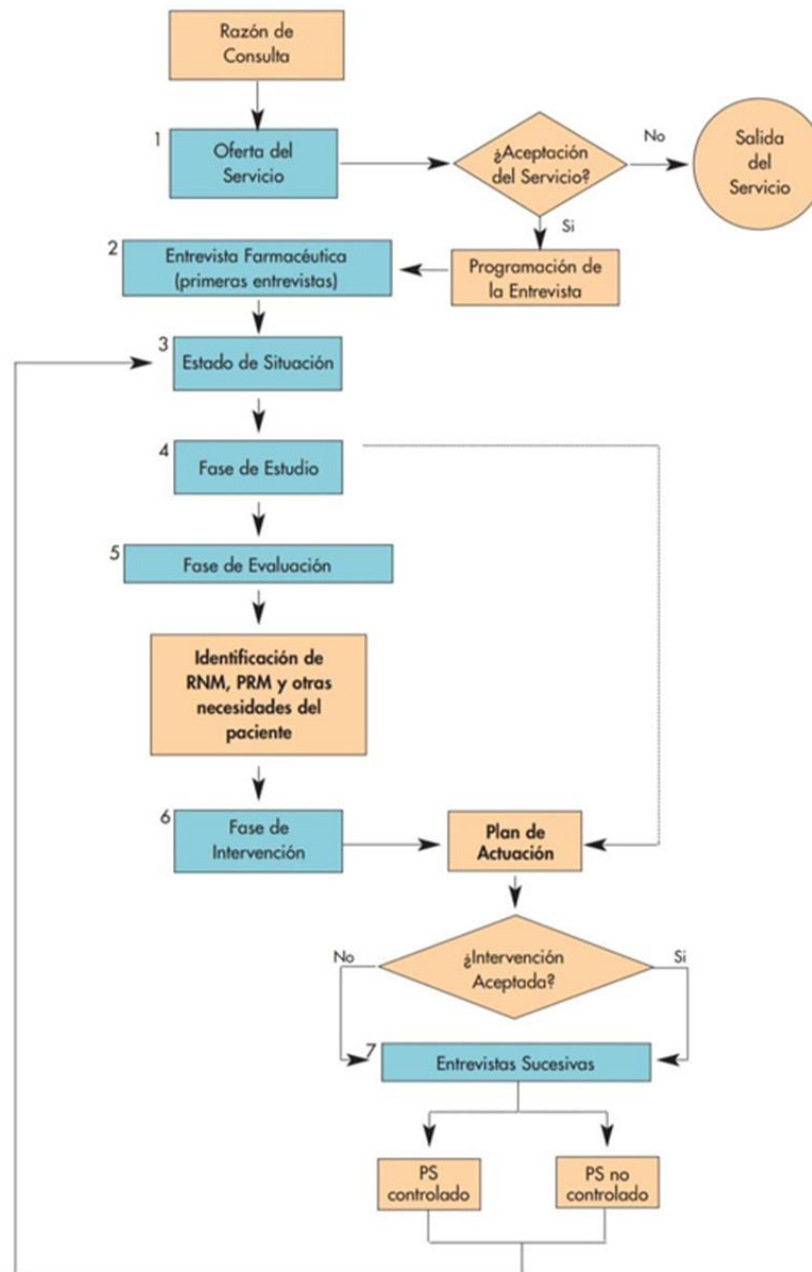


Figura 3. Creación propia a partir de la referencia.⁵⁷

A continuación, se procede a explicar cada una de las 7 principales fases del método Dáder.

Oferta del servicio: Consiste en explicar, de forma clara y concisa, la prestación sanitaria que va a recibir el paciente: qué es, qué pretende y cuáles son sus principales

características. Su propósito será captar e incorporar al paciente al servicio de seguimiento farmacoterapéutico.⁵⁷ Algunos motivos que pueden ponerla de manifiesto y dar lugar a la oferta del servicio son:

- El paciente consulta sobre algún medicamento, algún problema de salud, algún parámetro bioquímico o en referencia a algún informe sobre su salud.
- El farmacéutico recibe alguna queja sobre algún medicamento prescrito o detecta algún PRM durante el proceso de dispensación de medicamentos.
- El paciente expone alguna preocupación respecto a alguno de sus medicamentos o problemas de salud.
- El farmacéutico observa algún parámetro clínico que resulta ser un valor desviado de lo esperable para el paciente.
- El paciente solicita el servicio de seguimiento farmacoterapéutico.⁵⁷

Entrevista farmacéutica (primera entrevista): Entrevista semiestructurada que tiene tres partes claramente diferenciadas:

- Fase de preocupaciones y problemas de salud, que tiene como objetivo que el paciente exprese sus preocupaciones acerca de los problemas de salud que padece para conocer cuáles son y cuánto le preocupan. Esto se hace por medio de una pregunta abierta.
- Medicamentos que usa el paciente, que tiene como objetivo determinar el grado de conocimiento por parte del paciente de su medicación y también el grado de cumplimiento.
- Fase de repaso, tiene como objetivos profundizar en aquellos aspectos de la primera parte de la entrevista que no han quedado suficientemente claros, descubrir medicamentos o problemas de salud que no se hayan mencionado y hacer ver al paciente que se le ha escuchado con interés.⁵⁷

Estado de situación: Es la relación entre sus problemas de salud y sus medicamentos, en una fecha determinada. También es el documento que se utiliza para la presentación de las sesiones clínicas. Además de los datos personales del paciente, alergias o circunstancias especiales que presenta se registran datos de: Problemas de salud: Atendiendo a la fecha de su aparición, el grado de control de este y la importancia que le concede el propio paciente.⁵⁷

Fase de estudio: Se obtiene la información necesaria de los problemas de salud y medicamentos reflejados en el estado de situación, para su evaluación posterior. Problemas de salud. Se enfoca principalmente en:

- Los signos y síntomas para controlar o parámetros consensuados de control, que luego podrán dar sospechas sobre la falta de efectividad de los medicamentos.
- Los mecanismos fisiológicos de la enfermedad, para así entender cómo actúan los medicamentos que intervienen y predecir qué puede ocurrir con otros que tome, o incluso relacionarlos con otros problemas de salud que puedan derivarse.
- Causas y consecuencias del problema de salud, para así entender cómo realizar prevención y educación sanitaria del paciente, y cuáles son sus riesgos.⁵⁷

Fase de evaluación: Se establecen las sospechas de resultados negativos asociados a la medición que el paciente pueda estar experimentando. Para ello es necesario establecer para cada problema de salud la estrategia terapéutica que se utiliza. Posteriormente, se valora la necesidad y efectividad de cada estrategia y la seguridad de cada medicamento por separado. Para describir las sospechas de resultados negativos asociados a la medición que el paciente pueda experimentar se utiliza la clasificación del Tercer Consenso de Granada.⁵⁷

Fase de Intervención: Se elabora un plan de actuación de acuerdo con el paciente, y desarrolla las intervenciones necesarias para resolver los resultados negativos asociados a la medición que este pueda estar sufriendo. Intervención farmacéutica (IF) es la acción del farmacéutico tendente a mejorar el resultado clínico de los medicamentos, mediante la modificación de la utilización de estos. Plan de actuación es el conjunto de intervenciones que paciente y farmacéutico acuerdan realizar para resolver los resultados negativos asociados a la medición detectados por éste.⁵⁷

Entrevistas sucesivas: Esta fase se centra en:

- Continuar resolviendo los resultados negativos asociados a la medición pendientes según el plan de actuación acordado.
- Cumplimentar un plan de seguimiento para prevenir la aparición de nuevos resultados negativos asociados a la medición.

- Obtener información para poder documentar los nuevos estados de situación y mejorar la fase de estudio.⁵⁷

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

En el presente capítulo se describirá la parte metodológica, la cual consiste en un método que permite determinar con más precisión el tipo de investigación aplicada a lo largo de la tesis, y de la misma manera interpretar cada resultado que se obtenga por medio de diferentes técnicas que permitirán obtener respuesta del planteamiento del problema formulado.

3.1 Tipo de investigación

Cheesman define una investigación como un proceso sistemático, organizado y objetivo que tiene como propósito resolver o responder al planteamiento del problema, por medio de recopilación de información, así como información desconocida que se va indagando poco a poco. El fin de toda investigación es aumentar conocimientos sobre un determinado tema con un enfoque diferente a algo existente, para así ampliarlo.⁵⁸

Por tanto, la investigación busca la verdad, llegar más allá del conocimiento, indagar de forma profunda y específica en un tema particular. Todo este proceso es dinámico, permite encontrar un nuevo enfoque científico, por eso la necesidad de profundizar, desarrollar y buscar fuentes y rutas necesarias para seguir respondiendo al problema.⁵⁸

Una investigación debería de ser novedosa, y esto se logra con investigación previa, buscando un enfoque poco o medianamente conocido para que sea innovador, por eso el problema es diferente a la gran diversidad de temas existentes. La investigación debe de ser de planteamiento de problema delimitado, de esta manera podrá saber hasta dónde, con qué, y con quiénes se abarcará el estudio, el cual debe de tener una estructura sencilla, entendible a cualquier persona que la lea y quiera interpretar.⁵⁹

Esta investigación es básica, también conocida como pura o formal, se caracteriza por buscar conocimientos teóricos que ayudan a la comprensión del mundo que nos rodea y con alcance significativo que podrá describir, explicar un problema para mejorar el conocimiento y progreso científico. Además, es la base para las investigaciones prácticas, sin embargo, no se desarrollará la continuación de la misma.⁵⁹

Por otra parte, el alcance del estudio es descriptivo, ya que pretende detallar propiedades y características de objetos, personas, colectivos o cualquier otro fenómeno que se analice. Asimismo, se selecciona una serie de variables, de las que se recopila información

para representar lo que se está investigando. Su objetivo consiste en la descripción de fenómenos, está entre la profundidad de tipo más común, ya que usa la observación, estudios previos y de desarrollo.⁵⁹

La investigación tiene un enfoque cualitativo, que utiliza la recolección de información en informantes para la conveniencia, lo que permite que sea de gran confiabilidad, para ello se desarrolla basado en una posición social y no en datos sesgados o distorsionados de la verdadera realidad. Así, se graban las observaciones y entrevistas de manera completamente mecánica, para analizar cada uno de los hechos con más atención.⁶⁰

Este enfoque cualitativo es de criterio de validez interna, es decir de observaciones del participante entrevistado, permite comprender mejor lo que rodea, todo el planteamiento y su enfoque en cada pregunta. Así, cada entrevista permitirá concluir de la forma más válida, y no subjetiva. Y cabe destacar que el investigador toma un papel muy importante en esta parte, ya que es necesario que establezca su validez como “subjetividad disciplinada”, es decir, plantear la entrevista con plena claridad, así como la interpretación y desarrollo sincero de toda la investigación.⁶⁰

El enfoque cualitativo realiza los estudios en sitios múltiples, no se queda con uno solo, para de esta manera tener más variabilidad de lugar, persona, conocimiento y perspectiva de los hallazgos, por ende, se evita o pretende evitar que se llegue a generalizaciones, ya que estas son menos aceptadas. Este enfoque tiene como énfasis la profundidad y análisis, con una participación intensa o activa para detallar cada acontecimiento hallado a lo largo de cada avance.⁶⁰

Este tipo de enfoque se guía por temas significativos de investigación, se pueden desarrollar preguntas durante o después de la recolección y el análisis de datos para descubrir primero cuáles son las preguntas de investigación más importantes y después perfeccionarlas y responderlas. Además de lo anterior, este enfoque posee las siguientes características:

1. El investigador plantea un problema, pero no sigue un proceso definido claramente.
2. Las investigaciones cualitativas se basan más en una lógica y proceso inductivo (explorar y describir, y luego generar perspectivas teóricas) donde van de lo particular a lo general.

3. En la mayoría de los estudios cualitativos no se prueban hipótesis, sino que se generan durante el proceso y se perfeccionan conforme se recaban más datos.

4. El enfoque se basa en métodos de recolección de datos no estandarizados ni predeterminados completamente. La recolección consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes y de interacciones entre individuos, grupos y colectividades.⁶⁰

Cabe destacar que la realización de la investigación consta de varias etapas para lograr llevar un orden, y de esta manera tenga concordancia, es por ello que se explicará cada una de ellas.⁶⁰

Primero, es necesario concebir la idea principal en la que se basará el investigador en plantear el tema, así como la pregunta inicial y la exploración de mismo, esta idea puede iniciar por una inquietud personal o no personal, por un problema identificado, por alguna lectura prevista, o incluso de laguna otra investigación.⁶⁰

Es por ello que, una vez identificado el tema de concepción, se propone la pregunta que a lo largo de la investigación se responderá, la cual debe ser bastante precisa y concisa, factible y pertinente. Y la exploración para llegar a tal respuesta necesita de una búsqueda bastante profunda, exploración bibliográfica, en ocasiones entrevistas, observación y análisis de lo encontrado.⁶⁰

Como segunda etapa, se encuentra el planteamiento del problema a investigar y de objetivos, donde es necesario reformular la pregunta inicial en la primea etapa después de la exploración, para así ver la factibilidad del problema planteado, y ya con ello, poder desarrollar los objetivos basados en el fin de resolver el problema, y así poder justificar el motivo de dicha investigación.^{59,60}

La tercera etapa es el marco teórico y conceptual, que puede ser una revisión documental de información existente, estudios, teorías y documentos relevantes que funcionan como antecedentes, para selecciona la teoría a utilizar para iniciar y enfocar la investigación.

La siguiente etapa consiste en el diseño del modelo de análisis, en donde se elige la metodología a desarrollar según el interés del investigador, este modelo posee unidades de

observación, así como una población según convenga, instrumentos a utilizar y definición de técnicas o herramientas para analizar cada dato recolectado y poder acercarse cada vez más a una respuesta concreta al planteamiento del problema.⁶⁰

Los instrumentos para utilizar dependerán del tipo de investigación que se utilice, en este caso al ser con enfoque cualitativo, se basará en la recolección bibliográfica y entrevista a profundidad, con el fin de recolectar información que afirme o contradiga la teoría estipulada y de esta manera tener una solución basada en hechos.⁶⁰

La sexta etapa es la explotación de los datos, es decir, es la manera en que se tratan los datos recolectados por medio de la sistematización por medio de tablas, gráficos, transcripción, matrices o sistema de análisis, todo dependiendo del enfoque aplicado. Y una vez analizados estos datos, se puede realizar una lectura, interpretación, selección de datos, descripción, conclusiones que dan respuesta a las hipótesis planteadas y/o preguntas, entre otras.⁶⁰

Y por último, la elaboración del informe, que consiste en exponer el procedimiento realizado, resultados encontrados a lo largo de la investigación, conclusiones conforme al análisis y recomendaciones que ayudarán a mejorar o soluciones al problema, de manera que esta sea una oportunidad de que la investigación cumpla el fin propuesto.⁶⁰

3.2 Fuentes de información

Se describen las fuentes de información como instrumentos para el conocimiento, acceso y búsqueda de información. El objetivo fundamental es buscar, fijar y difundir la fuente implícita para satisfacer las necesidades informativas de algún tema determinado y utilizar posteriormente para alcanzar los objetivos esperados.

Las fuentes de información utilizadas para la realización de esta investigación son artículos científicos, tesis, revistas médicas/científicas, libros y sitios web oficiales, entre esas se encuentran: PubMed, Redalyc, Medscape, Google Académico, Scielo, Elsevier, FDA y Medline. Se utilizaron descriptores como estudios sobre guías, modelos, tratamiento, diagnóstico, entre otros, sobre el trastorno afectivo bipolar.

Por otro lado, una revisión de literatura hace referencia a extraer y recopilar información que sea útil para sustentar los objetivos de la investigación, donde se toma de las fuentes mencionadas solo la información más relevante y que para la investigación sea de importancia. Esta indagación de información debe ser actualizada y confiable, en la cual se incluyen estudios cualitativos y cuantitativos sin importar el enfoque de la presente investigación, siempre y cuando estas referencias tengan una relación directa con el tema que se está analizando.⁵⁹

Una forma de clasificar las fuentes de información es según el grado de información que proporcionen y se dividen en primarias y secundarias.

3.2.1 Fuentes primarias

Proporcionan datos de primera mano, se trata de documentos que incluyen los resultados de los estudios correspondientes; dentro de las fuentes primarias destacan libros, artículos de publicaciones periódicas, tesis, entre otros.⁵⁹

Además, incluirán documentos que sean considerados útiles y beneficiosos para desarrollar la investigación. Estos documentos deberán ser totalmente confiables y de alto grado académico, con el fin de obtener un alto nivel de seguridad de la investigación en la fundamentación teórica.⁵⁹

Asimismo, se tomarán reglamentos establecidos para los regentes farmacéuticos, así como guía de lineamientos que se deben utilizar en Costa Rica para el seguimiento farmacoterapéutico y la nueva ley de salud mental. Esto servirá para contrastar la información recolectada.

3.2.2. Fuentes secundarias

Estas fuentes son documentos que reúnen y describen la información publicada de las fuentes primarias. Básicamente, son resúmenes que facilitan la idea central del documento primario; también, son fuentes de información multidisciplinarias, que brindan definiciones, significaciones, conceptos entre otros.⁵⁹

Según lo anterior, las fuentes secundarias que se usarán en este análisis serán tesis y artículos de revistas científicas, libros, tesis, artículos científicos y bases de datos como

PubMed, SciELO, Redalyc y Dialnet, que consigan brindar datos y resultados preelaborados y así suministrar antecedentes a la investigación actual.

3.3 Participantes del estudio

Los criterios se clasifican en dos tipos: inclusión y exclusión. Considerando la búsqueda teórica en inclusión, fueron artículos, revistas, libros o tesis, lo más reciente que se pudiera respecto a un rango de años entre 5 a máximo 10 en la mayoría de los casos y referente a la población se basará en profesionales con experiencia en el área, es decir a regentes farmacéuticos, con conocimiento en el área farmacéutica y en farmacias comunitarias del área de San Ramón.

El conocimiento del profesional abarca gran variedad de conocimiento de diferente información, desde categoría farmacológica, mecanismos de acción, dosificación, indicaciones terapéuticas, interacciones, entre otros. Y a esto se suma la responsabilidad de seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes para mejorar la salud y calidad de vida.

En el criterio de exclusión, se determina no considerar o excluir artículos con un período de años muy grande, exceptuando alguno con información relevante para la investigación. Con la población se excluirán lugares fuera del área de San Ramón, así como profesionales que no tenga conocimiento en el tema o que tengan menos de un año de experiencia laboral.⁵⁹

Es así, como la siguiente tabla muestra los participantes del estudio que serán incluidos en la investigación:

Tabla 15. Participantes del estudio

Sujetos	Caracterización
Regentes Farmacéuticos	Farmacéutico con al menos un año de experiencia, que labore en el área de farmacia comunitaria en San Ramón, con conocimientos en el tema de investigación.
Total, de participantes	6

Fuente: elaboración propia,2021.

3.4 Técnicas de recolección de datos

La recolección de datos consiste en delimitar y justificar los métodos a utilizar, para profundizar en la investigación documental, teórica, conceptual, práctica, y así aplicar las técnicas e instrumentos elegidos, para luego poder analizar los datos y obtener un resultado beneficiario con la investigación.

Por eso, este apartado consiste en cómo se recolectará la información, tanto teóricamente como mediante revisión documental, como la práctica con la entrevista a profundidad.

3.4.1 Revisión documental

La revisión documental se define como una búsqueda, interpretación, recopilación y análisis de información obtenida de datos secundarios, es decir, que son fuentes ya documentadas e investigadas anteriormente, que puedan ser útiles para el propósito de estudio actual. Dicha información se suele extraer de literatura y documentación ya existente.⁵⁹

Lo primero para realizar la revisión documental es delimitar el objeto de estudio, problema y objetivos, seguido de estos se utilizan libros, estudios, artículos, etc., que ayudarán a recolectar la información necesaria. Y en esta sección se seleccionan una cantidad de referencias, sin embargo no todas se terminan utilizando, ya que a lo largo de la investigación se suelen descartar algunas que terminan siendo innecesarias o de información pobre para el fin deseado.⁵⁹

3.4.2 Entrevista a profundidad

La entrevista a profundidad sigue el modelo de intercambio de palabras, entre iguales, se encuentran cara a cara el investigador y el informante, se realizan reuniones que permita la comprensión de las perspectivas o datos de gran relevancia para la recolección de datos para la investigación, que serán expresadas con sus propias palabras, sin cambiar nada de lo dicho por el informante.^{59,60}

Cabe destacar que, en esta técnica, el investigador es una herramienta o instrumento más utilizado para poder explorar o investigar la información de relevancia o de interés,

tratando siempre que el informante se sienta libre de expresar y explicar lo que en realidad desee.⁵⁹

Según Cicourel, esta etapa de la investigación o forma de recolectar datos va a consistir en una indagación profunda y personal de extraños, información de la vida cotidiana, o desde su propia experiencia. Por ende, se debe de evitar realizar preguntas ambiguas, amenazantes, cerradas, sino que lo más claras posibles, que eviten confundir al informante, o que la información se malinterprete, y por ende tener datos distorsionados o de irrealidad para la investigación.⁶¹

Es por ello, que la entrevista a profundidad se basa en un guion creado con anticipación, en el cual el investigador se preparará adecuadamente para abordar las preguntas a lo largo de cada encuentro con el informante. De esta manera esta guía de entrevista permitirá llevar el tema sobre un mismo hilo, control de tiempos y relevancia de cada pregunta. Y así es como, poco a poco se va edificando toda la recolección de las respuestas a las preguntas, que se compararán con la teoría y permitirán contrarrestar entre ambas un resultado pertinente a la investigación.⁵⁹

Es importante, durante la entrevista, encontrar un espacio tranquilo, en silencio, que evite interrupciones, para que así permita la concentración de ambos, tanto el entrevistado como el que entrevista.

En este caso cada entrevista estará conformada por una serie de preguntas a los regentes farmacéuticos de la comunidad de San Ramón, en donde se realizará una introducción sobre el conocimiento del trastorno afectivo bipolar, y de esta manera profundizar sobre la intervención farmacéutica que se lleva a cabo en el seguimiento farmacoterapéutico que se le puede dar a este tipo de pacientes, para finalizar con información relevante que permita agregar en una guía farmacoterapéutica.

Tabla 16. Profesionales entrevistados

Profesional	Profesión	Código	Características
1	Regente farmacéutico	RF1	Farmacia Galeno, 16 años de experiencia, regente oficial de lunes a viernes en horario completo. Toda su vida ha regentado en farmacia comunitaria.
2	Regente farmacéutico	RF2	Farmacia Central, 3 años de experiencia, regente de sábados y domingos únicamente, su principal trabajo de horario completo entre semana es en administración en Empresa ajena a la rama de la salud.
3	Regente farmacéutico	RF3	Farmacia Sucre La Botica el Pueblo, 5 años de experiencia, trabaja en horario completo de lunes a viernes.
4	Regente farmacéutico	RF4	FarmaValue, 2 años de experiencia, solo trabaja fines de semana, de sábado por medio, rotando con otro doctor.
5	Regente farmacéutico	RF5	Farmacia Galeno, 15 años de experiencia, tiene un trabajo propio y solo regenta de sábado por

			medio desde hace 2 años en esta farmacia.
6	Regente farmacéutico	RF6	Farmacia San Ramón, 7 años de experiencia, pero lleva 1 año trabajando en esta farmacia. Siempre ha trabajado en farmacias.

Fuente: elaboración propia, 2024.

3.5 Tratamiento de la información

Cuando se aplican los instrumentos de investigación y recolectan los datos, se debe tratar la información, por eso Barrantes define la recolección de datos como un proceso de suma importancia que requiere mucho cuidado, precaución, orden y paciencia.⁶²

Para esta investigación, los datos recolectados se tratarán según las respuestas dadas por los informantes, se analizarán cada una y se categorizarán según los objetivos propuestos. Asimismo, se hará una comparación de cada una de las respuestas con la teoría prevista y estipulada, como por ejemplo el correcto seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes, en este caso al paciente con trastorno afectivo bipolar.

Seguidamente, cuando estén recolectados todos los datos, analizados y comparados con la teoría encontrada en las fuentes primarias, se realiza el contraste teórico que permita así el análisis. Cabe señalar, que existen diferentes procesos de análisis de datos, en ese caso se utilizará la triangulación, lo cual es una técnica que permite confrontar la información y darle sentido a cada dato según lo propuesto en la investigación, ya que cada pregunta propuesta y realizada en la entrevista, tendrá un fin de recolectar lo importantemente deseado para la investigación, lo cual es un gran aporte al problema planteado, y de esta manera permitirá resolverlo.

3.6 Categoría de análisis

Las categorías se definen como unidades de significado no observable directamente, sino que son clasificaciones de conceptualización, referidas a los objetivos. Se dividen en subcategorías.

Estas categorías son una parte importante de la investigación para aclararla y definirla más. Así surgen a partir del marco teórico, y con esto se definen conceptos que se utilizan para precisar y explicar el tema de investigación. Estas categorías también delimitan los alcances y límites de la investigación, ya que ordena y organiza la recolección de datos.

La siguiente tabla mostrará la manera en que se va a clasificar según categorías y subcategorías la investigación:

Tabla 17. Categorías de análisis

Objetivo específico	Categoría	Subcategorías
1. Describir los modelos de intervención actualmente implementados en las farmacias de comunidad de San Ramón de Alajuela para pacientes con trastorno afectivo bipolar.	Descripción de modelos de intervención y seguimiento farmacoterapéutico.	Teoría de diferentes modelos y seguimientos farmacoterapéuticos en pacientes con trastorno afectivo bipolar
2. Determinar la perspectiva profesional sobre el seguimiento farmacoterapéutico en el trastorno afectivo bipolar.	Determinación de la perspectiva profesional sobre el seguimiento farmacoterapéutico en el trastorno afectivo bipolar.	Experiencia profesional del farmacéutico de farmacia comunitaria
3. Establecer la brecha entre los modelos teóricos y las prácticas reales de intervención y seguimiento farmacoterapéutico en el trastorno afectivo bipolar para identificación de mejoras implementables.	Comparación de modelos terapéuticos y prácticas reales.	Teoría y experiencia profesional Mejoras implementables en el seguimiento farmacoterapéutico

Fuente: elaboración propia, 2024.

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Este apartado de la investigación consiste en analizar la información recolectada por medio de una entrevista realizada a los profesionales farmacéuticos, con el fin de que esta información permita tener una idea sobre el servicio y saber de los regentes respecto al paciente con trastorno afectivo bipolar, basado en los objetivos específicos del presente estudio.

4.1. Describir los modelos de intervención actualmente implementados en las farmacias de comunidad de San Ramón de Alajuela para pacientes con trastorno afectivo bipolar

Para este primer objetivo se tomarán las respuestas de las entrevistas realizadas con respecto a la descripción de los modelos de intervención que actualmente aplican los regentes farmacéuticos en las farmacias de comunidad de San Ramón en los pacientes con trastorno afectivo bipolar, mediante una tabla con las respuestas que dieron sobre los modelos que implementan y un análisis

La tabla 18 muestra las respuestas dadas por los Regentes farmacéuticos de la comunidad de San Ramón. Contiene la información general sobre el trastorno afectivo bipolar, como, por ejemplo: concepto de trastorno afectivo bipolar, clasificación de este, que conocen o desconocen al respecto, con esto se busca abarcar la información sobre la aplicación de modelos de intervención en la Farmacia.

Tabla 18. Conocimiento básico del trastorno afectivo bipolar

Entrevistados	Respuestas
RF1	<p>Es una afección a nivel cerebral que los puede llevar a tener episodios como depresivos, en otros momentos como de manías o de mucha activación, es decir de mucha energía.</p> <p>A como también hay pacientes que sólo pasan en uno de los dos lados, algunos que andan en los dos, siento que hay varias razones del padecimiento, la mayoría de veces yo siento que muchos de ellos inician relacionados con alguna emoción fuerte que hace un desequilibrio, sea una pérdida de un familiar o alguna situación de trabajo ahora que tal vez inicia tal vez como una depresión y puede llegar al punto de convertirse en</p>

	<p>un trastorno de bipolaridad, a veces uno lo ve más en adultos mayores que tal vez ya por factores degenerativos o de edad o ya algún problema digamos a nivel de daño fisiológico, alguna alteración cerebral les genera que caigan en una enfermedad bipolar desde que nace, más o menos por ahí va lo que entiendo al respecto. Y con respecto a los tipos de bipolaridad no sé nada al respecto, solo que hay tipo 1 y 2, no sé si se llaman así. [SIC]</p>
RF2	<p>Es un cambio de humor muy drástico, o también de depresión y manía cambiante cada cierto tiempo, en lapsos no tan cortos, sino duraderos. Que el paciente ya lo trae desde pequeño y no que se hace con el tiempo, pero no se diagnostica pequeño sino hasta que esté mayor de edad.</p> <p>Y ni siquiera sé si existen tipos o clasificaciones de trastorno afectivo bipolar. [SIC]</p>
RF3	<p>Es un trastorno que afecta mentalmente o emocionalmente al paciente que lo padece, y que tienen muchos cambios de extremo a extremo. Siempre he pensado que es un sube y baja o una montaña rusa, es decir, que a cómo pueden estar emocionalmente arriba, puede ser que estén sumamente abajo. Tipo felicidad y tristeza. Y sobre los tipos hay dos, el 1 y 2, no sé si se le llaman así, pero así me los aprendí, son sumamente parecidos, no hay mucha diferencia entre ellos, es más que todo que el tipo 2 es más llevable o accesible, más que todo porque ambos tienen la parte depresiva, pero el tipo dos la manía es más tranquila, eso es lo que tengo entendido. [SIC]</p>
RF4	<p>Me imagino que es algo mental, que son un van y ven de emociones, y que son muy variantes. Ejemplificando, siento que son personas que a veces andan de “buenas” y a veces de “malas”, personas que no se sienten bien, que tienen reacciones muy groseras con la familia, hasta incluso tomar decisiones sin pensarlo. A veces andan tan por abajo que no se bañan, no se</p>

	<p>levantan de la cama. Al final no son conscientes de lo que hacen, como si fuera otra persona. Y sobre los tipos, sé que mi amigo es tipo 1, pero nunca he investigado sobre porqué es tipo 1, si es que hay más tipos o no. [SIC]</p>
RF5	<p>Es un trastorno que sube y baja en la cabeza del paciente y, por ende, en su estado de ánimo. Sí, tengo entendido que el trastorno como tal no es tan cambiante en el tiempo, es decir que los episodios no es como que en 10 minutos va a estar depresivo y en los siguientes 10 minutos va a estar en episodio maníaco. Sino que es por tiempo más largo, tipo una semana un episodio, pasar estable y después le regrese y así sucesivamente. Y sí, sé qué hay tipo 1 y 2, y que son muy muy parecidos o al menos yo, no le he encontrado mucha diferencia. Sé que la diferencia que yo encontré es más de la parte maníaca. Cómo que uno tiene hipomanía y otro hipermanía. Pero nada más. [SIC]</p>
RF6	<p>Sé que puede suceder de diferentes maneras, hay muchos eventos, muchos problemas, pero, así como que conozca bastante, bastante no.</p> <p>Hay diferentes tipos, o sea, yo sé que sí hay diferentes tipos, ahorita no recuerdo cómo clasificarlos, pero sí hay una clasificación. Pero sí sé que hay diferentes tipos, diferentes eventos, diferentes desencadenantes que pueden dar a esos tipos de bipolaridad. No sé exactamente ahorita los nombres, porque sí sé que existen, pero ahorita no las recuerdo. Sí, sé que hay diferentes síntomas; inclusive desde lo más leve hasta lo más grave que puede terminar en la parte más psiquiátrica. Inclusive hasta hospitalización donde solo se trata de mantener al paciente estable en crisis que solo internados se logrará. [SIC]</p>

Fuente: elaboración propia, 2024

Primeramente, con respecto al conocimiento general sobre el trastorno afectivo bipolar, cabe destacar que el entrevistado uno, dos y cinco, concuerdan en su respuesta sobre qué es trastorno afectivo bipolar, al definirlo como un trastorno con episodios depresivos y maníacos. Por otro lado, los entrevistados tres y cuatro comparten el hecho de que es un cambio emocional, de “altas y bajas”, o de un “van y ven”, que suelen ser muy variantes en todo. En cambio, el entrevistado seis no define el trastorno afectivo bipolar, solo menciona que puede suceder por problemas o eventos, pero que no sabe cómo tal qué es.

Con respecto al tiempo de los episodios, el entrevistado dos y cinco, coincidieron al mencionar que el trastorno afectivo bipolar tiene episodios cambiantes, pero el período de cada episodio es duradero, es decir que no cambia de inmediato, sino que cada episodio dura bastante tiempo. Los entrevistados uno, tres, cuatro y seis, no mencionaron nada del tiempo o durabilidad de los episodios.

El factor de si se nace o se desarrolla el trastorno afectivo bipolar en la vida del paciente, lo mencionan dos de los seis entrevistados. El entrevistado uno y dos solamente, coinciden con que se nace con el trastorno, más sin embargo el entrevistado uno a su vez agrega que aparte de nacer con el trastorno, también se puede dar o desarrollar a lo largo de la vida por algún factor familiar, o de la vida, o una depresión que termina en trastorno afectivo bipolar.

Asimismo, se les consultó sobre los tipos de trastorno afectivo bipolar, donde los entrevistados uno, tres y cinco mencionan que hay trastorno tipo 1 y 2, pero solo los entrevistados tres y cinco definen que el tipo uno es depresión con manía, y el tipo dos lo definen como depresión con hipomanía. En cambio, los entrevistados uno, dos, cuatro y seis dijeron no saber nada de la clasificación al respecto del trastorno.

Cabe destacar que Rosales define el trastorno afectivo bipolar como: “la elevación del estado de ánimo (manía o hipomanía) con episodios de depresión mayor”. Y que a su vez clasifica la bipolaridad como trastorno afectivo bipolar I con episodios de manía y depresión mayor; y el trastorno afectivo bipolar II con episodios hipomaníacos con depresión mayor, pero en ausencia de episodios maníacos.¹³

Por otro lado, Ramírez *et al.*, definen el trastorno afectivo bipolar como una enfermedad psiquiátrica grave, que tiene muchas variaciones de ánimo con episodios depresivos que se alternan con episodios de manía o hipomanía. Se caracteriza por ser de inicio muy temprano sin diagnosticar y clasifica el trastorno afectivo bipolar I conocido como fenotipo “suave” y trastorno afectivo bipolar II con fenotipo “duro”. Señala que las principales diferencias entre los dos tipos es la severidad de los síntomas maníacos y duración de estos.³⁴

Al respecto, las respuestas de los entrevistados uno, dos, tres, cuatro y cinco coinciden con las definiciones de los anteriores autores, que mencionan la elevación y disminución del estado de ánimo, que conlleva la manía y depresión mayor, es decir que tienen un concepto acertado según la teoría. Por su parte, el entrevistado seis, no definió el trastorno afectivo bipolar, ya que menciona no saber sobre el tema.

Con relación a los tipos de bipolaridad, y en qué consiste cada uno, los entrevistados tres y cinco concuerdan con que el tipo I es el que presenta manía y el trastorno tipo II presenta hipomanía. Los autores Ramírez *et al.* y Rosales los definen destacando la principal diferencia de los tipos de bipolaridad, en este caso, los entrevistados uno, dos, cuatro, y seis dicen no saber sobre dicha clasificación o solo mencionan la existencia del tipo I y tipo II, pero sin saber en qué consiste cada uno.

El entrevistado tres, menciona que el trastorno afectivo bipolar II es más accesible la manía que el tipo I, ya que el tipo II presenta hipomanía y no manía. Ramírez *et al.*, mencionan que la principal diferencia entre los dos tipos de trastorno es la severidad de la manía, ya que el tipo I, es de manía más agresiva y elevada que el tipo II, por lo que se nota la concordancia entre el entrevistado tres y los autores.

Cabe destacar que dos de los entrevistados comentan sobre el tiempo de los episodios, o la durabilidad, en lo cual concuerdan el entrevistado dos y cinco es que son episodios duraderos y largos, no cortos. Esta mención está apoyada por el Instituto Nacional de la Salud Mental, donde explica que el trastorno afectivo bipolar tiene diferentes episodios que tardan o duran al menos una semana, dos o hasta más, donde los síntomas duran la mayor parte del día, todos los días.⁶³

Por otro lado, la edad más prevalente para que aparezca el trastorno afectivo bipolar I es a los 18 años y el tipo II es a los 20 años, donde se empieza a manifestar típicamente en la adolescencia, principalmente de los veinte años en adelante, generalizando el trastorno como tal, y no la clasificación. No obstante, el diagnóstico cuesta que sea temprano y por esa razón los estudios demuestran que es de los treinta años en adelante que se logra diagnosticar como tal, por la tardanza en la identificación de dicho trastorno. Algunos estudios muestran que niños pueden tener síntomas bipolares, pero que es muy poco común, casi nulo, un diagnóstico a edad temprana porque son muy variantes y confusos, por eso la gran mayoría es en adolescencia que hay más claridad del tema.¹³

Sin embargo, sí hay gran porcentaje de probabilidad que el trastorno puede ser de origen multifactorial, es decir que en el desarrollo del mismo pueden intervenir tanto factores ambientales como genéticos. Es decir, que sí existe algún familiar cercano que haya sido diagnosticado con trastorno afectivo bipolar, independientemente del tipo, podría ser más propenso la parte hereditaria, donde la heredabilidad presenta hasta un 70% más alta que de factores ambientales. según los estudios realizados por Vieta y Casas.⁶⁴

Y dicho lo anterior, el entrevistado uno menciona que el trastorno se puede traer desde nacimiento por un daño fisiológico, pero a la vez algún factor a lo largo de la vida de la persona como una depresión que podría terminar en el trastorno, en cambio el entrevistado dos dice que el paciente ya nace con eso, pero que no se le diagnostica hasta no estar en la etapa de adolescencia. Pero como se menciona anteriormente en el estudio de Vieta y Casas, puede ser por ambas razones, tanto desde nacimiento como a lo largo del camino del paciente, es decir que ambos entrevistados están en lo correcto.⁶⁴

Para completar los resultados respecto al primer objetivo mencionado, se encuentran las respuestas de los regentes con respecto a información valiosa de los modelos de intervención que implementan en general o para los pacientes con trastorno afectivo bipolar en las farmacias de comunidad de San Ramón de Alajuela, para de esta manera poder valorar qué conocen al respecto y valorar la importancia de si es o no necesario reforzar esta área. Los principales datos obtenidos sobre si aplican o no algún modelo, o nombre de estos, se aprecian en la tabla 19.

Tabla 19. Tabla de conocimiento, aplicación e importancia de modelos farmacoterapéuticos

Entrevistados	Respuestas
RF1	<p>Muy sinceramente solo recuerdo el Método Dáder desde la Universidad, pero nada más, que es lo que uno suele aplicar.</p> <p>Pero aquí en la Farmacia no aplicamos ningún modelo, no es excusarme, porque sí me encantaría, ya que es el servicio más completo que podríamos brindar los farmacéuticos y así asegurarnos del bienestar de nuestros pacientes y a su vez que tomen el medicamento como se debe.</p> <p>Y claro que me parece de gran importancia los modelos farmacoterapéuticos, empezando porque estos pacientes no deberían de administrarse ellos mismos el tratamiento, ya que con el mismo tratamiento se pueden hacer daño, y opino que sea un familiar o alguien quien se los administre. [SIC]</p>
RF2	<p>No recuerdo ningún modelo farmacoterapéutico y aún menos de ninguno en especial para este tipo de pacientes con trastorno afectivo bipolar.</p> <p>Y la verdad es que no aplicamos ningún modelo en la farmacia, por más que nosotros los farmacéuticos queramos brindar este servicio, es muy complejo ya que se necesita más de un regente, bastante tiempo con cita, orden y demás.</p> <p>Por supuesto que sí siento que es de suma importancia aplicar modelos farmacoterapéuticos a estos pacientes, principalmente por su dependencia a los tratamientos para mantener sus vidas estables. [SIC]</p>
RF3	<p>Sobre modelos no sé absolutamente nada, un colega me comentó el método Dáder una vez, pero soy ignorante en el tema.</p>

	<p>Y no se aplica ningún modelo aquí en la farmacia por falta de tiempo, aunque quisiéramos.</p> <p>En definitiva, es importante la aplicación de algún modelo o seguimiento; siempre será necesario implementar todo lo que mejore el servicio o la vida del paciente,</p>
RF4	<p>De modelos o guías nunca he escuchado nada, solo del método Dáder y muy sinceramente no sé para qué momentos se usa este tipo de método, o para qué pacientes, o en qué consiste.</p> <p>Aquí no aplicamos ningún modelo, mas, sin embargo, en mi caso, yo no sé prácticamente nada del trastorno afectivo bipolar, es muy poco como ya pudo ver, y siento o siempre he creído que si uno empieza con algo nuevo con más razón uno se obliga a aprender, entonces quizás si se incorporara un modelo farmacoterapéutico en la farmacia sobre el paciente con trastorno afectivo bipolar o cualquier otro padecer, siempre será ganancia. Y por supuesto, esto solo conlleva al bienestar de los pacientes, ya que podríamos así darles así una atención mucho más completa, e indagar sobre todo más a profundidad. [SIC]</p>
RF5	<p>La verdad es que ya eso sí es muy específico, no sé nada de ningún modelo o guía, y mucho menos lo aplico o aplicamos en la farmacia. Peco de ignorante lamentablemente. No tenemos tiempo Kim, y creo que solo en sueños se puede tener esa idea, no es tan sencillo como decirlo, a hacerlo.</p> <p>Y la aplicación de un modelo lo veo importante, y muchísimo, eso en definitiva cambiaría vidas de muchísimos pacientes, mejorarían en demasiados ámbitos y también me haría sentir un trabajo más pleno y satisfactorio de que estoy ayudando aún más. [SIC]</p>

<p>RF6</p>	<p>De modelos no conozco ni uno solo, muy sinceramente.</p> <p>Y para que le voy a mentir, si la verdad es que no. Hay que ser conscientes de que por más que se quiera aplicar algún modelo, es algo que no se hace como profesionales de la salud, aunque deberíamos, pero el tiempo que hay que dedicarle es bastante.</p> <p>En farmacia comunitaria sería de gran importancia, pues como para darle un poco de seguimiento o aplicar algún modelo al paciente, y para darle una guía de cómo ayudarlo y como tomar el tratamiento y con que medicamentos tener cuidado, y que ojalá si tuviera algún cuidador también explicarle como ayudar al paciente. [SIC]</p>
-------------------	--

Fuente: elaboración propia, 2024

Según las respuestas de los entrevistados con respecto al conocimiento de modelos o guías de intervención para el paciente con trastorno afectivo bipolar, todos dicen no conocer de los modelos de intervención a seguir, pero tres de los seis entrevistados mencionaron haber escuchado del método Dáder, pero de igual forma no tienen idea de cómo funciona, o si funciona para este tipo de pacientes.

Y cabe destacar que como ninguno de los entrevistados conocen a profundidad de ningún modelo de intervención farmacoterapéutico que se pueda utilizar en los pacientes con trastorno afectivo bipolar, incluidos los dos que solo mencionan el método Dáder, tampoco aplican ninguno en las farmacias que trabaja cada uno de ellos, según sus respuestas. Mas, sin embargo, todos mencionan que sí es de gran importancia la aplicación pertinente de un modelo de intervención, por el bienestar del paciente. Aunque coinciden en que no son pacientes tan comunes de recibir en esta área, siempre será importante saberlos guiar y entender.

En Costa Rica, según estudios, se demostró que la guía más utilizada para estos pacientes es el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de quinta edición, representado con las iniciales de: DMS-5 de la Asociación Americana de Psiquiatría, que consiste en una clasificación de trastornos mentales que facilita el diagnóstico e incluso

seguimiento de pacientes con trastornos mentales. Este manual, lleva alrededor de 60 años facilitando un poco el campo de la salud mental, siendo muy flexible y clara con la ayuda del diagnóstico, lo cual es de las partes más complejas con los pacientes con trastorno afectivo bipolar.⁵⁶

Con este manual, los profesionales de la salud, incluidos los farmacéuticos, pueden utilizarlo para ver con claridad los criterios, síntomas, signos, y tratamientos a utilizar. Cabe destacar que el diagnóstico en su mayoría lo realiza un psiquiatra de la mano de un psicólogo, pero este tipo de pacientes con trastorno afectivo bipolar no siempre es bien diagnosticado por la confusión de síntomas con un paciente con depresión, o con manía, es por ellos la importancia de tener un poco más claro todo lo que se relaciona con este paciente, de modo que, en caso de que no esté diagnosticado o bien tratado, se le pueda brindar el servicio en la farmacia o guiarlo a otro profesional de la salud que le ayude en el proceso de entender bien todo lo que está pasando.⁵⁶

Es por ello por lo que el manual DMS, ha perfeccionado la presentación y determinación de los trastornos, principalmente en trastorno bipolar I, II y depresión mayor, y de esta manera evitar confusiones en su diagnóstico.⁵⁶

De igual forma, existen más guías, modelos y escalas que se pueden utilizar para los pacientes con trastorno afectivo bipolar, que son utilizadas en su mayoría en otros países, que no son tan comunes en Costa Rica, pero que de igual forma funcionan para diferenciar estados de ánimo, repetición de episodios, tiempo que duran los episodios, y así sucesivamente, de manera que permiten diferenciar un trastorno de otros padecimientos.⁵⁶

Entre esos están algunas escalas como la *Clinical Global Impression for Bipolar Disorder*, la cual consiste en evaluar la manía, depresión y estado general del paciente; así como *Young Manía Rating Scale*, que mide los síntomas maníacos en diez ítems y les da **puntaje parade** esta manera determinar donde se encuentra el paciente; y así otras que también aportan a determinar lo mejor para el paciente.¹²

Y con respecto a guías farmacoterapéuticas, existen diferentes tipos dentro de la atención primaria de la salud, en donde el tipo de guía general ayuda a cubrir alrededor de 80-90% de las patologías de manera que no se especializa en cada una de las patologías, pero

el tipo de guías específicas sí cubre de manera más clara ciertas patologías o especialidades, ya que enfocan con mayor profundidad para bienestar del paciente.⁵²

4.2. Determinar la perspectiva profesional sobre el seguimiento farmacoterapéutico en el trastorno afectivo bipolar

El segundo objetivo consiste en determinar cuál es la perspectiva de los regentes farmacéuticos sobre el seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias de comunidad de San Ramón del paciente con trastorno afectivo bipolar.

La tabla 20 muestra las respuestas obtenidas por parte de los entrevistados con respecto al tema de los tratamientos de los pacientes con trastorno afectivo bipolar, así como algunos de los factores que podrían afectarlos de alguna manera y las consecuencias de un paciente que no tenga tratamiento o adherencia al mismo.

Tabla 20. Tratamiento, factores y consecuencias que afectan el paciente con trastorno afectivo bipolar

Entrevistados	Respuestas
RF1	<p>A nivel privado la quetiapina y la olanzapina son como las dos moléculas que más movimiento tienen. Los anticonvulsivantes siento que ya no se usan, pero en la caja supongo que no hay de otra. Antipsicóticos también se usan. Pero al final son más comunes estos pacientes medicados a nivel de Caja que a nivel privado por ser tratamientos tan costosos. Y hay muchos factores que pueden desestabilizarlos, empezando por la vida cotidiana, desde una emoción positiva o negativa los puede descompensar, una muerte, algún cambio laboral, situaciones en pareja, drogas, licor, que estos dos últimos también exponen el medicamento en el cuerpo por las interacciones. También una familia disfuncional, la parte económica, sus responsabilidades en casa, e incluso el mismo acceso que tengan al tratamiento.</p> <p>Y en definitiva un paciente que no esté con tratamiento, lo llevaría a no comer, desnutrición, debilidad, descompensación de otras enfermedades, pérdida laboral o familiar, un accidente, insomnio, cambios de humor, etc. [SIC]</p>

RF2	<p>He escuchado que se usualmente el tratamiento es litio, y el otro es epival, pero fijo hay muchísimos más o mejores. Tal vez estoy desactualizado, pero sé que fácil de tratar a estos pacientes no es, ya que a nivel de la Caja cuentan con pocas opciones, y a nivel privado es muy costoso poder mantener un tratamiento como tal. Y siento que de los principales factores de la inestabilidad es que ni tan siquiera están bien diagnosticados para estar con el correcto tratamiento. Otros factores son: una decepción amorosa o laboral, un fallecimiento, cambios drásticos, drogas, interacciones medicamentosas, pero a veces con tratamiento podrían llevar una vida normal, mas, sin embargo, aun así, se les complica la socialización laboral o familiar.</p> <p>Y un paciente sin tratamiento o adherencia al mismo, toda su vida empeoraría, ya que todo le causaría el doble de daño, y hasta la muerte los podría llevar por intento de suicidio, o hacer daño a alguien por un accidente y demás. [SIC]</p>
RF3	<p>Utilizan epival, antidepresivos como fluoxetina. También litio, son los que recuerdo.</p> <p>Pueden estar súper estables con tratamiento, que si algo salió mal los va a desestabilizar o derribar, desde algo sentimental, un fallecimiento, pero todo depende del apoyo que le den, de qué tan positivo esté y de cómo quiera enfrentar la situación.</p> <p>Pues, un paciente con trastorno bipolar que no tenga tratamiento, o que no tenga adherencia, o que tome el tratamiento en exceso, podría traer mil consecuencias, tanto en su alrededor como en su propia vida. Ya que el descontrol los podría llevar a hacer locuras. Conozco historias de personas que se han suicidado con el mismo tratamiento, o que la manía los lleva a cometer imprudencias. O también afectar a otras personas con malas decisiones. [SIC]</p>
RF4	<p>De los tratamientos recuerdo sobre el litio, no recuerdo ningún otro, pero sí estoy seguro de que fácil de tratar no son, ya que no es como una fórmula, siempre hay variantes que ayudan a que el paciente mejore.</p> <p>Y en definitiva factores que podrían afectar al paciente aún con tratamiento sería su alrededor en que se encuentre, el apoyo que le brinde la familia en crisis para que no le permita permanecer ahí, e incluso que estén al tanto de comunicarle a algún profesional para implementar ayuda.</p> <p>Como consecuencias de no tomar el tratamiento, es muy grave, desde hacerse daño a sí mismo o a su alrededor, e incluso la muerte. [SIC]</p>
RF5	<p>Vieras que no, sobre tratamientos casi no, porque siento que eso se trabaja más a nivel de Caja Costarricense del Seguro Social. Y no aquí en la farmacia. Entonces no sé nada al respecto. Y el problema que a veces siento que tienen, es que aun con tratamiento son pacientes que se desestabilizan fácilmente, tanto por factores internos</p>

	como externos. Porque un paciente sin tratamiento puede afectarse a sí mismo o a su alrededor de manera muy preocupante. [SIC]
RF6	Normalmente, cuando se diagnostican e inician a tratar, sé que en ocasiones utilizan zyprexa. Bueno, o marcas similares y sé que, para una bipolaridad o algún trastorno de la bipolaridad, ayuda a tratar de una forma, digamos que síntomas leves o moderados, más o menos inclusive un poco fuertes. Podrían igual aplicarle la zyprexa, pero cuando ya es más arriba de lo moderado, sí, he visto que utilizan sedantes como midazolam dependiendo de las concentraciones, hay varias que pueden ir usando según lo necesite el tipo de paciente. Algunas razones de la inestabilidad aún con tratamiento, puede ser interacciones medicamentosas ya que son tratamientos de mucho cuidado, problemas familiares, sentimentales que lo conllevan a estar mal, el tratamiento adecuado, que a veces es difícil llegar a la mejor opción para el paciente, así como la dosis adecuada ya que es muy variante y se puede modificar. Si el tratamiento es o no el adecuado, interacciones. [SIC]

Fuente: Creación propia, 2024

Con respecto al contenido de la anterior tabla, tres de los entrevistados concuerdan con que los pacientes con trastorno afectivo bipolar no son nada sencillo de tratar, y que los tratamientos son usualmente por la Caja Costarricense del Seguro Social, y no a nivel privado por el gran costo de la mayoría de los tratamientos.

Asimismo, algunos de los entrevistados comentan sobre algunos de los tratamientos que suelen tomar estos pacientes, entre esos están el litio, epival, quetiapina, olanzapina, zyprexa, midazolam, fentanilo y ketamina. Aparte mencionan tres grupos o clasificaciones de medicamentos como los son los anticonvulsivos, antipsicóticos y antidepresivos como fluoxetina.

Y algunos de los factores que podrían afectar la vida del paciente con trastorno afectivo bipolar, o que también podría desestabilizarlos son o sin tratamiento, según los entrevistados 1,2 y 6 serían las emociones fuertes o decepciones de lo que esperaban, como la muerte de algún familiar, una ruptura amorosa, un problema laboral o familiar.

Otros factores mencionados por 3 de los entrevistados, son referentes a los tratamientos, tanto el hecho de que estén con el tratamiento inadecuado para ellos, como una dosis o frecuencia incorrecta. Así como una posible interacción con cualquier otro medicamento o por el consumo de licor o drogas.

Algunos mencionan que estos desencadenantes de factores les afecta tanto la vida a nivel interno como externo, y que no solo los afecta a ellos, sino también a su entorno, al respecto, dos de los entrevistados subrayan la importancia del apoyo del entorno, principalmente de la familia y profesionales.

Por otro lado, entre las consecuencias que podría tener un paciente que esté sin tratamiento o que tenga tratamiento, pero sin adherencia al mismo, se menciona el suicidio como principal problema según los entrevistados. Los entrevistados 2, 3 y 4 concuerdan en que se pueden hacer daño así o alrededor, y entre esos daños a sí mismo, el que dejan de comer, no duermen, cometen imprudencias, cambian de humor, lo que implica que sus familias se vean afectadas.

Además, es importante tener claro que se considera el trastorno afectivo bipolar como uno de los trastornos de estado de ánimo más complejos, con depresión y manía, que ha llegado hoy en día a ser muy prevalente su aparición, es decir sus diagnósticos. Pero los estudios existentes sobre el tratamiento del trastorno son muy pocos, y muy limitados por posibles interrupciones de este o por la corta duración que lo toman, esto, en ocasiones, evita la investigación a profundidad. Como este trastorno se caracteriza por dos episodios principalmente, se ha demostrado que son más efectivos los tratamientos con adherencia y reconocimiento precoz de los síntomas en las manías; mientras que en la depresión los tratamientos que ayudan con estrategias cognitivas o interpersonales mejoran el afrontamiento en episodios de depresión.⁶⁵

El trastorno afectivo bipolar presenta una disfunción en la regulación del estado de ánimo, por lo que presenta síntomas muy variados con picos elevados o decaídos, con diferente duración que puede terminar afectando la vida cotidiana, personal, comportamientos y desarrollo en las actividades. Relacionado con esto, algunos de los entrevistados mencionaron nombres de tratamientos como, litio, epival, zyprexa, midazolam y grupos en general como anticonvulsivos o antipsicóticos, por lo que cabe destacar que, según el estudio realizado en la Universidad de Chile en el Departamento de Terapia Ocupacional y Ciencia de la Ocupación, un correcto diagnóstico y temprano, más una combinación de fármacos con terapia psicológica, influye de manera notoria en estos pacientes.⁶⁵

Entre esos tratamientos que mencionan los entrevistados y algunos estudios, coinciden con el uso de litio, anticonvulsivantes, antipsicóticos, tanto para depresión como para manía e hipomanía. Pero, cabe destacar que no todos los pacientes responden de la misma manera a los mismos tratamientos, por lo que es muy variante y termina siendo una prueba versus error, es decir que el profesional a cargo es quien va modificando las dosis del tratamiento y va evaluando el comportamiento y bienestar del paciente, para así llegar a encontrar el más acertado para cada uno.⁶⁵

Hollon & Ponniah (2010), aseguran que la psicoterapia tiene un efecto más duradero que el mismo medicamento, ya que puede reducir riesgos posteriores, que los medicamentos no, pero adjunta que siempre la mejor opción serán las terapias psicoeducativas, psicosociales combinados con los tratamientos, puesto que es la manera de mantener más estable a los pacientes y reducir así las hospitalizaciones o recaídas que suelen tener estos pacientes con trastorno afectivo bipolar.⁶⁶

Como tratamiento no farmacológico siempre estará una buena alimentación, el ejercicio, estrategias que pongan a trabajar la parte cognitiva, evitar los vicios, una vida ocupada laboral o profesionalmente.⁶⁶

Según Medina *et al.*, este trastorno termina siendo en ocasiones una limitante para que el paciente se pueda desarrollar o tener funcionalidad, ya que afecta su entorno y las relaciones sociales. Y, lamentablemente, según estudios casi el 42 % de las personas que lo padecen, suelen tener un indicador de comorbilidad de abuso de sustancias, principalmente drogas, alcohol, o exceso de medicación en diferentes casos. Asimismo, alrededor de un 70% de las personas que padecen de este trastorno no son bien diagnosticadas, lo que conlleva a que muchos años de sus vidas no estén correctamente tratados y, por ende, con más recurrencia de episodios.⁶⁷

Acerca de esta temática, el estudio realizado por Leclerc *et al.*, es de relevancia al demostrar la gran importancia de la adherencia a los tratamientos en los pacientes con trastorno afectivo bipolar, y la definen como grado en el que un paciente sigue instrucciones médicas o profesionales y toman un acuerdo de seguimiento de pasos y responsabilidad para la búsqueda de su propio bienestar.²⁰

Entre los tratamientos más comunes del trastorno afectivo bipolar están los fármacos estabilizadores del estado de ánimo, anticonvulsivos, antipsicóticos, antidepresivos y ansiolíticos, entre los que destacan, el litio, ácido valproico y carbamazepina. Iniciando con el litio, por el control de niveles séricos, donde las concentraciones séricas más altas están indicadas en el manejo de episodios maníacos y niveles más bajos en fases depresivas, mientras que los valores de mantenimiento óptimos tienen que determinarse individual y generalmente están representados por una concentración baja/intermedia.¹⁹

Los antipsicóticos suelen tener acción más rápida, en los que de tipo atípico funcionan mejor para los síntomas maníacos que para los síntomas depresivos. Sin embargo, se destaca la quetiapina, el cual fue uno de los medicamentos mencionados por los entrevistados también, según la FDA y la asociación Europea del Medicamento, la quetiapina ha sido el primer antipsicótico aprobado para la depresión.¹⁹

Asimismo, varios de los antipsicóticos atípicos son utilizados en episodios depresivos (hipo)maníacos, y han tenido gran eficacia como tratamiento de mantenimiento, demostrado en diferentes pacientes con trastorno afectivo bipolar.¹⁹

El ácido valproico es un estabilizador de estado de ánimo, emociones y demás, que su función es cambiar la fase, sin pasar de extremo a extremo, sino un punto intermedio, donde lo que inhibe de catabolismo de ácido gama-aminobutírico (GABA). Siendo así, efectivo para control de la manía, pero este medicamento suele tener muchos efectos secundarios que no suelen acoplarse a los pacientes fácilmente, como, por ejemplo, las náuseas, vómito, problemas gástricos entre otros.¹⁹

Por otro lado, los antidepresivos se suelen combinar con los estabilizadores de ánimo o antipsicóticos, que funcionan como tratamiento complementario, principalmente en el episodio de depresión mayor, no obstante, puede tener repercusión de crear cicladores rápidos, donde pacientes pueden llegar a tener de cuatro o más episodios en un mismo año, es decir cada tres meses o menos tiempo, y también es característico que se mantengan controlados y, después, una caída más frecuente.¹⁹

Existen más opciones de tratamientos, pero entre los más utilizados o mencionados se encuentran los explicados anteriormente, pero aun así cada paciente es muy variante, y

algo que quizás le ha funcionado, puede ser que necesite modificación de dosis o incluso de tratamiento, para poder estabilizarse, por lo que no hay un medicamento fijo que siempre se aplique, sino que depende de cada caso.¹⁹

Cabe destacar que en Costa Rica no se han realizado estudios previos que demuestren la eficacia como tal de la psicoeducación en conjunto con los tratamientos, pero en otros países sí se han obtenido resultados positivos. Por lo que se ha estudiado, han estado complementado ciertas intervenciones aparte del tratamiento, en la búsqueda de la mejoría del paciente, así como evitar factores que terminen desembocando en suicidio o actividades perjudiciales para la vida del paciente y su entorno.³²

En cuanto al abordaje más efectivo para mejorar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida, los diferentes estudios y los entrevistados, concuerdan un 100% en puntos como enfocarse en el correcto diagnóstico principalmente, para de esta manera asegurarse de que el paciente está con el tratamiento que le corresponde. Ya que, dada la condición de los pacientes, sus episodios tan repentinos, no es muy factible que puedan medicarse solos en ocasiones. Esta opinión la comparten los entrevistados al decir que es mejor que este tipo de pacientes tenga un apoyo familiar y profesional que le permita ser medicado con control y no el solo.¹⁹

4.3 Establecer la brecha entre los modelos teóricos y las prácticas reales de intervención y seguimiento farmacoterapéutico en el trastorno afectivo bipolar para identificación de mejoras implementables

El tercer y último objetivo consiste en establecer la brecha o comparación entre modelos teóricos que están estipulados y las prácticas reales de intervención y seguimiento farmacoterapéutico que implementan los regentes farmacéuticos en las farmacias de comunidad con respecto a pacientes con trastorno afectivo bipolar, de modo de poder encontrar algunas mejoras que se puedan incorporar o recomendar.

El siguiente resultado se tabula en la tabla 21 y consiste en las respuestas de los profesionales farmacéuticos sobre si aplican o no una guía de seguimiento farmacoterapéutico a pacientes con trastorno afectivo bipolar, así como lo que implementan más cercano a un seguimiento que permita el bienestar del paciente y esté al alcance de ellos.

Por último su opinión sobre la importancia de una guía especializada en el trastorno afectivo bipolar y sus familiares.

Tabla 21. Seguimiento farmacoterapéutico para asegurar la adherencia y bienestar de los pacientes con trastorno afectivo bipolar y que implementarían para ayudarlos

Entrevistados	Respuestas
RF1	<p data-bbox="630 516 1398 1041">El seguimiento farmacoterapéutico, sin excusarme quizás por falta de tiempo es que no lo hacemos, pero sí me gustaría implementarlo. Mas, sin embargo, siento que no son pacientes sencillos de tratar, o que accedan a un seguimiento. Pero el estar pendiente y así, si lo hacemos. Por ejemplo, cajitas con imágenes ilustrativas por el nivel académico, tengo la máquina de braille para ayudar al paciente no vidente, y también estaría súper bien asignar un encargado del tratamiento, tanto para retirarlo como para recogerlo, y nosotros podríamos llevar ese control.</p> <p data-bbox="630 1062 1398 1318">Incluso aplicaría el que el paciente venga todos los días a la farmacia y yo misma darle el tratamiento, aquí se lo tendríamos guardado, acomodar en los pastilleros el tratamiento, educar a los familiares, ver si toman algo extra del tratamiento para revisar posibles interacciones.</p> <p data-bbox="630 1339 1398 1650">Y claro que me parece de suma importancia un instrumento corto que se pueda aplicar con este tipo de pacientes, de hecho, el Colegio de Farmacéuticos da uno, pero uno más especializado para paciente bipolar, estaría muy bien. Y una guía para la familia, estaría bien, pero no es algo que se aplica tanto, al menos que sea menor de edad.</p> <p data-bbox="630 1671 708 1703">[SIC]</p>

RF2	<p>No, no aplicamos seguimiento aquí en la farmacia, ya que opino que se necesitaría más de un regente, ya que no se da en 5 minutos, sino que se tarda hasta una hora por paciente, incluso por cita para mantener el orden.</p> <p>Y es que un seguimiento abarca un todo, desde explicar cómo y que debe tomar de medicamento, consultar todo de la vida del paciente, desde qué le causa estrés, qué lo desestabiliza, qué consume natural o de drogas y alcohol, entre mil cosas más. Es ahí cuando digo que no es sencillo, aun dedicándose un regente solo a seguimiento y otro a atender a nivel farmacia con las demás responsabilidades. Porque en definitiva yo siento que terminar con la consulta del paciente y darle una respuesta de una vez, yo siento que no se puede, sino que debo ir a trabajar en la casa sobre el caso, para finalizar que nada interaccione, que recomendar, que es mejor y demás.</p> <p>Lo que yo implementaría para ayudar, aunque no sea seguimiento como tal, es explicar lo que toman y para que lo toman, les explico los cuidados que deben tener, consulto si consumen alguna otra sustancia desde medicamento, droga u alcohol. Y también el etiquetar todo, para evitar confusión, o incluso adaptación de etiquetas con sol o luna, para entendimiento del paciente.</p> <p>Y sí, claro, es más, me encantaría que exista una explicación al respecto por medio de una guía corta y concisa que me permita ayudarlos en lo que pueda y esté a mi alcance para estos pacientes.</p> <p>Explicarle a la familia me parece súper importante porque esto es implementar la seguridad de que alguien más pueda estar pendiente si toma o no el tratamiento. [SIC]</p>
------------	--

<p>RF3</p>	<p>Aplico seguimiento más o menos, más un no, que sí, aunque quisiera hacerlo y no solo con pacientes con trastorno, sino con todos. Pero no es nada sencillo.</p> <p>Si implemento el hecho de mandarle un mensaje a los pacientes recordando que ya deben venir por el tratamiento, para consultarles como están, como se sienten, como les ha ido y demás, pero no como quisiera.</p> <p>Y si claro que me gustaría un tipo de orientación para nosotros, es una buena opción ya que en mi caso conozco un poco el tema, pero me falta mucho por conocer.</p> <p>Para un seguimiento completo, yo agregaría a la familia, desde reuniones con ellos para explicarles sobre el tratamiento, como apoyarlos y demás. [SIC]</p>
<p>RF4</p>	<p>No aplicamos seguimiento farmacoterapéutico en la farmacia, el problema es que fácil no es, y no digo que quiera las cosas fáciles, sino que sabemos que en la farmacia pasamos full y que solo hay un regente, por ende, siento que tenemos muchísimas responsabilidades, y que para dar un seguimiento como se debe se terminan quizás descuidando las otras responsabilidades, por ende, siento que sería necesario dos regentes, pero que una farmacia acepte eso, “ich”, está muy complicado.</p> <p>Y tal vez lo que yo implemento, es como indagar si el paciente entiende bien las indicaciones, sino volverlas a explicar, incluso con dibujos, colores y demás. O los famosos pastilleros, ya que muchas veces el mismo tratamiento que les vendo, se los acomodo y les digo que pasen más tarde para dejarlo listo. También indicaciones no farmacoterapéuticas que les ayude, como dormir bien, hidratarse, hacer ejercicio, que velen por la salud mental.</p>

	<p>Y, en definitiva, sí, una guía para orientarnos sería perfecto, como le decía antes Kim, muchos pecamos de ignorantes, y cualquier guía o nuevo conocimiento será bien recibido.</p> <p>Tratar con la familia me parece primordial, ya que siempre he pensado que no todo tipo de paciente puede darle uno el seguimiento directamente, sino que es necesario a veces tratar con los familiares, ya que por ejemplo en estos casos si el paciente estuviera en una crisis y deja el tratamiento quizás si uno le pregunta solo le mentiría o incluso podría utilizar el tratamiento para hacerse daño. [SIC]</p>
<p>RF5</p>	<p>El seguimiento farmacéutico es algo que, bajo ley, es nuestra obligación y no lo hacemos, pero por cuestión de tiempo no se puede, o se trabaja como regente en la farmacia o se hace seguimiento completamente aparte, para dar la atención que se desea.</p> <p>Lo que implementamos es muchísimas veces tener que jugar de psicólogos y escuchar un poco a los pacientes, o adecuar un tratamiento por encima que uno sabe que en definitiva no lo puede tomar de X manera, o incluso hacer etiquetas especiales con dibujos, donde por el nivel académico se le dificulta el entendimiento y lo hace todo lo posible de que sea claro para el paciente. También he llamado a un par que sé que la están pasando muy mal, y sé que toman tratamiento crónico y a esos dos por ser de los de confianza me ha dado permiso de brindarle el tratamiento con una nota de crédito digamos, donde puedan ir abonando con tal de que no se queden sin tomarlo. Porque un paciente sin tratamiento, puede afectarse así mismo o a su alrededor de manera muy preocupante.</p>

	<p>Y claro que me parecería una excelente idea una guía, que sería de excelente ayuda, que nunca en la vida estará de más saber cosas nuevas, y siempre estar prevenidos por en caso de que llegue un paciente con trastorno afectivo bipolar.</p> <p>Ojalá existiera una guía que se pueda usar para todos los pacientes, o una para cada tipo, al menos los más recurrentes. Sé que existe una guía que debemos aplicar, pero es muy general. Y claro, en definitiva, la familia es de gran importancia que esté enterada de todo, que en caso de una crisis sea ella quien esté ahí para informármelo y sepa que hacer. [SIC]</p>
<p>RF6</p>	<p>Para que le voy a mentir, si la verdad es que no, hay que ser conscientes de que por más que se quiera aplicar un seguimiento farmacoterapéutico, es algo que no se hace como profesionales de la salud, aunque deberíamos, pero el tiempo que hay que dedicarle es bastante.</p> <p>Y lo que yo aplico más cercano a seguimiento, es como ordenar los medicamentos en personas polimedicadas, nos siempre, pero si en ciertas ocasiones, explicar cómo tomar el tratamiento, qué cuidados deben tener con algunos medicamentos. Pastilleros, ilustraciones, aclaración de dudas.</p> <p>A los farmacéuticos les haría súper bien una guía, y creo que siempre cualquier aporte extra será de gran ayuda y de gran importancia, y sin generalizar, pero yo no creo que un farmacéutico en una farmacia de comunidad sepa cómo guiar o cómo resolver un problema en el día a día cuando te pueda llegar un paciente como estos. Como te decía, bueno yo no conozco o sé de alguien que aplique o conozca de una</p>

	<p>guía, pero sería importante que nos informemos en esa parte por ahí.</p> <p>Para la familia sería genial darles una guía, ya que siempre he pensado que el alrededor del paciente es primordial para la estabilidad del paciente. Para que después sean comprensibles, empáticos para poder atender ese tipo de pacientes y de qué manera se le pueden dar los medicamentos o cómo se le puede tratar o cómo se puede resolver en algún momento en una crisis que fuera en el momento. Pero si es así, me parece que es importante que la guía vaya dirigida tanto para el farmacéutico cómo para la familia y para el paciente. [SIC]</p>
--	---

Fuente: Creación propia, 2024

Con respecto a la tabla 21, los entrevistados responden que no aplican seguimiento farmacoterapéutico en la farmacia de comunidad que trabajan, donde los motivos principales fueron: la falta de tiempo, la necesidad de dos regentes en vez de uno para poder cubrir las necesidades y responsabilidades y aplicar el seguimiento.

Asimismo, los seis entrevistados dijeron que no realizan seguimiento farmacoterapéutico como tal, pero sí implementar técnicas o servicio al paciente similares, como ofrecerles el acomodo del tratamiento en pastilleros, etiquetar cada medicamento con las indicaciones correspondientes, etiquetarlas adecuadas en braille o ilustrativas, el servicio de la toma de presión arterial con tarjeta en donde se anotan todas las presiones del paciente y se controla. Incluso uno de los entrevistados comentó que ofrece a clientes frecuentes un tipo de nota de crédito para que el paciente mantenga el tratamiento y no lo deje de tomar, y así facilitar el pago del mismo y que la parte económica no sea pretexto.

Por otro lado, dos entrevistados mencionaron que tomaron en un par de ocasiones a pacientes polimedicados e investigar los tratamientos, indicaciones, dosis, frecuencia e interacciones, para su correcto acomodo, pero que, aunque les encantaría poder ofrecer ese servicio a los pacientes, pero no es posible por falta de tiempo, ya que es un trabajo muy arduo.

Además, el 100% de los entrevistados ven excelente la idea de una guía especializada para los pacientes con trastorno afectivo bipolar, ya que muchos afirman el no conocer ni tratamientos, ni síntomas, ni comportamientos de este tipo de pacientes, y que, por ende, algún tipo de guía permitiría al profesional entender mejor cómo ayudarlos, aunque no brinden el servicio completo, pero al menos comprenderlos. Tres de los entrevistados adjuntan que ojalá existieran guías especializadas para estos pacientes y patologías tan específicas, menos comunes en una farmacia.

Ahora bien, se consulta sobre el uso de guías para el abordaje adecuado de la familia de los pacientes con el trastorno afectivo bipolar, la totalidad de los profesionales consultados mencionan que ninguno ha utilizado alguna vez una guía ni modelo para ellos, pero concuerdan en que sería de gran importancia poder contar con una herramienta de este tipo, de manera que sea posible tener a la mano sugerencias de correctos abordajes, qué esperar del trastorno como tal, esto teniendo en consideración que muchas veces el primer punto de contacto y consulta para un paciente es la farmacia y después el centro de salud.

Por eso es importante aclarar que las guías de práctica clínica son una herramienta útil para orientar a los profesionales de la salud respecto al manejo clínico de sus pacientes, ya que esto favorece y optimiza los resultados clínicos, el uso racional de los recursos y disminuir la inestabilidad clínica que pueden presentar. Como recomendación general, se debe pasar de guías basadas en opinión de expertos a guías basadas en la evidencia científica y que prometan mejores opciones de diagnóstico y tratamiento para los pacientes según su necesidad, es decir, según el padecimiento, trastorno o patología que presente.⁶⁸

Por eso es necesario entender que toda información que se brinda debe personalizarse para cada paciente, ya que, aunque tengan el mismo padecimiento, las circunstancias de su entorno, episodios, alimentación y demás, varían demasiado de un paciente a otro. La información que se le brinde puede ser de manera escrita o verbal, pero muy clara y entendible para el paciente o familiares con tal de que la información sea recibida correctamente y cumpla el fin deseado. Para este caso, como se ha dicho en anteriores ocasiones, este trastorno es usualmente diagnosticado en su mayoría de veces en adolescentes-adultos, pero si en alguno de los casos el nivel académico del paciente no es apto de entender o leer alguna indicación, es importante realizar métodos audiovisuales

como, por ejemplo, guías con ilustraciones, donde para el personal de la salud sea más fácil explicarle al paciente paso a paso con el uso de las imágenes, en este caso, lo fundamental es que el paciente tenga claro cómo tomar el tratamiento y no se confunda con la dosis, frecuencia u horario en que le corresponda.⁶⁹

En el tiempo, estudios e investigaciones han demostrado que los pacientes polimedcados, tras una intervención farmacéutica real, mejoran la adherencia terapéutica, y una disminución seguida de recaídas, interacciones, o resultados negativos asociados a los medicamentos. Por lo que aún, con mayor razón, se tienen muchos aspectos positivos de la atención farmacéutica especializada o seguimiento al paciente.⁶⁹

En el seguimiento farmacoterapéutico, la adherencia es valorada en diferentes etapas, siendo la detección e identificación el primer paso, seguido está la evaluación y clasificación de la adherencia, después la indagación de barreras detectadas, luego la propuesta de estrategias específicas, la alianza terapéutica farmacéutico-paciente y por último seguimiento y evaluación continua. Seguidamente se va a explicar brevemente cada uno de los pasos mencionados anteriormente.⁷⁰

Pasos de la intervención farmacéutica sobre adherencia terapéutica:

Paso 1. Detección e identificación: consiste en detectar situaciones susceptibles, delicadas o de alarma que puedan estar perjudicando la adherencia del paciente al tratamiento o uso incorrecto del tratamiento.

Paso 2. Evaluación y clasificación de la adherencia: determina el nivel de adherencia terapéutica del paciente, puede ser mediante preguntas, conversación con los familiares, entrevistas, entre otros.

Paso 3. Indagación de barreras detectadas: Existen dos tipos, el primero consiste en la barrera de recurso o habilidad que depende más de la circunstancia en la que esté el paciente. Y el segundo depende más de una barrera de creencia o motivación del paciente, que en diferentes ocasiones puede perjudicar aún más al paciente.

Paso 4. Propuesta de estrategias específicas: Este paso consiste en que el profesional encargado evalúe y elija las estrategias más convenientes para mejorar o alcanzar la

adherencia del paciente al tratamiento. Cabe destacar que cada estrategia se basa específicamente en el paciente, personalizada y no generalizada.

Paso 5. Alianza terapéutica farmacéutico-paciente: Consiste en crear un tipo de acuerdo u alianza entre el farmacéutico y el paciente, de manera que el paciente esté de acuerdo con la propuesta del profesional, y le parezca, para que de esta manera sea más sencillo la aplicación de esta. De este modo evitar que si no está de acuerdo entonces al final no aplique ninguna.

Paso 6. Seguimiento y evaluación continua: el último paso consiste en, una vez dadas las estrategias al paciente, estar pendiente en cumplir con el acuerdo, de ser útil y si no, hacer las modificaciones que permitan la mejoría. Pero este abarca aún más tiempo por estar en un constante contacto con el paciente, una serie de preguntas y demás que lleven al profesional a saber cómo le está yendo al paciente.⁷⁰

Según Pagés y Valverde, afirman que hay una relación muy estrecha entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida, tanto del paciente como de la familia o su entorno, ya que al no adherirse al tratamiento los pacientes presentan un aumento de episodios y posibles acciones que se perjudiquen a sí mismos, como un accidente, problemas laborales, pensamientos negativos o suicidas, entre otros. Por tanto, es evidente que la relación entre adherencia y calidad de vida sea proporcional, a mayor adherencia mejor calidad de vida y viceversa.⁷¹

Además, un factor que juega un rol fundamental es el del profesional farmacéutico, ya que este es responsable de despachar el medicamento, así como explicar el correcto uso, comunicarse con el médico encargado en caso de alguna situación especial con el paciente, o alguna indicación que no esté clara de la receta, por lo que si el profesional no sigue cada paso según el despacho del medicamento y no se asegura de que el paciente esté claro en todo lo que implica tomarse correctamente el tratamiento, no habrá mejoría.⁷¹

Es por ello que, tomando en cuenta los resultados, la teoría de algunos conceptos importantes y demás, es necesario establecer la brecha entre los modelos teóricos y las prácticas reales de intervención y seguimiento farmacoterapéutico en el trastorno afectivo bipolar para poder implementar mejorías.

Primeramente, cabe destacar que en Costa Rica diferentes estudios demuestran que el manual, guía o estadístico más utilizado para diagnosticar a los pacientes con trastorno afectivo bipolar, es el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, en donde este manual no solo contiene la información del trastorno afectivo bipolar, sino que también abarca más trastorno mentales como el neurodesarrollo, espectro de esquizofrenia, psicóticos, depresivos, de ansiedad, obsesivo-compulsivo, relacionados con traumas o estrés, los disociativos, los de síntoma somáticos, los de conducta alimentaria o de ingesta de alimentos, de excreción, de sueño de vigilia, disfunciones sexuales, disforia de género, los trastornos disruptivos, impulsos, conducta, relacionados a sustancias o adictivos, de neurocognitivos, de personalidad, parafílicos, entre otros trastorno mentales.⁷²

Algunos de los entrevistados mencionan no saber nada respecto al diagnóstico de los pacientes, pero un diagnóstico así abarca tiempo y no es sencillo, los profesionales que suelen encargarse de este tipo de diagnóstico abarcan tiempo y no es nada sencillo, los profesionales que suelen encargarse del diagnóstico son los psicólogos o psiquiatras. Pero los profesionales de la salud tienen la responsabilidad bajo la ley general de la salud en el artículo 9, donde se menciona que:

Todas las personas tienen derecho promover la salud física y mental, la prevención, la recuperación, la rehabilitación y el acceso a los servicios en los niveles de atención y escenarios, y a la disponibilidad de tratamientos y medicamentos de probada calidad. La atención se realizará, principalmente, en el ámbito comunitario; para ello, se utilizarán los recursos asistenciales a nivel ambulatorio, los sistemas de hospitalización parcial y la atención a domicilio, y se considerarán de modo especial aquellos problemas de las personas menores de edad, las personas con discapacidad, los adultos mayores y las personas con depresión, suicidio, esquizofrenia, adicciones a las drogas y el alcohol, el matonismo escolar, el acoso laboral y el apoyo necesario al grupo familiar. El internamiento se utilizará solo en casos totalmente necesarios.⁴⁰

Con respecto al anterior artículo se puede notar que al final de cuentas el farmacéutico es uno de los profesionales de la salud que más son visitados por los pacientes, quizás por la

facilidad de acceso, por lo que es necesario que este profesional pueda ayudar al paciente al menos a guiarlo a otro profesional, pero para ellos debe tener idea de lo que le habla el paciente, aunque no sea su especialidad, ya que como derecho del paciente con trastorno afectivo bipolar o cualquier otro padecer, tiene prioridad de atención en todo momento, por su derecho a la salud física y mental.

Pero en este caso, el 100% de los entrevistados dicen no saber nada al respecto de guías o modelos a aplicar, solo dos de ellos mencionan que han escuchado el método Dáder, no obstante, desconocen en qué consiste o qué contenido tiene este método.

Otro aspecto que mencionan dos de los entrevistados, es que desde niños se deberían de diagnosticar, y no esperar a que los episodios avancen o empeoren para que termine pasando situaciones no deseadas en su vida o su alrededor. Por otro lado, uno de los entrevistados también indica que es más común que se sean diagnosticados cuando sean mayores de edad o adultos.

Según el manual de diagnóstico y estadística de trastornos mentales, tanto el trastorno afectivo bipolar I, II y ciclotímico normalmente comienzan en la adolescencia o en la edad adulta temprana, ya que habría que tomar demasiadas consideraciones para poder diagnosticar un niño, puesto que, es difícil definir con precisión lo que es normal y lo que se puede esperar a ciertas edades; resulta confuso definir una crisis de rebeldía con algún episodio maniaco, o un problema que les afecte con un episodio depresivo, y aún más difícil saber cuándo está presentando ambos. Por tanto, lo más común es en adultos, donde tenga un poco más de normalidad, o regularidad en el estado de ánimo y así sí poder identificar lo irregular.⁷²

El Manual mencionado es una de las mejores opciones para diagnosticar a este tipo de paciente, pero tras larga lectura, se encuentra un gran vacío con respecto a la parte de tratamiento, ya que no incluye tipos u opciones de tratamientos en cada episodio. Por lo que, según investigaciones, en realidad en Costa Rica no se tiene una guía que se base solo en tratamientos para estos pacientes, por lo que se investigó de algunas opciones a nivel internacional y se encontró *Helpguide*, la cual tiene su origen en Estados Unidos e incluye gran variedad de trastornos mentales, o problemas como ansiedad, estrés y adicción.⁷³

Esta guía contiene en cada uno de los apartados, según el padecimiento, información general del trastorno, síntomas, tratamiento, diagnóstico, tipos, como diferenciar este trastorno de otros, causas y desencadenantes, entre otros detalles de gran importancia sobre el trastorno afectivo bipolar que no se tiene en nuestro país. Por lo que sería de gran ayuda y aporte a Costa Rica, una guía que tenga la facilidad de encontrar todo en un solo documento, que a su vez facilite el seguimiento del paciente con el tratamiento recomendado según sea el caso de cada uno.⁷³

Asimismo, un modelo de intervención con respecto al tratamiento se encuentra en CANMAT (Directrices de la Red Canadiense de Tratamientos para el Ánimo y la Ansiedad y ISBD (Sociedad Internacional de Trastornos Bipolares), para pacientes con trastorno afectivo bipolar, estipula directrices sobre el manejo de la bipolaridad, de manera muy completa, ya que reúne muchas investigaciones de años al respecto. A pesar de que se basa mayormente en tratamiento también abarca diagnóstico, epidemiología, manejo de enfermedades crónicas, monitoreo en riesgo de suicidio y recomendaciones clínicas basadas en la evidencia.⁷⁴

Este es un modelo bastante utilizado por algunos profesionales, a nivel de Costa Rica y otros países, que se encuentra vigente para quien lo necesite y que, a su vez, es bastante completo a seguir en el caso de pacientes con trastorno afectivo bipolar. Sin embargo, por desconocimiento de los profesionales entrevistados, se ve la necesidad de que conozcan más sobre este tipo de modelos de intervención, que les permita ayudar a mejorar la vida de estos pacientes.⁷⁴

Cabe destacar que en *el Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, se señala la recurrencia e incremento de este trastorno en niños. Y se menciona el hecho de que, si un adulto es diagnosticado con trastorno afectivo bipolar, tiene un 27 % de riesgo o posibilidad de que el infante o hijo, pase por episodios maníacos, o si ambos padres tienen el trastorno, el porcentaje de posibilidad aumenta al doble, es decir de 50 hasta un 75 %. Lo que indica que en recurrentes ocasiones que ya los padres o uno de los dos fue diagnosticado con trastorno afectivo bipolar, se puede adelantar a investigar más a fondo a los hijos para tratarlo en caso de ser necesario y de esta manera evitar la recurrencia de episodios.³³

En la Universidad de Costa Rica, López realiza una investigación titulada “Diseñar una guía para el tratamiento del trastorno afectivo bipolar en niños y niñas de seis a doce años de edad”. En un apartado de su investigación se enfoca en que, si ha sido un trastorno relativamente estudiado en muchas investigaciones, no se incluyó en el manual Diagnóstico y Estadístico de trastornos mentales, específicamente para niños, sino solo para adolescentes a adultos, y explica que su forma de diagnóstico no es distinta al DSM-5 para un niño, sino que los excluye en un apartado del manual diciendo que niños no son diagnosticados. Por ende, deja la duda si se puede o no utilizar el mismo en caso de un niño, muestra la importancia de una población que se encuentra de lado y excluida en varias ocasiones con respecto a este trastorno afectivo bipolar.³³

Por otro lado, en el artículo 33, en el capítulo VI de los deberes de los profesionales farmacéuticos, en sus funciones, se encuentra el hecho de que deben de “atender las consultas que se le hagan sobre el uso adecuado de los medicamentos que le han sido recetados al paciente”. Con todo, según la entrevista aplicada, la mayoría de los profesionales respondieron no saber prácticamente nada de los tratamientos que utilizan estos pacientes con trastorno, por lo que de acuerdo a la Ley se incumpliría completamente este artículo ya que ellos no manejan esta información para poder ayudar al paciente con lo que necesita, e incluso no poder indicarle la mejor opción para los casos pertinentes según correspondan.⁴⁰

Asimismo, el Colegio de Farmacéuticos en el artículo 9 y 59, expone que los profesionales farmacéuticos según el principio de beneficencia deben de procurar bajo toda instancia el bienestar del paciente, por lo que debe de comprometerse con brindar una atención siempre orientada a la seguridad y calidad. A su vez, incluir alternativas, beneficios, efectos secundarios, riesgos y demás sobre los medicamentos que incluya entre pacientes en su vida cotidiana. Esta información deberá de ser objetiva, razonable, comprensible por el paciente, que permita tener un lenguaje claro, y sencillo con el único fin del bienestar. A pesar de esto, los entrevistados dieron como respuesta a la entrevista que no realizaban seguimiento o atención farmacéutica elaborada a los pacientes por motivos de tiempo y responsabilidades a cargo.⁷⁵

Pero, en definitiva, es una obligación que le corresponde cumplir, y que va más allá de dar una indicación, realizar una etiqueta y demás. Por lo que es necesario que el Colegio

de Farmacéuticos tome este tema de gran importancia y logre fiscalizar, investigar y visitar las farmacias de comunidad para verificar o indicar que se debe de cumplir lo estipulado en cada uno de estos artículos mencionados.⁷⁵

Por ejemplo, en España está estipulado de manera quizás más clara o directa al profesional farmacéutico en el consenso, que el seguimiento farmacoterapéutico es necesario y este servicio debe de ser proporcionado para el beneficio directo del paciente y, por lo tanto, el farmacéutico es responsable directo de la calidad de la asistencia. Lo que indica que el responsable del seguimiento de un paciente con respecto a los medicamentos que toma, interacciones, y todo lo que implica, es el Regente el encargado de velar por este bienestar. El vacío que mostraron los profesionales entrevistados al solo exponer la idea de que para ello se necesitan dos regentes farmacéuticos y que por esa razón el 100% de los entrevistados no lo realizan, indica que es un área que se encuentra de lado o descuidada a nivel de la salud.⁷⁶

Cabe destacar que hay una gran diferencia entre dar seguimiento farmacoterapéutico e invadir competencias de otros miembros de la salud, porque el seguimiento no tiene como finalidad hacer sentir menos a ningún otro profesional de la salud, sino más bien realizar un trabajo en equipo que permita que ambos se pongan de acuerdo y de esta manera el paciente encuentre mejoría y bienestar. Por esta razón, el regente farmacéutico, en caso de detectar algún error en dosis, frecuencia, duración e incluso el mismo medicamento, debe de consultar con el médico que lo recetó para realizar un posible cambio.⁷⁶

Además, es de suma importancia que el farmacéutico desarrolle nuevas habilidades que le permitan mejorar y tener una buena comunicación con el paciente y otros profesionales, para que siempre se pueda dar el mensaje de la mejor manera y el receptor pueda recibirlo de manera clara y concisa sin malinterpretación o confusiones. Y siempre es necesario tener claro que el paciente tiene su autonomía de decisión, por lo que se le debe de respetar lo que el paciente desee, y por más que se le aconseje no se puede obligar al paciente a que cambie de opinión o pensamientos.⁷⁶

De igual manera, el Colegio de Farmacéuticos menciona que en los últimos años se ha experimentado la ampliación de nuevas competencias de las tradicionales en la atención farmacéutica, donde demanda un mayor vínculo con el paciente, desde la recomendación, indicación y seguimiento farmacoterapéutico.⁴⁰

CAPÍTULO V- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- En cuanto al trastorno afectivo bipolar, a partir de la revisión bibliográfica y el análisis de resultados, es posible concluir que afecta principalmente en la adolescencia y adultos, donde se ubica un pequeño porcentaje de la población diagnosticada. Además, de ser un trastorno más común hoy, aun así, no existe un gran conocimiento del tema.
- Se determina que el conocimiento general de los entrevistados sobre en qué consiste, clasificación, tratamientos y demás del trastorno afectivo bipolar es mínimo, ya que muchos desconocen qué es, cómo se trata y qué tipos existen. Es decir, que hay un vacío de entendimiento al respecto, que podría afectar a los pacientes que necesiten de ayuda profesional farmacéutica.
- El total de los entrevistados concuerdan que un paciente con trastorno afectivo bipolar que tenga tratamiento y lo utilice correctamente, unido también a los factores de su entorno, podría perjudicarlos, como los problemas familiares, sentimentales o laborales, así como un fallecimiento cercano, el consumo de drogas o alcohol, interacciones medicamentosas, entre otros. Por lo que se determina que estos pacientes necesitan bastante atención, tener una red de apoyo grande para estas situaciones y cualquier otra que los pueda afectar.
- Según la investigación y las respuestas de la entrevista aplicada, se coincide con que la adherencia al tratamiento de estos pacientes es primordial para el bienestar de estos, no obstante, si no la aplican, pueden tener grandes consecuencias, ya que depende del episodio por el que esté pasando que podría llevarlos a dejar de comer, dormir, tener pensamientos suicidas, tomar decisiones que los afecte o afecte su alrededor, entre otras.
- Además, a partir de los artículos estudiados, es posible concluir que el trastorno afectivo bipolar no posee una cura, sus tratamientos se enfocan principalmente en aminorar los síntomas y episodios recurrentes, sin embargo, como consecuencia de que es un tratamiento de por vida y que para la estabilidad del paciente se debe de tener una correcta adherencia al mismo, es difícil que el paciente lo cumpla.

- Al analizar los diferentes artículos ya citados y las respuestas de las entrevistas realizadas a los regentes farmacéuticos del cantón de San Ramón, es posible afirmar que hay una relación directa entre la calidad de vida de los pacientes y la adherencia al tratamiento, ya que, a medida que no utilice el tratamiento como es debido, los episodios empeoran y con ello mayor dificultad de realizar sus vidas con normalidad o de perjudicar a su alrededor.
- A pesar de que el 100% de los profesionales farmacéuticos que fueron entrevistados, concuerdan con la importancia de la atención farmacéutica y aplicación de modelos de intervención a pacientes con trastorno afectivo bipolar, es un servicio que no se brinda en el cantón de San Ramón. Siendo este un factor que puede colaborar a mejorar la adherencia al tratamiento y, por ende, la calidad de vida de las personas pacientes y familiares o alrededor del mismo.
- Es de suma importancia la comunicación cercana entre los profesionales de la salud como farmacéutico, médico y cualquier otro que sea necesario, con el paciente, para considerar un cambio de formulación, estrategias en la simplificación del tratamiento, o cambios en la frecuencia o dosis del tratamiento, con el fin de observar menores efectos adversos; además de intervenciones con la familia del paciente, para incluirlo como base primordial de que comprenda al paciente y le ayude en caso de ser necesario con cualquier episodio o adherencia al tratamiento.
- Según los artículos y resultados, se observa la importancia de la intervención farmacéutica, mediante un correcto seguimiento al paciente, principalmente para destacar problemas relacionados con medicamentos, donde si se aplicara podría disminuir hasta un 60.1% estos problemas y mejorar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de sus familiares.
- La responsabilidad del farmacéutico de aclarar al paciente cómo aplicar su tratamiento debe ser personal y enfocado a sus deficiencias o necesidades, dada su naturaleza, es importante incluir ilustraciones o métodos audiovisuales que permitan entenderse fácilmente para mejorar su adherencia.

- A pesar de que el Colegio de Farmacéuticos ofrece una guía generalizada a los profesionales de la salud, es necesario las guías de recomendaciones farmacéuticas más específicas de ciertas enfermedades, ya que no todos los pacientes necesitan lo mismo, y esta variación o adecuación del padecer de cada uno, podría implementar mejoría significativa en la vida del paciente.
- Por otro lado, el 100% de los entrevistados desconocen los modelos de intervención farmacoterapéutica a seguir para los pacientes con trastorno afectivo bipolar, y solo dos entrevistados mencionan el método Dáder, pero sin saber en qué consiste. Esto denota que existe un gran vacío en los profesionales farmacéuticos por falta de saber al respecto, para poder implementar más apoyo a estos pacientes.
- En el Colegio de Farmacéuticos se estipula que los profesionales farmacéuticos brinden seguimiento farmacéutico a los pacientes. A pesar de esto, todos los entrevistados mencionaron no hacerlo por falta de tiempo o exceso de responsabilidades, que podrían descuidarlas si realizan seguimiento completo a los pacientes.

5.2 Recomendaciones

- Creación de una guía más específica para el paciente con trastorno afectivo bipolar, dirigida a profesionales de la salud, que contenga al menos puntos específicos como la información general de la enfermedad, síntomas, etapas y escenarios, medicamentos y sus posibles efectos adversos, recomendaciones y recursos web o contactos, de manera que sean un apoyo para brindar un óptimo abordaje y mejoría del paciente.
- El ejercicio de la atención farmacéutica debe aplicarse de forma integral, ya que es un proceso evolutivo que parte de la práctica profesional tradicional y que, a pesar de que este proceso requiere una adaptación del farmacéutico y de su entorno, es necesario, con el fin de que haya una mejoría significativa hacia la satisfacción de las necesidades del paciente en relación con los medicamentos que utiliza.

- El Colegio de Farmacéuticos debe inspeccionar cada cierto tiempo la aplicación de seguimiento farmacéutico visitando periódicamente cada farmacia de comunidad, para verificar que se cumpla lo estipulado.
- Los pacientes con trastorno afectivo bipolar deben tener al menos una persona a cargo y comprometida con el compromiso de que mantenga el tratamiento recomendado por el profesional de la salud, con su debida frecuencia y dosificación día con día, por su bienestar y **el de su alrededor**, para que de esta manera pueda llevar una vida con mayor normalidad ya que, al no hacerlo, se enfrentará con recurrencia de episodios.
- Se sugiere a los familiares, amigos, conocidos o cercanos de los pacientes con trastorno afectivo bipolar, que se comprometan a cuidar o evitar que el paciente recurra al consumo de drogas, alcohol, o medicamentos, sin autorización, que puedan interaccionar con el tratamiento que les corresponde, ya que esto los lleva a quedar expuestos a recaídas no deseadas asociadas a la implementación de una dieta saludable en sus vidas, que se ejerciten físicamente y mentalmente mediante diferentes ejercicios, así como que descansen las horas necesarias y eviten exponerse a situaciones que les pueda afectar y llevar a una crisis. Es decir, el aporte de un ambiente tranquilo y alejado de lo que los puede perjudicar.
- Se insta a los pacientes y su alrededor más cercano, sea su familia, amigos o conocidos, a tener una muy buena comunicación, más cercana y llevadera, que les permita saber cómo se encuentra el paciente y si está o no tomando el tratamiento que le corresponde, con el fin de que el paciente no se exponga o descuide su compromiso con la toma diaria del mismo.
- Además, también se ve la necesidad de que, entre profesionales de la salud, siendo el farmacéutico, médico, psicólogo o psiquiatra parte fundamental de la vida del paciente con trastorno afectivo bipolar, exista una buena comunicación sobre el estado del paciente, y posibles mejorías que puedan implementar en equipo profesional. Y que estén abiertos a la posibilidad de que alguno sugiera un cambio, sea de medicamento, de dosis, frecuencia, o incluso de agregar algún tipo de terapia, que le permita al paciente mejorar.

- Las farmacias independientes del cantón de San Ramón deben implementar el servicio de atención farmacéutica, con el objetivo de brindar apoyo y seguimiento a los diversos pacientes que acuden a ellas, y como consecuencia mejorar la adherencia terapéutica.
- Enfocar e implementar a las familias de los pacientes con trastornos afectivo bipolar la atención farmacéutica, ya que ellos son el principal factor que comparte directamente con el paciente y podrían influir positivamente en la adherencia del tratamiento.
- El ideal debería ser un horario de seguimiento farmacoterapéutico, para acomodar el tiempo en la farmacia de comunidad sin descuidar las otras responsabilidades del regente farmacéutico.
- El uso de guías de atención farmacéutica o modelos de intervención, para el profesional farmacéutico y para los pacientes, debe implementarse para que se pueda mejorar el abordaje y mejorar la capacidad de adherencia que pueda tener este. Entre ellas se encuentran la implementación o entendimiento del DSM-5, CANMAT y ISBD.
- Adecuar la atención farmacéutica a los pacientes, según la necesidad de cada uno, desde utilizar lenguaje sencillo, poco técnico, con ilustraciones o apoyo audiovisual, a elaborar guías dirigidas a pacientes, para facilitar su comprensión y apego a la misma. De esta manera evitar confusiones que expongan al paciente.

CAPÍTULO VI- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referencias bibliográficas

1. MedlinePlus en español. Biblioteca Nacional de Medicina [Internet]. Trastornos mentales. EEUU: National Library of Medicine; 2024 [Consultado el 7 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/mentaldisorders.html>
2. MedlinePlus en español. Biblioteca Nacional de Medicina [Internet]. Salud mental. EE UU: National Library of Medicine; 2024 [Consultado el 7 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/mentalhealth.html>
3. Alfaro A & Montero A. Ministerio de Salud Costa Rica. Boletín Epidemiológico N.º 11 de 2023. [Internet]. [citado 7 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/material-informativo/material-publicado/boletines/boletines-vigilancia-vs-enfermedades-de-transmision-vectorial/boletines-epidemiologicos-2023/6321-boletin-epidemiologico-n-11-1/file>
4. Vinuesa M. [Internet] [Consultado el 7 de mayo de 2024]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Scielo. 2012. Disponible en: [file:///C:/Users/kimbe/Downloads/Tratamiento%20farmacologico%20de%20los%20trastornos%20mentales%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/kimbe/Downloads/Tratamiento%20farmacologico%20de%20los%20trastornos%20mentales%20(1).pdf)
5. Tevafarmacia. [Internet]. Nuevos roles de los farmacéuticos en la atención de salud mental comunitaria. España: Teva; 2015 [Consultado el 7 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.tevafarmacia.es/herramientas/noticias/nuevos-roles-de-los-farmacuticos-en-la-atencion-de-salud-mental-comunitaria>
6. Nájera M, Aranda A, Calle J, Gomis R, Iranzo M, León J *et al.* Análisis de los problemas, relacionados con medicamentos, detectados en un hospital general. [Internet]. Rev Calidad Asistencial. 2007;22(2):61-6. Disponible: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-analisis-los-problemas-relacionados-con-13100683>
7. Porto J. Reacciones adversas a medicamentos. Generalidades. Criterios de derivación. [Internet]. [Consultado el 7 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/20_ra_medicamentos_generalidades.pdf
8. Koppmann A. Sobre el diagnóstico de bipolaridad. [Internet]. Revista Médica Clínica Las Condes. [Consultado el 7 de mayo de 2024]. [REV. MED. CLIN. CONDES-2012; 23(5) 543-551. Disponible: <file:///C:/Users/kimbe/Downloads/S0716864012703486.pdf>
9. Duque J. Historia del Trastorno Afectivo Bipolar (TAB): Desde la Antigua Grecia Hasta Nuestros Días. [Internet]. [Consultado el 10 de mayo de 2024] 2021. Disponible: https://www.researchgate.net/publication/349953169_Historia_del_Trastorno_Afectivo_Bipolar_TAB_Desde_la_Antigua_Grecia_Hasta_Nuestros_Dias

10. Pichot P. El nacimiento del trastorno bipolar. [Internet]. Cambridge Core: European Psychiatry (Ed. Española). [Consultado el 7 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry-ed-espanola/article/abs/el-nacimiento-del-trastorno-bipolar/9E118B14CE43155C85FEB0FDF8CE81A6>
11. Tarragón E & Miquel M. El Trastorno Bipolar: ¿Un trastorno de la regulación circadiana? [Internet]. [Consultado el 7 de mayo de 2024]. Disponible en: [https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2011/4/tarragon/Tarrag%C3%B3n-2\(4\)031011-2011.pdf](https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2011/4/tarragon/Tarrag%C3%B3n-2(4)031011-2011.pdf)
12. Merizalde M. Validez y precisión de la percepción análoga del ánimo. Metanálisis de la evidencia y estudio de seguimiento a pacientes con trastorno bipolar en una unidad especializada. [Internet]. Valencia; 2022. [Consultado el 7 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://roderic.uv.es/items/a9818314-6e32-4a6a-9f65-339558050e75>
13. Rosales J. Comparación del funcionamiento laboral y social de acuerdo con temperamentos afectivos en pacientes con trastorno depresivo mayor y trastorno bipolar I. [Internet]. México; 2023. [Consultado el 7 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000844614/3/0844614.pdf>
14. Ramírez A, Palacio JD, Vargas C, Díaz-Zuluaga AM, Duica K, Agudelo Y *et al.* Emociones expresadas, carga y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia y trastorno afectivo bipolar tipo I de un programa de intervención multimodal: PRISMA. [Internet]. 2017. Revista Colombiana de Psiquiatría, 46 (1), 2-112020. [Consultado el 7 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.02.004>
15. Monge L. Tratamiento farmacológico en trastornos de la personalidad: una revisión sistemática. [Internet]. [Consultado el 10 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v36n1/art02.pdf>
16. Coryell W. Tratamiento farmacológico de los trastornos bipolares. Trastornos psiquiátricos. [Internet]. Manual MSD versión para profesionales; 2023. [Consultado el 10 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-cr/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/tratamiento-farmacol%C3%B3gico-de-los-trastornos-bipolares>
17. Salazar A. Guía de actuación farmacéutica en pacientes con trastorno afectivo bipolar. [Internet]. Universidad de Antioquía; 2014 [Consultado el 22 de febrero del 2024]. Disponible en: <file:///C:/Users/kimbe/Downloads/GuiaTAB.pdf>
18. Brasso C, Cisotto M, Ghirardini C, Pennazio F, Villari V & Rocca P. Precisión de la adherencia autoinformada y del seguimiento terapéutico de los fármacos en un servicio de urgencias psiquiátricas. [Internet] [Consultado el 11 de mayo del 2024] Psychiatry Research. 2021;305: 114214.

19. Pennazio F, Brasso C, Villari V & Ricca P. Estado actual de la monitorización farmacológicas en el tratamiento de la salud mental. [Internet]. *Pharmaceutics. A Review* [Consultado el 15 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1999-4923/14/12/2674>
20. Leclerc E, Mansur R & Brietzke E. Determinants of adherence to treatment in bipolar disorder: A comprehensive review. *Journal of Affective Disorders*. [Internet]. 2013 [Citado 11 de mayo del 2024]; 149(1):247-52.
21. Cakir S, Bensusan R, Akca Z & Yazici O. Does a psychoeducational approach reach targeted patients with bipolar disorder? *Journal of Affective Disorders*. 1 de diciembre de 2009; 119(1):190-3.
22. Eker F, Harkin S. Effectiveness of six-week psychoeducation program on adherence of patients with bipolar affective disorder. [Internet]. *Journal of Affective Disorders*. [Consultado el 20 de mayo de 2024]. 1 de mayo de 2012;138(3):409-16.
23. Andrés de RD, Aillon N, Bardiot MC, Bourgeois P, Mertel S, Nerfin F *et al.* Impact of the life goals group therapy program for bipolar patients: An open study - ScienceDirect [Internet]. [Consultado 7 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032706001406?via%3Dihub>
24. González A, Echeburúa E, Mosquera F, Ibáñez B, Aizpuru F & González-Pinto A. Eficacia a largo plazo de un programa de intervención psicológica para pacientes con trastorno bipolar refractario: un estudio piloto. *ScienceDirect* [Internet]. [Consultado el 17 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178109000699?via%3Dihub>
25. Ortiz A, Maslej MM, Husain MI, Daskalakis ZJ & Mulsant BH. Aplicaciones y lagunas en el trastorno bipolar: una revisión sistemática sobre la monitorización electrónica para la predicción de episodios. *Journal of Affective Disorders*. [Internet] [Consultado el 19 de mayo 2024] 2021; 295:1190-200.
26. Antosik A, Dominiak M, Chojnacka M, Kaczmarek K, Opara K, Radziszewska W *et al.* El teléfono inteligente como herramienta de seguimiento del trastorno bipolar: una revisión sistemática que incluye análisis de datos, algoritmos de aprendizaje automático y modelos predictivos. *International Journal of Medical Informatics*. [Internet] [Consultado el 19 de mayo 2024] 2020; 138:104131.
27. Criscuolo F, Cantú F, Taurino I, Carrara S, De Michelli G *et al.* Un sistema de detección electroquímico portátil para la monitorización no invasiva de fármacos de litio en el trastorno bipolar. *IEEE Sensors Journal*. 2021.[Internet]. [Consultado el 18 de mayo de 2024]. 21(8), 9649-9656. Doi: 10.1109/JSEN.2020.3009538 Disponible en: <https://ieeexplore.ieee.org/document/9141332?denied=>

28. Cabanilla G & Barreto C. Actitud de los pacientes sobre la implementación de seguimiento farmacoterapéutico en la posta médica Auquimarca, Paucartambo Pasco. [Internet]. [Consultado el 21 de mayo de 2024]. Disponible en: <http://50.18.8.108/bitstream/handle/20.500.14140/1254/TESIS%20CABANILLA%20-%20BARRETO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

29. Gaitan Y. Propuesta para un modelo de atención farmacéutica en paciente con diagnóstico de patología mental. 2016 [Internet]. [Consultado el 12 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://repository.udca.edu.co/bitstream/handle/11158/555/Propuesta%20para%20un%20modelo%20de%20atenci%c3%b3n%20farmac%c3%a9utica%20en%20paciente%20con%20diagn%c3%b3stico%20de%20patolog%c3%ada%20mental.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

30. Cetkovich-Bakmas M, Abadi A, Camino S, García G, Herbst L, Marengo E *et al.* Tercer Consenso Argentino sobre el manejo de los Trastornos Bipolares. Primera Parte: introducción, método de trabajo y generalidades. Vertex Revista Argentina de Psiquiatría [Internet]. [Consultado el 22 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/319>

31. Salazar A, Amariles P, Hincapié JA, González S & Faus MJ. Efecto del método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con trastorno afectivo bipolar I: Efectividad del método Dáder para latencion farmacéutica en pacientes con trastorno bipolar. 2019 [Internet]. [Consultado de 22 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/344271253_Efecto_del_metodo_Dader_de_seguimiento_farmacoterapeutico_en_pacientes_con_trastorno_afectivo_bipolar_I_EMD_ADER-TAB_Ensayo_clinico_aleatorizado_EFFECTIVENESS_OF_THE_DADER_METHOD_FOR_PHARMACEUTICAL_CAR

32. Peraza K. Efectividad de los programas psicoeducativos en los tratamientos para personas con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar, en comparación con otros modelos terapéuticos o tratamiento usual (tau) que no utilicen psicoeducacion. 2020 [Internet]. [Consultado el 25 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/81397/TFG%20GEISEL%20KARINA%20PERAZA%20LEIVA.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

33. López M. Diseño de guía para el tratamiento psicológico del tratsorno afectivo bipolar en niños y niñas de seis a doce años de edad. 2011 [Internet]. [Consultado el 27 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis24.pdf>

34. Ramírez X, Arias M & Madrigal S. Actualización de trastorno afectivo bipolar. Revista Médica Sinergia [Internet]. 5(9). Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms209j.pdf?fbclid=IwAR14X5r9r2E_gfhhBYzEbuwu3AdRDtRtREIjsBgKONI-idM3BZGExjPsZGc

35. Aguiló M. ¿Tiene futuro la farmacia comunitaria? *Farmacia Profesional*. [Internet]. 2018 [Consultado el 22 de mayo del 2024] 19(2):12-3.
36. García D, Lores D, Dupotey N & Espino D. Atención Farmacéutica. Una experiencia en la atención primaria de salud en Cuba. *Ars Pharm*. 2018; 59(2):91-98. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942018000200005
37. García E, Gil M, Murillo MD, Prats R & Vergoños A. Farmacia comunitaria, adherencia al tratamiento y COVID-19. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2020;12(3):51-6. Disponible en: <https://www.farmacéuticoscomunitarios.org/es/journal-article/farmacia-comunitaria-adherencia-al-tratamiento-covid-19>
38. Chipana J & Munayco X. Impacto de la intervención farmacéutica en la farmacoterapia de los pacientes a través de la telefarmacia en farmacias comunitarias. UNMSM [Internet]. 2022 [Consultado 26 de mayo de 2024]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3325675>
39. Borja J & Souto M. Importancia de la farmacovigilancia en la práctica del médico de familia. *Semergen*. [Consultado el 27 de mayo del 2024] 2006;32(7):334-8.
40. Sistema Costarricense de Información Jurídica [Internet]. [Consultado el 29 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=65500&nValor3=76559&strTipM=TC
41. Barrionuevo DA & Salvador JR. Satisfacción del cliente relacionado con la dispensación de medicamentos en boticas y farmacias ubicadas en el distrito de Santiago de Surco. [Internet]. Repositorio Institucional - UMA 2021 [Consultado el 29 de mayo de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.uma.edu.pe/handle/20.500.12970/440>
42. Carrasco V. Uso racional de medicamentos y normas para las buenas prácticas de prescripción. *Revista Médica La Paz*. 2020;26(2):78-93.
43. Bonikowska I, Szwamel K & Uchmanowicz I. Adherence to Medication in Older Adults with Type 2 Diabetes Living in Lubuskie Voivodeship in Poland: Association with Frailty Syndrome. *J. Clin. Med*. 2022 [Consultado el 30 de mayo del 2024];(11):1-18. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2077-0383/11/6/1707>
44. Estrada M. Dosificación y márgenes terapéuticos. *Offarm*. 1 de mayo de 2006;25(5):76-80.
45. Huaman J & Montoro C. Polifarmacia y efectos secundarios de medicamentos en pacientes geriátricos de la botica María Auxiliadora San Juan de Miraflores febrero 2022. 13 de octubre de 2022 [citado 9 de mayo de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.unid.edu.pe/handle/unid/299>

46. Montané E & Santesmases J. Reacciones adversas a medicamentos. *Medicina Clínica*. 13 de marzo de 2020;154(5):178-84.
47. Instructivo para la notificación de sospechas de reacciones adversas a medicamentos 2015 [Internet]. [citado 29 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/12/INSTRUCTIVO_PARA_LA_NOTIFICACION_DE_SOSPECHAS_DE_REACCIONES_ADVERSAS_A_MEDICAMENTOS_2014.pdf
48. Garcia F. Polimedición y calidad de vida en el envejecimiento: Implicaciones bioéticas. *Revista Iberoamericana de Bioética*. 8 de julio de 2022;(19):1-9.
49. Álpizar J, Angeles K, Ávila D, Luna L, Torres W, Olvera E *et al*. Identificación de interacciones medicamentosas potenciales en pacientes geriátricos. *Journal of Negative and No Positive Results*. 2020;5(9):998-1009.
50. Hall V. CIMED. Atención Farmacéutica, seguimiento del tratamiento farmacológico. [Internet]. [citado 9 de mayo de 2024]. Centro Nacional de Información de Medicamentos. Disponible en: <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/server/api/core/bitstreams/2db41c55-b0cd-465b-a272-6877d0581ec4/content>
51. Moreno M, Arrieta O, Burgos R, Campillo C, Celis MÁ, Llata M de la, *et al*. La receta médica: ¿reflejo condicionado o reflexión consciente? *Gaceta médica de México*. diciembre de 2020;156(6):615-7.
52. López L, Fernández M. Evaluación de la guía farmacoterapéutica de antibióticos de la unidad de terapia intensiva neonatal y pediátrica Amritzar de Montería; 2020. [Consultado el 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unicordoba.edu.co/handle/ucordoba/2943>
53. Herrero S. Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Scielo*. 2016 [Consultado el 30 de mayo del 2024]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2340-98942021000100015&script=sci_arttext&tlng=en
54. Diccionario médico. Qué es signo. [Internet]. Clínica U. Navarra. <https://www.cun.es>. [Consultado el 30 mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/signo>
55. Carvajal C. El impacto del diagnóstico médico como experiencia traumática. Algunas reflexiones. *Rev Med Clin Condes*. 1 de noviembre de 2017;28(6):841-8.
56. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5 [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

57. Amaris W & Rojas A. Utilización del Método Dáder para un programa de seguimiento farmacoterapéutico a pacientes diabéticos en el Hospital de la Universidad del Norte durante el periodo de julio-diciembre del año 2022. 2023 [Consultado el 30 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uniatlantico.edu.co/handle/20.500.12834/1628>
58. Rodríguez A. Investigación de trastorno afectivo bipolar, conceptos generales. [Internet]. [citado 7 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://investigar1.wordpress.com/wp-content/uploads/2010/05/conceptos.pdf>
59. Mendoza S & Monroy T. Enfoques de la Investigación. Boletín Científico de las Ciencias Económico Administrativas del ICEA. 5 de diciembre de 2018;7(13):67-8.
60. Hernández A, Fernández P & Baptista L. Metodología, Investigación Científica. (6^{ta} ed.). [Internet]. [Consultado el 30 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>
61. Cicourel A. El método y la medida en sociología. [Internet]. [Consultado el 1 de junio de 2024]. Disponible en: <https://felixhernandezmaestriaensv.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/11/cicourel-el-metodo-y-la-medida-en-sociologia.pdf>
62. Barrante R. Investigación: Un camino al conocimiento, un enfoque cualitativo y cuantitativo. [Internet]. 2002 [Consultado 1 de junio del 2024] Disponible en: file:///C:/Users/kimbe/Downloads/Libro_Investigacion_camino_conocimiento_Barrantes.pdf
63. Trastorno bipolar [Internet]. [Consultado el 2 de junio del 2024] Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/health/publications/espanol/trastorno-bipolar/trastorno-bipolar.pdf>
64. Vieta E & Casas M. Un reciente estudio identifica nuevos genes asociados al trastorno bipolar. CIBERSAM [Internet]. 2019. [Consultado 2 de junio del 2024]. Disponible en: <https://www.cibersam.es/noticias/un-reciente-estudio-identifica-nuevos-genes-asociados-al-trastorno-bipolar>
65. Rodríguez M & Moreno R. Vista de La Terapia Ocupacional en personas con trastorno bipolar [Internet]. Uchile.cl. 2024 [Consultado el 21 de junio del 2024]. Available from: <https://auroradechile.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/46381/69237>
66. Hollon S & Ponniah K. A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. Depression and Anxiety [Internet]. 2010 Sep 9 [Consultado e 10 de julio del 2024] ;27(10):891–932. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20830696/>

67. Medina M, Sarti E & Real T. LA DEPRESIÓN Y OTROS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS Academia Nacional de Medicina. [Internet]. [Consultado el 10 de julio del 2024] Disponible en: https://www.anmm.org.mx/pdf/acerca_de/CAnivANM150/L27_ANM_DEPRESION.pdf
68. Suárez V, Alva C, Timaná R, Pimentel P & Dogo V. Priorización para el desarrollo de guías de práctica clínica en el Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud): Análisis multicriterio. An. Fac. Med [Internet]. 2018 [citado el 18 de julio del 2024]; 79(2):175-180. Disponible en: <https://bit.ly/3PyOKsd>
69. Ortega J, Sánchez D, Rodríguez O & Ortega J. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Rev. Scielo. [Internet]. 2018 [Citado el 18 de julio del 2024];(3). Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226
70. Marín R, Lozano C, Torres C, Ramalle E, Hurtado M & Pérez R. Impacto de la atención farmacéutica en pacientes polimedicados ingresados en un servicio de Geriátria. Rev. Scielo. [Internet]. 2022 [Citado el 18 de julio del 2024]; 45(1):1-5. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272022000100004&script=sci_arttext&tlng=pt
71. Pagès N & Valverde M. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. Ars. Pharm [Internet]. 2018 [Consultado el 12 de julio del 2024]; 59(4):251- 258. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.30827/ars.v59i4.735>
72. Kupfer D & Regier D. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (5^{ta}. ed.) DSM-5. Asociación Americana de Psiquiatría. 2014. [Internet] [Consultado el 26 de junio del 2024] Disponible en: <https://www.federaciocatalanadah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
73. Robinson L, Smith M & Segal J. Síntomas, causas, tipos y diagnóstico del trastorno bipolar. [Internet]. HelpGuide.org, 2018 [Consultado el 28 de junio del 2024]. Disponible en: <https://www.helpguide.org/es/trastorno-bipolar/sintomas-causas-tipos-y-diagnostico-del-trastorno-bipolar>
74. Yatham L, Kennedy S, Parikh V, Schaffer A, Bond D, Frey B *et al*. Directrices de la Red Canadiense de Tratamientos para el Ánimo y la Ansiedad (CANMAT) y la Sociedad Internacional de Trastornos Bipolares (ISBD) 2018 para el tratamiento de pacientes con trastorno bipolar [Internet]. 2018. Disponible en: https://smiba.org.ar/curso_medico_especialista/lecturas_2022/Guia%20para%20tratamiento%20de%20pacientes%20con%20trastorno%20bipolar.pdf
75. Código de Ética Farmacéutica [Internet]. 2020 [Consultado eol 29 de junio del 2024]. Disponible en: <https://www.colfar.com/LyRPDF/3.%20Codigo%20de%20Etica%20Farmaceutica.%20Colegio%20de%20Farmaceuticos%20de%20C.R.pdf>

76. Díez M & Marín N. Concenso sobre atención farmacéutica. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. [Consultado el 30 de junio del 2024]. Disponible en:
<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/farmacia/consenso/consenso.htm#:~:text=Este%20servicio%20es%20proporcionado%20para,la%20calidad%20de%20la%20asistencia>

CAPÍTULO VII- ANEXOS

Anexo 1. Respuestas de la entrevista realizada a Regente 1 de farmacia de comunidad de San Ramón.

Yo: Buenas tardes Doctora, mi nombre es Kimberly, estoy realizando esta entrevista para mi proyecto final de graduación, le agradezco su ayuda que será de gran aporte. Primeramente, quería saber ¿qué conoce usted con respecto al trastorno afectivo bipolar en general?

RF1: Bueno, lo que uno normalmente conoce referente al nombre, verdad, son pacientes que tienen de una afección a nivel cerebral que les puede llevar a tener episodios como depresivos, en otros momentos como de manías o de mucha activación, es decir de mucha energía, verdad, hay pacientes que sólo pasan en uno de los dos lados, algunos que andan en los dos y básicamente así comentarios generales verdad, siento que hay varias razones del padecimiento, la mayoría de veces yo siento que muchos de ellos inician relacionados con alguna emoción fuerte que hace un desequilibrio, sea una pérdida de un familiar o alguna situación de trabajo ahora que tal vez inicia tal vez como una depresión y puede llegar al punto de convertirse en un trastorno de bipolaridad, a veces uno lo ve más en adultos mayores que tal vez ya por factores degenerativos o de edad o ya algún problema digamos a nivel de daño fisiológico, alguna alteración cerebral les genera que caigan en una enfermedad bipolar desde que nacen, más o menos por ahí va lo que entiendo al respecto.

Yo: Entiendo perfectamente, y si realmente termina siendo un desequilibrio y dependiendo del tipo de bipolaridad pueden variar los síntomas, Por ejemplo, ¿sabía usted que existen diferentes tipos de trastorno afectivo bipolar?

RF1: No Kim, vieras que de los tipos de trastorno no sé nada al respecto, he escuchado que hay tipo 1 y tipo 2, no sé si se llaman así, pero no se la diferencia entre ellos.

Yo: Ok, ok, y con respecto a tratamientos ¿Qué ha escuchado o sabe que utilizan este tipo de pacientes?

RF1: Bueno, a nivel privado si siento que la molécula que tal vez de las dos que uno escucha que más se venden, es como la quetiapina y la olanzapina, digamos son como las dos moléculas, sobre todo la quetiapina tiene mucho movimiento, mucho uso, digamos a nivel privado creo que son como las dos más usadas. Los anticonvulsivantes, yo siento que ya no tanto, tal vez a nivel de la caja si sean más usados, porque es lo que hay, verdad, antipsicóticos también se usan.

Y esta parte del tratamiento es como la parte que a veces uno ve que por ejemplo cuando se agotan digamos el antipsicótico, vienen a buscar aquí en la farmacia, pero a nivel privado pues hay moléculas que no se tiene exactamente la misma, pero si se trata de que el paciente no se descompense, porque eso sí es bastante riesgoso, entonces a veces llegan a preguntar, por alguna molécula que tal vez está agotada o no se maneja tanto a nivel privado, entonces uno trata como de orientarlos de al menos algo similar o tratar de conseguir la molécula, porque es más peligroso que se quede sin nada a que cambien por algo que sea un poco parecido, para que no se desestabilicen.

Yo: Si, es complejo, y comparto completamente que no es sencillo que se mantengan estables en el tratamiento por ese tipo de problemas que a veces puede presentar la caja de que se agotan algunas moléculas.

Asimismo, ¿Cree usted importante el uso de modelos farmacoterapéuticos en estos pacientes?

RF1: Claro, yo siempre he pensado que, número uno, ese tipo de pacientes no deberían administrarse ellos mismos sus medicamentos, empezando por ahí y la realidad es que no es esa, porque ellos mismos son los que van y los que lo retiran, son los que tienen el acceso, y me pongo a pensar qué si ellos se encuentran en una crisis, sea depresiva o maníaca, o la que sea, terminan teniendo a la mano la herramienta para para suicidarse y ya ha pasado.

Tal vez uno lo ve más común en pacientes depresivos que igual, o sea, sin tratamiento antidepressivo, pero este grupo de pacientes también, o sea, es un riesgo que por ahí se corre. Entonces yo siento que por ahí todos fallamos y tras eso, digamos, si le soy sincera, a nivel privado este tipo de medicamentos son de los más caros que hay. Entonces para que un paciente se pueda costear a nivel privado un producto es bastante costoso y por eso gran parte de la población uno lo ve que si al menos fue diagnosticado, lo que usa es el tratamiento de la caja. Y si usted les pregunta, si se están tomando el tratamiento, o si uno se da cuenta que X paciente trató de quitarse la vida, y preguntamos ¿Con qué?, los familiares nos han respondido que con el mismo tratamiento hicieron una combinación.

O sea, entonces es donde uno dice, que complicado, ¿verdad? Que complicado, porque definitivamente son personas que yo pensaría que el protocolo debería ser que venga con un familiar o alguien que vaya a estar a cargo de administrar el medicamento y que sólo así se lo puedan entregar y que esa persona firme y se comprometa que se va a responsabilizar de administrar el tratamiento, como mínimo.

Yo: Claro, comprendo perfectamente, no es nada sencillo y es de suma importancia que se tomen correctamente el tratamiento, pero la realidad es que cuesta mucho que la familia es quien se haga cargo de administrar el tratamiento, más dependiendo de la edad, estos pacientes se sienten independientes y capaces para ellos hacerse cargo de su propio tratamiento.

Y, ¿Qué cree que podría afectar al paciente con trastorno afectivo bipolar aún con tratamiento y que no se logre mantener estable? Digamos, ¿qué variables puede desestabilizar al paciente?

RF1: Muchos factores Kim, empezando por la vida cotidiana, porque son pacientes que cualquier emoción sea positiva o negativa los puedes descompensar. Entonces lo que te decía antes, verdad, una muerte, algún cambio laboral, las situaciones de pareja y tristemente también no podemos quitar del contexto, a que muchos pacientes consumen otras drogas, licor, y por supuesto van a exponer el medicamento en el cuerpo, ya que las interacciones medicamentosas les termina afectando.

Entonces ahí se complica todavía más el asunto.

Sabemos que son personas que a veces funcionalmente se les va a complicar, entonces tal vez si ya no encuentran trabajo, económicamente no están bien, si tienen una familia disfuncional o si son madres, padres, amas de casa y todas las responsabilidades que podría tener una persona, que a veces no se sienten en la capacidad de poderlo hacer y esa impotencia les termina afectando.

O incluso el mismo acceso al medicamento, ¿qué pasa si la persona no tiene seguro que hay muchos casos, y los tratamientos a nivel privado, se vuelven inaccesibles por tener un alto costo.

Yo: Si claro, son muchísimos factores alrededor de los pacientes con trastorno afectivo bipolar, los que podrían afectar.

Y ¿Acá en la farmacia practica usted algún modelo de intervención o seguimiento farmacoterapéutico con este tipo de pacientes?

RF1: Sinceramente no, Kim, no es excusarme, porque si es algo que me encantaría, ya que es el servicio más completo que podríamos brindar nosotros los farmacéuticos, y así asegurarnos del bienestar de nuestros pacientes y a su vez de que consuman el tratamiento a cómo deben.

O sea, uno tiene las herramientas porque sí, ahí tenemos, digamos, las hojas de seguimiento que nos dan, pero no se hace. Incluso, creo que uno se vuelve como parte de apoyo psicológico para ellos, porque montones de veces vienen a desahogarse aquí. Y los escuchamos como para orientar al paciente, o aconsejar de qué no dejemos el tratamiento en ningún momento, hasta hacerle seguimiento al paciente, en el sentido de que acá se trabaja con número de cédula, por ende, se va llevando un tipo de expediente al ir guardando lo que compra y demás.

Entonces hemos llamado a algunos pacientes a recordarles que está por acabarse el tratamiento para que haya una continuidad en él y no se deje de lado, ahí mismo nos damos cuenta si lo está tomando correctamente o no, porque no tendría por qué tener todavía, si ya está por acabarse, dar alternativas de precio, pero que sabiendo que el producto sea buena eficacia, ahora es una opción que a veces ayuda mucho al paciente y aplicar las herramientas que uno tiene, los planes paciente, las muestras, regalías, como para hacer una adherencia al tratamiento y pues la escucha.

Incluso, a veces he sabido lo que es que vengan solo a contarnos que se sienten mal o que no han estado bien y se están descompensado, porque ya el mismo paciente sabe o aprende a identificar. A veces también pasa que se sienten bien después de un período de estar con el tratamiento, y lo dejan de lado, y recaen. Hacerles entender que necesitan el tratamiento de por vida, no es fácil y eso solo con el tiempo y apoyo.

Yo: ¿Desde su experiencia, alguna vez le gustaría o ha pensado en poder brindar el servicio de seguimiento farmacoterapéutico?

RF1: Tal cual, digamos, y yo siento que el colegio de farmacéuticos ahorita lo tiene muy presente, y como que te piden que lo hagas y tiene como las boletas. Yo siento que, sin

justificarse, muchas veces es una cuestión de falta de tiempo. Y pensaría que específicamente para este grupo de pacientes se volvería aún más complicado porque no es sencillo que un paciente acceda, o que el paciente quiera, porque uno que ha tratado con ellos sabe que a veces son un poco herméticos y a veces un poco complicados, verdad. Y terminan sin querer. Pero claro que digamos, estar pendiente, y así si lo hacemos.

Al menos lo que esté a nuestro alcance, Por ejemplo, tenemos varios pacientes que académicamente les ha costado mucho y hacemos cajitas con imágenes ilustrativas, e incluso tengo la máquina de braille que nos permite ayudar al paciente no vidente. Creo que mucho a nivel de lo público o privado, digamos, de la seguridad social, sí se podría, a como se hace, por ejemplo, con los pacientes con antirretrovirales, esa excelente es una excelente forma de ayudarles, que es que solo un encargado puede retirar los medicamentos y dárselos a ellos, donde nosotros si podríamos llevar ese control.

Yo: cierto, sencillo no es, abarca mucho tiempo poder ofrecer el seguimiento a cómo se debe, incluso hablando de cualquier paciente en general. Pero ojalá en algún momento se logre.

Y ¿Qué implementaría usted, si estuviera en sus manos ayudarles? Digamos, en una consulta. Tal vez como seguimiento farmacoterapéutico como tal no, pero para por lo menos tratar de que mantengan lo del tratamiento

RF1: Digamos, si el paciente no accediera, hay momentos en que uno ha dicho, mira, o sea, venga por la tableta todos los días aquí, nosotros mismos la guardamos aquí y se le administra, y que venga todos los días por ella, pero no siempre acceden. Incluso en los pastilleros hemos acomodado tratamientos para que se los lleven listos, por ejemplo. Esa podría ser una opción que nosotros por los horarios extensos que tenemos, lo podríamos hacer sin problema.

O educar a los familiares también, para que estén al pendiente y les ayuden. También ver con otras medicaciones que toman y posibles interacciones. Creo que eso es algo que uno fácilmente podría hacer y no requiere, digamos, de gran trabajo y sobre todo si el paciente está bien compensado, porque a veces uno capta que el paciente es como una depresión y que ya va más allá.

Yo: Súper, ese método de poder ofrecer que ustedes tengan el tratamiento y puedan administrarlo, me parece genial.

RF1: Disculpa que te interrumpa, de hecho, tengo dos pacientes que se les confunde mucho el tratamiento y que aun con pastillero e imágenes ilustrativas no lo logran, entonces en mutuo acuerdo ellos vienen siempre por el tratamiento aquí, en la mañana y noche, y de igual forma ellos se dejan un poco de tratamiento en la casa en caso de que no puedan venir por alguna razón, entonces me comunico con algún familiar para que ellos procedan a ayudarme a darlo correctamente. Y tal vez me preguntará de porque la familia no siempre es la que se lo da y así no vengan hasta aquí, pero el paciente así lo decidió para no sentirse dependiente de ellos o molestarlos. Y nosotros con todo gusto lo hacemos.

Yo: Si claro, entiendo perfectamente, y genial que así sea, con tal de que el paciente tenga la adherencia al tratamiento.

¿Y a lo largo de los años de su experiencia profesional aquí, ha atendido algún paciente con trastorno afectivo bipolar?

RF1: Sí, sí tenemos. Tal vez uno no sabe a ciencia cierta qué diagnóstico psiquiátrico tenga, ¿verdad? Pero por el comportamiento del paciente y por los episodios que tienen sí, y hemos atendido varios y entonces uno los ve, digamos es esa guerra. Por eso es que tal vez uno sabe un poquito más.

A veces uno quisiera poder ayudar más y a veces me siento muy impotente, porque cuando llegan le dicen a uno, “es que si llevo tantos días sin tomármelo o me compro las tabletas que puedo o también ya tienen que usar, por ejemplo, pasarse un antidepresivo en lugar de un antipsicótico porque es lo que pueden comprar y aun así no van a estar estables, por o tomar lo que necesitan. Uno ve de todo eso, incluso de que no tienen trabajo, entonces no pueden comprar medicamento, no tienen seguro y yo quedo atada de manos porque tampoco puedo costear el tratamiento, por más que quiera, tal vez un mes lo he hecho, pero ya más de uno y tantos pacientes con situaciones similares ya no puedo.

Entonces si nos ha pasado y es duro, es doloroso, ¿verdad? Inclusive bueno, pues acá tuvimos una compañera de trabajo que tenía fuertes depresiones, y episodios maníacos, ella intentó suicidarse 2 veces y a la tercera lo logró. Nunca supimos si estaba mal diagnosticada, si padecía de algo, o solo depresión, pero es eso, la impotencia de que no pudimos ayudarla a que estuviera estable y bien por más que lo intentamos.

Yo: Es muy complicado, porque tiene toda la razón, la impotencia que se llega a sentir estando uno detrás del mostrador, deseando solamente que el paciente esté bien, es más allá de cualquier monto económico, pero también se es consciente de que no podemos muchas veces hacerlo, aunque queramos.

Y con respecto a los episodios que presenta un paciente con trastorno afectivo bipolar, ¿a qué edad piensa que podrían aparecer? Y a ¿qué edad usualmente cree que son diagnosticados?

RF1: Siento que los episodios aparecen desde niños y no se a que edad los diagnostican, creo que es complicado el diagnostico, pero no se la verdad.

Yo: Si entiendo perfectamente.

Y hablando de lo mismo, ¿Qué consecuencias piensa que podría tener un paciente que no tenga adherencia al tratamiento? Aparte de la que ya me comentó que decías del suicidio

RF1: Bueno, hay otros problemas asociados, porque, por ejemplo, son pacientes que tal vez no coman, entonces ya todo lo que eso conlleva a un grado de desnutrición, debilidad, descompensación de otras enfermedades como la diabetes, la hipertensión, obviamente la pérdida de su trabajo, de su familia, accidentes de todo tipo, accidentes de tránsito, accidentes

en la casa, accidentes laborales, insomnio, los cambios de humor y la alteración de toda la dinámica familiar, por ejemplo.

Yo: Cierto, abarca muchísimas consecuencias, ¿Sabe algún nombre de algún modelo farmacoterapéutico que se pueda aplicar o que se aplique aquí en Costa Rica?

RF1: Muy sinceramente no, sólo recuerdo que nos hablaban en la universidad del método Dáder, y nada más. Que es el que uno suele aplicar, o al menos yo, escucha más, pero nada más.

Yo: ¿Considera que podría ser de gran ayuda poder brindar como un tipo de orientación a los regentes farmacéuticos, digamos, por ejemplo, una guía para este tipo de pacientes?

RF1: Sí, inclusive, digamos, hacer un instrumento corto, pero que se pueda aplicar con ellos, sería genial. Como te comentaba antes, el colegio a uno le dan un instrumento, pero tal vez, digamos, personalizarlo para este tipo de pacientes y hacerlo algo corto que la intervención sea más directa, y más específica, estaría muy bien.

Yo: Claro Doc, completamente de acuerdo.

Y que opina sobre las guías para los familiares, es decir, ¿ustedes brindan el servicio de no solo guiar al paciente, sino también a su alrededor o familiares?

RF1: Kim, es bastante bueno, más sin embargo aquí no se práctica al menos que sean niños que uno le da todas las indicaciones a los padres, pero de lo contrario ningún paciente le gusta que se le dé la información a los familiares, cuesta mucho

Yo: Si entiendo perfectamente. Y eso sería todo de mi parte, muchísimas gracias por su colaboración y tiempo.

RF1: Con todo gusto Kim, ojalá le sirva de gran ayuda la información, y espero pronto verla graduada.

Anexo 2. Respuestas de la entrevista realizada a Regente 2 de farmacia de comunidad de San Ramón.

Yo: Buenas tardes Doctor mi nombre es Kimberly, estoy finalizando mi carrera de farmacia, y para mi proyecto final estoy realizando una entrevista que me permite tener información sobre el trastorno afectivo bipolar y el seguimiento que se le da, le agradezco su ayuda que será de gran aporte.

Primeramente, quería saber, ¿qué conoce usted con respecto al trastorno afectivo bipolar en general?

RF2: Bueno, lo que yo he escuchado es que es un cambio de humor muy drástico, o también de depresión y manía cambiante cada cierto tiempo. Que el paciente ya lo trae desde pequeño

y no que se hace con el tiempo, pero no se diagnostica pequeño sino hasta que este mayor de edad según lo que he visto.

Yo: Entiendo perfectamente, y ¿sabía usted que existen diferentes tipos de trastorno afectivo bipolar?

RF2: No señorita, vieras que ni siquiera sabía que existían tipos o clasificaciones de trastorno afectivo bipolar, en realidad es una enfermedad o padecimiento del que no se casi mucho, ya que al menos aquí no es tan común.

Yo: Y a pesar de que no es tan común acá, ¿sabe de algún tratamiento que tomen normalmente?

RF2: Vieras que lo que he escuchado que usualmente es litio y otro que he escuchado es epival, pero fijo hay muchísimos más ahora, y mucho mejores quizás. Tal vez estoy un poco desactualizado, jajaja, pero solo estoy siendo sincero. Mas sin embargo sé que fácil de tratar no es, ya que a nivel de la caja cuentan con pocas opciones, y a nivel privado es muy costoso poder mantener un tratamiento como tal, y quizás es uno de los motivos más comunes de que no se mantengan estables este tipo de pacientes, ya sea porque no se lo dan en la caja por ni tan siquiera estar bien diagnosticados o por no tener la economía.

Yo: Si, tiene razón y comparto su opinión de que muchas veces ni tan siquiera están diagnosticados correctamente.

¿Cree usted que es importante implementar algún modelo farmacoterapéutico que utilizan los profesionales para los pacientes con trastornos afectivo bipolar? Y de ser así, ¿por qué?

RF2: La verdad es que si, siento que es de suma importancia aplicar modelos farmacoterapéuticos con este tipo de paciente, ya que son pacientes con muchas complicaciones, y sumamente dependientes al tratamiento para mantener una vida estable. Y siento que no es fácil brindarlo, porque solo el hecho de hacerle entender al paciente de que necesitan de por vida medicarse, no es sencillo.

Asimismo, que, aunque se sientan bien no pueden pausar el tratamiento, o que cuando se sientan mal un aumento de dosis no es buena idea, y solo consecuencias le podría traer. Y así verificar que se tomen correctamente el tratamiento, o si se está haciendo bien, para valorar un posible cambio con el doctor de cabecera de ser necesario.

Yo: Si entiendo perfectamente, y también opino que la parte más complicada de estos pacientes con trastorno afectivo bipolar, es que se mantengan con el tratamiento a cómo deben, y que algo que los pueda inestabilizar, no logre que dejen de lado el tratamiento.

Y, ¿Qué cree que podría afectar al paciente con trastorno afectivo bipolar aún con tratamiento y que aún, así no se logre mantener estable?

RF2: Muchas cosas, desde estar ilusionado con algo y no suceda, una decepción amorosa o laboral, un fallecimiento familiar o cercano, en realidad siento que cualquier cambio los

puede tirar a la cama, como dicen. Ya que considero que ellos son muy cuadrados, es decir que lo que piensan, quieren, si no sale como tienen planeado, se les derrumba todo.

Otro factor que siento que limita la estabilidad ya que un día leí una nota de que estos pacientes es súper común que consuman drogas, principalmente marihuana, pero en la nota decía que la interacción que tienen las drogas con el medicamentos, es cómo anular el efecto medicamentoso, y por ende, queda completamente expuesto el paciente a recaer en crisis, o incluso son pacientes que se pueden obsesionar sumamente rápido con algo, y pueden perder el control que dicen tener por el consumo de alguna droga, hasta que los consume.

Y a pesar de que con tratamiento podrían llevar una vida normal, a veces se les complica la socialización laboral, o familiar, y tienden a tener problemas más fácilmente que otras personas y esto los expone a perder el trabajo. También el mismo medicamento les puede causar una sobredosis, o el no tener acceso.

Yo: Si claro, en realidad varias cosas les puede afectar e inestabilizar fácilmente.

Y por eso mismo, ya que pueden desestabilizarse aún con tratamiento, ¿Acá en la farmacia practica usted algún modelo de intervención o seguimiento farmacoterapéutico con este tipo de pacientes?

RF2: La verdad no, por más que nosotros los farmacéuticos queramos brindar este servicio es muy muy complejo, ya que a mi opinión se necesitan mínimo dos regentes farmacéuticos por farmacia, ya que yo diría que un seguimiento no se da en 5 minutos, abarca casi como una cita de psicología, que va siendo como una hora por paciente, y en ese caso siento que se debería incluso hasta tratar por cita, para mantener el orden y demás.

Y es que no es solo decirle cómo tomarse el tratamiento, al final el seguimiento abarca un todo.

Yo: Por supuesto, fácil no es, pero, ¿para usted que es seguimiento, ya que dice que abarca un todo?

RF2: Doc, porque ya casi que es doctora, jajaja. Vieras que como le decía antes, siento que va más allá de explicarle que debe tomar y cómo tomarlo, es decir, que son mil preguntas, desde que hace, que le podría causar estrés, que lo podría inestabilizar más fácil que pueda evitar, que come, que consume natural, o que consume de drogas y alcohol, si tiene una vida tranquila o muy problemática, si en su vida amorosa está calmada o no, si consume algún otro medicamento que le pueda causar problemas, entre mil cosas más.

Es ahí cuando siento que sencillo no es, y que un regente dedicándose incluso solo al seguimiento y otro a atender en general, despachar recetas y demás responsabilidades, no es sencillo. Porque es que en la misma consulta al menos yo, no podría finalizar de una vez con el paciente, me corresponde después de que se vaya continuar con el caso de él, para ver si no interacciona nada, que le debo recomendar, que es mejor, y a su vez estar super pendiente en todo momento para buscar la estabilidad.

Entonces, no es tan fácil de querer a poder. aunque si me gustaría. creo que aún no existe ese impulso para que paguen y valoren nuestro trabajo con esa parte laboral.

Yo: Si claro, por todo lado es complejo, y va más allá de querer, siento que lo que más dicen es el tiempo y el pago al respecto que no se valora. Y, ¿Desde su experiencia, alguna vez le gustaría o ha pensado en poder brindar el servicio de seguimiento farmacoterapéutico?

RF2: Claro, le repito que lo he pensado muchas veces, hasta el punto que le propuse a mis jefes incorporar otro consultorio para solo eso, y no solo para bipolaridad, haría referencia a cualquier paciente que lo necesite. Pero aquí entre nos, no me dieron pelota, ya que eso abarcaría un salario más jajaja, y posiblemente lo que quieren evitar.

Aunque sinceramente siento que ellos no analizan bien, porque para mi opinión eso es una excelente entrada económica, ya que es un servicio que al final se debe de cobrar aparte, y que casi que el paciente pagaría el salario profesional y casi que quedaría economía extra. Pero yo no voy a insistir en algo que no quieren.

Quizás algún día cuando yo pueda ponerme mi propia farmacia lo haga, ya que sería casi la primera en ofrecerlo así de personal y dedicado, porque hasta el momento no he escuchado de nadie.

Yo: Es complicado, y quizás el pensar en tener dos regentes, el cuidado que abarca el seguimiento y demás es lo que los detiene. Pero ojalá en algún momento lo logre o incluso usted en su propia farmacia a futuro.

Y ¿Qué implementaría usted, si estuviera en sus manos ayudarles? Digamos, en una consulta. Tal vez como seguimiento farmacoterapéutico como tal no, pero para por lo menos tratar de que mantengan lo del tratamiento

RF2: En mi caso, siempre trato de dar lo mejor de mí, de entregarme a mi trabajo porque amo lo que hago, por ende, siempre primero me garantizo de explicar lo que está tomando el paciente y para qué, porque muchísimas veces ni eso saben, y llevan montones de tiempo tomándolo. Asimismo, les explico los cuidados, consulto si toma alguna otra sustancia desde medicamento, droga, alcohol, etc. que pueda afectar y me aseguro rápidamente que al menos queden separados del medicamento al menos.

También depende del paciente si anda con algún familiar y le puedo explicar también al familiar, lo hago, porque esto siempre implementará la seguridad de que alguien más pueda estar pendiente de si toma o no el tratamiento, de si lo toma bien, o así.

Y por supuesto que siempre trato de etiquetar todo lo que esté a mi alcance más en tratamientos grandes, para evitar cualquier confusión. Incluso en señores que no saben leer, les hacemos etiquetas de sol o luna y le recomendamos los pastilleros para darles ordenados los tratamientos, y le ofrecemos que vengan todas las semanas para organizarlos nosotros mismos.

Yo: Súper, en realidad ustedes dicen que seguimiento no dan, pero realizan una parte bastante importante del mismo.

Y cuéntame, ¿qué tan común es que reciban pacientes con trastorno afectivo bipolar aquí?

RF2: Vieras, que no es tan común, quizás hemos recibido muchísimos, pero con diagnóstico como tal no tantos. Quizás cuando uno les pregunta ciertas cosas, uno se queda extrañado de ciertos síntomas o así, pero uno le pregunta qué si toman tratamiento de algo, y responden que no, por ende, uno no puede suponer que son pacientes con bipolaridad.

Pero, recuerdo un joven-adulto de 35 años que viene por la epival todos los meses, sé que es porque el sí, es tratado hace años con una psiquiatra de San José, y que ella lo manda a tomar epival. Y es un paciente que lleva una vida muy normal y estable, pero como yo hablaba con mis compañeros, es alguien pudiente que puede perfectamente comprar el tratamiento sin problema, por ende, a veces hace la diferencia. Que otros pacientes ni para una cita psicológica o psiquiátrica pueden pagar para al menos ser diagnosticados.

Yo: Wow, si, tiene razón, quién sabe cuántos pacientes se atiende cada cierto tiempo que ni siquiera se encuentran diagnosticados, es muy complicado, porque ese factor económico muchas veces es un impedimento.

Y hablando de lo mismo, ¿Qué consecuencias piensa que podría tener un paciente que no tenga adherencia al tratamiento? O incluso, ¿qué no esté tratado?

RF2: Vamos a ver, recuerdo es paciente que te comentaba, que el sí es super estable y puntual con su tratamiento, pero hace como 3 años su madre falleció, y eso lo desestabilizó demasiado, y para mí fue una sorpresa toparse sumamente descuidado.

Entonces ese día me puse a pensar que por más tratamiento cualquier cosa que pase alrededor del paciente que le afecte directamente, les puede causar gran daño, y cuando menos te lo esperas algo le podría causar daño. Entonces para responderte más directo, diría que cualquier cosa a su alrededor, depende como ande ese día le podría afectar el doble de lo que le hubiere afectado en otro momento. Y eso como consecuencia claro que le podría causar la muerte por un intento de suicidio, o dejar de comer, o hacerse daño o hacerle daño a alguien más. O simplemente no querer salir, ni convivir, ni hablar, ni nada. Se encierran en una burbuja donde es muy difícil entrar.

Yo: Pues si, son mil factores y, por ende, mil consecuencias nada agradables. Que no solo afectan al paciente sino a su alrededor.

Y para ir finalizando ¿Sabe algún nombre de algún modelo farmacoterapéutico que se pueda aplicar o que se aplique aquí en Costa Rica?

RF2: Muy sinceramente no, no recuerdo ningún modelo, y menos uno específico para este tipo de pacientes con trastorno afectivo bipolar.

Yo: Y ¿Considera que podría ser de gran ayuda poder brindar como un tipo de orientación a los regentes farmacéuticos, digamos, por ejemplo, una guía para este tipo de pacientes?

RF2: Si claro, es más me encantaría que exista una explicación al respecto por medio de una guía corta y concisa que me permita ayudarlos en lo que pueda y esté a mi alcance.

Yo: Super bueno saberlo. Y bueno, eso sería todo de mi parte, muchísimas gracias por su colaboración y tiempo.

RF2: Con todo gusto Doc. Kim, cualquier cosa que necesite, con mucho gusto, mientras esté a mi alcance.

Anexo 3. Respuestas de la entrevista realizada a Regente 3 de farmacia de comunidad de San Ramón.

Yo: Buenas tardes Doctor, mi nombre es Kimberly, estoy mi proyecto final de la carrera de Farmacia, y para ello, estoy realizando una entrevista que la idea es obtener información sobre el trastorno afectivo bipolar y el seguimiento que se le da, le agradezco su ayuda que será de gran aporte.

Primero me gustaría empezar por conocer, ¿qué ha escuchado usted con respecto al trastorno afectivo bipolar en general?

RF3: Siento que es un trastorno que afecta mentalmente o emocionalmente al paciente que lo padece, y que tienen muchos cambios de extremo a extremo. Siempre he pensado que es un sube y baja o una montaña rusa, es decir, que a cómo pueden estar emocionalmente arriba, puede ser que estén sumamente abajo. Tipo felicidad y tristeza.

Yo: ¿Sabes si existen o no tipos de bipolaridad?

RF3: Si, hay dos tipos, el 1 y 2, no sé si se le llaman así, pero así me los aprendí, son sumamente parecidos, no hay mucha diferencia entre ellos, es más que todo que el tipo 2 es más llevable o accesible, más que todo porque ambos tienen la parte depresiva, pero el tipo dos la manía es más tranquila, eso es lo que tengo entendido.

Yo: Entiendo perfectamente; sabe usted bastante de la bipolaridad. Y sabe usted, ¿a que edad usualmente son diagnosticados?

RF3: Supongo que desde de niños si le ponen atención al paciente, pueden diagnosticarlo de una vez.

Yo: ¿De los tratamientos que ellos utilizan, conoce?

RF3: La verdad es que sí, pero muy sinceramente lo que sé, lo sé por mi sobrino que tiene ese trastorno, entonces a mí, y a mi familia nos ha correspondido aprender para poder estar al pie del cañón para entenderlo y ayudarlo en cualquier momento. Y del tratamiento recuerdo que le mandaron epival y un antidepresivo, creo que era fluoxetina. Por el momento está con esos dos, va una vez al mes al psiquiatra. Sé que hay más moléculas que funcionan como el litio y así, pero no recuerdo bien los nombres, porque aquí en la farmacia solo por receta se manejan usualmente estos tratamientos para estos pacientes.

Yo: En serio, que bueno que se hayan dado la tarea de averiguar al respecto y puedan así apoyarlo y entenderlo mejor.

Y ya que hablas de las recetas, es decir que, ¿sí han atendido estos pacientes en la farmacia?

RF3: Pues sí, no son muy comunes este tipo de pacientes en una farmacia porque no son nada baratos los tratamientos a nivel privado, por ende, quienes están diagnosticados usualmente el tratamiento es a nivel público con la caja. Pero si he recibido algunas recetas como te comentaba, y si he notado algo particular en este tipo de paciente. Y es que ellos no vienen a comprar solo el tratamiento, sino que les gusta ser escuchados o contar el problema que tienen más presente en ese momento. Solo que les gusta que le digamos lo que ellos quieran escuchar y esa parte es complicada, porque, aunque uno quiera aconsejarlos no se dejan jajaja.

Yo: Y, ¿les da usted seguimiento farmacoterapéutico a estos pacientes cuando los ha atendido?

RF3: La verdad es que más o menos, mas no, que si, porque por tiempo no puedo hacerlo aunque quisiera, y no solo con los pacientes bipolares, sino con más pacientes con otras enfermedades o problemas. Pero no es nada sencillo, lo que sí he hecho con un par de pacientes con bipolaridad que he atendido, es mandarles un mensaje para recordarles que ya les corresponde de nuevo el tratamiento y para consultarles cómo están, cómo se sienten, cómo les ha ido y demás. Pero es lo más cercano a un seguimiento; y aún así solo es con dos porque ya son años de venir aquí y hemos entablado una amistad, entonces apenas tengo chance les escribo, pero desearía poder hacerlo con todos y no solo ellos dos.

Yo: Entonces, ¿si le gustaría implementar seguimiento farmacoterapéutico?

RF3: Claro Kim, es algo que sería bonito y el poder dar una atención tan personalizada que permita buscar siempre el bienestar del paciente, pero por el momento no está en mis manos, tal vez en el futuro no muy lejano se pueda aplicar.

Yo: Por ende, ¿aplican algún modelo acá en la farmacia?

RF3: No Kim, aquí no se aplica ningún modelo, no tenemos tiempo para ellos aunque se quisiera.

Yo: Entiendo perfectamente, y, ¿Sabe el nombre de algún modelo o guía que se aplique para estos pacientes con trastorno afectivo bipolar?

RF3: Vieras que de eso sí, que no se nada, una vez una colega comentó el método Dáder, pero soy ignorante en sí es una herramienta que se puede aplicar en todos los pacientes, o es especial en algunos casos.

Yo: Entiendo, perfecto.

¿Y le gustaría o ve de importancia el poder aplicar algún modelo en la farmacia?

RF3: En definitiva, es importante la aplicación de algún modelo o seguimiento; siempre será necesario implementar todo lo que mejore el servicio o la vida del paciente.

Yo: ¿Y cree que existan factores que afecten a estos pacientes aún con tratamiento, y que los logre desestabilizar?

RF3: Pues si señorita, podrán estar muy estables, tomándose el tratamiento al pie de la letra, que si algo salió como no esperaban los puede derribar, o incluso la parte sentimental es un factor que juega malas pasadas en la vida de estos pacientes. O también el fallecimiento de un ser cercano o familiar. En realidad, diría que cualquier cosa fácilmente lo podría lograr, todo dependería del apoyo que le den, de qué tan positivo esté, de como quiera enfrentar la situación.

Yo: Si claro, y, ¿cómo define usted un seguimiento farmacoterapéutico adecuado?

RF3: Siento que el seguimiento va más allá de solo dar indicaciones al paciente, dosis y frecuencia. Es analizar el alrededor de esa persona que factores podrían afectar y uno poder aconsejarle que evite, incluso la alimentación que se puede implementar con la ayuda de otro profesional, otros medicamentos que toma fuera del tratamiento y ver las interacciones.

Entonces yo agregaría hasta la familia para un seguimiento completo, es decir que también debería darse reuniones con la familia para que ellos estén enterados de cómo tomarse el tratamiento, como apoyarlo, ayudarlo y no perjudicar.

Yo: Claro, completamente de acuerdo, es un conjunto y trabajo en equipo.

Y, si estuviera en sus manos, ¿qué implementarían que tal vez no sea el seguimiento completo, sino algunas cosas que sí permitan mejorar la adherencia en los pacientes con trastorno afectivo bipolar?

RF3: En definitiva, lo que más siento y he opinado toda la vida es que estos pacientes ni tan siquiera deberían manejar sus propios tratamientos, entonces en mi caso les diría a los familiares que en el despacho vengán acompañados para explicarles las horas y frecuencias de los medicamentos. También ordenamos en cajitas ó pastilleros para facilitar la toma de los medicamentos, y más o menos en eso se basaría lo que está más a nuestro alcance hacer con ellos y que no habría tanto problema para ofrecerles.

Yo: Súper, me parece una buena forma de ofrecer parte del seguimiento a cualquier paciente en realidad.

Y ¿qué opinas de un paciente que no tenga adherencia al tratamiento, o qué consecuencias podría tener?

RF3: Pues, un paciente con trastorno bipolar que no tenga tratamiento, o que no tenga adherencia, o que tome el tratamiento en exceso, podría traer mil consecuencias, tanto en su alrededor como en su propia vida. Ya que el descontrol los podría llevar a hacer locuras. Conozco historias de personas que se han suicidado con el mismo tratamiento, o que la manía los lleva a cometer imprudencias. O también afectar a otras personas con malas decisiones.

Yo: Es complicado, son muchas cosas negativas las que podrían pasar, fácil no es.

¿Y usted vería como una buena opción dar un tipo de orientación a los profesionales farmacéuticos con una guía farmacoterapéutica para poder entender mejor cómo ayudarlos?

RF3: Claro Kim, es una excelente opción, ya que en mi caso conozco un poco del tema, pero aun así, me falta muchísimo por conocer, pero también sé de muchos colegas que estoy seguro que no tendrían ni idea de que es el trastorno, entonces es de suma importancia siempre salir de la ignorancia.

Yo: Me parece genial Doc, que esté de acuerdo en querer siempre aprender a pesar de sus años de experiencia y demás. De todo corazón le agradezco su tiempo y paciencia por responderme todo.

RF3: Con muchísimo gusto, espero y algo de lo que le dije al menos, Pronto seremos colegas y nos toparemos a lo largo del camino. Muchos éxitos.

Anexo 4. Respuestas de la entrevista realizada a Regente 4 de farmacia de comunidad de San Ramón.

Yo: Buenas tardes Doctor, mi nombre es Kimberly, estoy realizando una entrevista para poder recolectar información sobre el trastorno afectivo bipolar, que será útil para mi proyecto final de mi carrera, qué es Farmacia, le agradezco de su tiempo qué será de gran aporte.

Primeramente, quería saber ¿qué conoce usted con respecto al trastorno afectivo bipolar en general?

RF4: Trastorno afectivo bipolar, no se mucho al respecto y he escuchado muy poco más sin embargo me imagino que es algo mental, que son un van y ven de emociones, y que son muy variantes.

Me parece que un conocido lo diagnosticaron con este trastorno, fue compañero en la universidad muchísimos años, y siempre actuaba un poco extraño, es decir que a veces venía súper buena gente, y otras veces siento que venía de “malas”, al tiempo nos contó a unos compañeros y a mí que lo había visto un psiquiatra y que lo habían diagnosticado como bipolar 1, creo que así me había dicho, y nos comentaba que el muchas veces se sentía mal, o hacía cosas feas como hablarle tan grosero a la familia, agarrar el carro y solo querer manejar a toda velocidad sin importar nada, otras veces no se bañaba y querer estar acostado todos los días de la semana, sin querer ver a nadie, y hasta después de que la familia le decía que porqué había hecho X cosa, él no podía explicarles, entonces él se sentía súper mal porque a veces sentía que simplemente es como si fuera otra persona en él.

Entonces a pesar de que no se mucho del trastorno en sí, podría decir que son cambios inexplicables por los que pasa la persona. Y qué fácil no es de sobrellevar, y que, aunque quiera llevar una vida normal no se le facilita.

Yo: Wow, que tan difícil puede ser, al escuchar un testimonio así.

Y, ¿sientes que, al ahora estar diagnosticado, está más estable?

RF4: Claro, el ver como actuaba mi compañero de la Universidad, al verlo casi 4 años después contándonos su testimonio, de que ya está bien diagnosticado y a la vez tratado, es

otro completamente, y no sabe cuánto me alegro de que sea así, porque siempre, aunque no sabía porque él era tan extraño por decirlo de alguna manera, siento que él demostraba siempre mucha impotencia de querer estar bien y no poder.

Yo: Claro, me imagino que el cambio le ha hecho bastante bien, y el hecho de que él ya esté consciente de lo que tiene principalmente.

Y ya que su amigo le comentó sobre que el diagnóstico de él fue “bipolar 1”. ¿Sabe usted que hay tipos de bipolaridad?

RF4: Muy sinceramente no, y debo de admitir que desde que él me dijo que era bipolar 1, me quedé con duda del porqué 1, me entró la duda si había más tipos o si así se le llamaba solamente al de él, pero no averigüé para salir de la duda a como lo debía hacer, por ser profesional de la salud.

Yo: Respecto al diagnóstico ¿a qué edad cree que sean diagnosticados este tipo de pacientes?

RF4: No tengo la menor idea Kim.

Y sobre los tratamientos, ¿Ha escuchado de alguno o sabe con cuál está tratado su amigo?

RF4: Recuerdo que el litio es muy famoso o muy conocido para el trastorno, pero no tengo idea de con qué está tratado mi amigo. Sí sé que fácil de tratar no es, porque hay que como estar probando los tratamientos, dosis y frecuencia, ya que no todos se pueden tratar igual por tipo ya que ya sé que existen tipos. Y ahí es donde siento que Farmacia o en general el área de salud nunca va a ser como tal vez la gente piensa que es, como una fórmula de que siempre 1+1 es 2, ya que quizás si pensamos que es bipolar 1 se trata de “X” manera. y si es bipolar 2 se trata de “Y” manera, pero no, en definitiva, varía mucho según había leído en un artículo.

Yo: Entiendo perfectamente, y si, en definitiva, comparto el hecho de que fácil de tratar no son.

¿Cree usted que es importante implementar algún modelo farmacoterapéutico que utilizan los profesionales para los pacientes con trastornos afectivo bipolar? Y de ser así, ¿por qué?

RF4: Claro Kim, en mi caso yo no sé prácticamente nada del trastorno afectivo bipolar, es muy poco como ya pudo ver, y siento o siempre he creído que si uno empieza con algo nuevo con más razón uno se obliga a aprender, entonces quizás si se incorporará un modelo farmacoterapéutico en la farmacia sobre el paciente con trastorno afectivo bipolar o cualquier otro padecer, siempre será ganancia. Y por supuesto, esto solo conlleva al bienestar de los pacientes, ya que podríamos así darles así una atención mucho más completa, e indagar sobre todo más a profundidad.

Yo: Claro Doc, implementar un modelo, en definitiva, es mejorar el bienestar de los pacientes y a la vez ofrecer un servicio tan completo en la farmacia.

Y cree que la adherencia del paciente con trastorno afectivo bipolar, ¿mejoraría si se le da seguimiento con el modelo que se implementa, por ejemplo? ¿O qué cosas buenas cree que traería implementarlo?

RF4: Por supuesto, en definitiva, eso permitiría que podamos estar mucho más pendientes del paciente, de llamarlo cuando le corresponde de nuevo iniciar tratamiento porque está por acabarse, o incluso preguntarle como va, como se ha sentido, sí le ha hecho bien el tratamiento. E incluso siempre he pensado que no todo tipo de paciente puede darle uno el seguimiento directamente, sino que es necesario a veces tratar con los familiares, ya que por ejemplo en estos casos si el paciente estuviera en una crisis y deja el tratamiento quizás si uno le pregunta solo le mentiría o incluso podría utilizar el tratamiento para hacerse daño.

Yo: Y, ¿Qué cree que podría afectar al paciente con trastorno afectivo bipolar aún con tratamiento y que aun así no se logre mantener estable?

RF4: En realidad yo diría que siempre el alrededor en que se encuentre, porque, por ejemplo, mi amigo me comentaba que por su trastorno es más propenso a aferrarse a algo, no sé porque lo dice o si es normal del trastorno, pero siempre tuvo a su alrededor muchos amigos que tenían el vicio de la marihuana, y el terminó consumiendo también, y le costó tanto salir de ahí ya que la psiquiatra le dijo que tenía que dejarlo para poder estar estable con el tratamiento y así no perjudicarse. Incluso el apoyo que le brinde la familia, en todo momento le va a servir para salir de las crisis y no les permita permanecer ahí. O al menos informarle a algún profesional del estado del paciente para así implementar la ayuda.

Yo: Si claro, son muchísimos los factores que juegan un papel importante en estos casos, siento que también se le podría agregar en la parte laboral, social y sentimental. y, si usted me comentaba de qué sería bueno implementar un modelo en la farmacia, quería saber si en ese caso ¿practican alguno aquí?

RF4: No, la verdad es que no, aquí se trabaja con un sistema donde se solicita la cédula del paciente, entonces algunos que sí son muy frecuentes ya uno va conociendo el tratamiento entonces cuando llegan ya uno sabe que le corresponde, pero tampoco es que los llamamos a recordarles o así.

Yo: Y, ¿sabe de algún modelo o guía que se practica con estos pacientes?

RF4: De modelos o guías nunca he escuchado nada, solo del método Dáder y muy sinceramente no sé para qué momentos se usa este tipo de método, o para qué pacientes, o en qué consiste.

Yo: Y si le pregunto qué entiende usted por seguimiento farmacoterapéutico de un paciente, ¿qué me diría?

RF4: Siento que darle seguimiento a una paciente abarca muchísimas cosas, desde saber y conocer de la vida del paciente, hasta relacionarse con los familiares como te comentaba antes, que eso es lo que ayudará en complemento a que el paciente esté lo mejor que se pueda.

El problema es que fácil no es, y no digo que quiera las cosas fáciles, sino que sabemos que en una farmacia pasamos full y que sólo hay un regente, por ende, siento que tenemos muchísimas responsabilidades, y que para dar un seguimiento como se debe se descuidaron las otras responsabilidades, por ende, siento que sería necesario dos regentes, pero que una farmacia acepte eso, “ich”, está muy complicado.

Yo: Por supuesto, fácil no es, y complejo si bastante.

Pero, ¿si tal vez pensamos en no un seguimiento o modelo que pueda abarcar tantísimo tiempo, y sino más bien en una atención solo un poco más personalizada a los pacientes?

RF4: En mi caso, sí podría ser una opción, ya que al menos eso si lo aplico, porque por ejemplo yo indago si el paciente entiende bien las indicaciones para si no volverlas a repetir o incluso de sino hacer dibujos con color y hora que les permita entender mejor.

O los famosos pastilleros que, si implemento muchísimo, ya que le vendo el tratamiento que necesita y de una vez se lo acomodo al paciente para facilitarle lo más que se pueda la adherencia al paciente. Y también trato de darle cualquier indicación no farmacoterapéutica que le ayude al paciente a mejorar, desde que duerma bien, coma bien, se hidrate bien, haga ejercicio, implemente la salud mental, y este tipo de cosas que nunca estarán de más y que en definitiva trae más aspectos positivos que negativos ante toda situación.

Yo: Me parece genial Doc, en definitiva, cualquier aporte así que puedan dar en la farmacia que sea dar la milla extra de lo básico que se ofrece, cualquier cosa así hace la diferencia y como todo profesional de la salud siempre será buscar el bienestar del paciente.

Y cuéntame, ¿qué tan común es que reciban pacientes con trastorno afectivo bipolar aquí?

RF4: No es tan común en esta farmacia, en realidad aquí llevo como meses de trabajar aquí, pero también estuve 3 años de trabajar en la anterior farmacia y tampoco era tan común. Lo que siento es que los tratamientos son muy caros, ya que la mayoría de pacientes son atendidos en la caja y con tratamientos de la caja por ende, no veo tan común ese paciente acá, tendría que ser muy pudiente para poder mantener para toda la vida a nivel privado.

Yo: Entiendo perfectamente, y si, en definitiva, fácil no es llevar un tratamiento de esos a nivel privado, ya que si son muy caros.

Y hablando de lo mismo, ¿Qué consecuencias piensa que podría tener un paciente que no tenga adherencia al tratamiento o no esté tratado ni tan siquiera?

RF4: Volviendo al ejemplo de mi amigo, vuelvo a la comparación de la que te hablaba, él es otro Kim, recordarlo en tiempos de Universidad con tanto sube y baja, y ahora verlo sumamente estable con el tratamiento, ¡wow!

Entonces opino qué, en definitiva, solo el hecho de que mi amigo ahora pueda socializar es algo que antes casi nunca hacía, y que las reacciones grotescas o explosivas cambian por su tratamiento. Es decir que un paciente con la correcta adherencia podría mejorar demasiado.

Yo: Sí por supuesto, pero las consecuencias de no tomarlo, ¿cuáles cree que serían?

RF4: Creo que una crisis de una persona con trastorno afectivo bipolar, es grave, y traería muchas consecuencias, desde hacerse daño a sí mismo o a su alrededor. E incluso pueden provocarse la muerte.

Yo: Claro, muchas consecuencias negativas y pocas positivas de un paciente sin tratamiento. Y para ir finalizando ¿Considera que podría ser de gran ayuda poder brindar como un tipo de orientación a los regentes farmacéuticos sobre el trastorno afectivo bipolar y su tratamiento demás?

RF4: En definitiva, si, como le decía antes Kim, muchos pecamos de ignorantes, y cualquier guía o nuevo conocimiento será bien recibido.

Yo: Super bueno saberlo. Y bueno, eso sería todo de mi parte, muchísimas gracias por su colaboración y tiempo.

RF4: ¡Con todo gusto Kim, éxitos!

Anexo 5. Respuestas de la entrevista realizada a Regente 5 de farmacia de comunidad de San Ramón.

Yo: Hola buenas noches Doctor. ¿Cómo está?

Mi nombre es Kimberly, soy estudiante de la carrera de farmacia, y para finalizar, sólo me falta el proyecto final de tesis. Es por ello que estoy realizando esta entrevista, con el fin de la recolección de datos relevantes que pueda analizar con forme a mi tema.

RF5: Hola Kimberly, muy bien Gracias a Dios y ¿usted? Y entiendo perfectamente, espero que le sea de ayuda. Si gusta iniciamos.

Yo: Bien por dicha, y me alegro.

¿Qué ha escuchado usted sobre el trastorno afectivo bipolar? O ¿A lo largo de su carrera y experiencia laboral ha llegado a conocer?

RF5: Vieras que no soy experto en el tema, más, sin embargo, le voy a contar primero cómo llegué a conocer lo poquito que sé. Un día me llegó una mamá desesperada a la farmacia y me suplicaba por ayuda, no entendía que era lo que ella quería, porque lloraba mucho, hasta que se pudo calmar y me decía que, si no había algo para “apagar la cabeza”, eso era lo único que ella me decía, y yo le trataba de preguntar síntomas, malestar, y así, para ver cómo era el dolor de cabeza, según yo.

Hasta que me aclaró que no era para ella, sino para su hijo, que lloraba mucho porque no podía “apagar su cabeza” y que ella definitivamente no sabía ya que hacer. Entonces empecé a indagar sobre a qué se refería él con “apagar la cabeza”, que sentía y demás.

Y lo que me dijo fue: “pienso mil cosas a la vez, y por más que quiera no pensar en todo al mismo tiempo, no lo logro, me duele la cabeza de querer apagarla y no poder. Siento que me va a explotar, y ya estoy cansado de hacer cosas que no me doy cuenta o no soy consciente en el momento que las hago”. Ella me contaba que eso era lo que él hijo le decía.

Que ella lo llevó al psiquiatra, y que después de un año fue diagnosticado con trastorno afectivo bipolar, pero ese día que ella llegó a la farmacia era porque su hijo aún con tratamiento no podía apagar su cabeza. Y ella quería que yo le diera algo para implementar al tratamiento que ya tenía, pero hay que ser sinceros, yo no tenía ni idea primero de que era el trastorno, y segundo de que le podría implementar yo a eso, o no he le podría “apagar la cabeza”. Yo lo pensé en ese momento, era si yo me había equivocado en lo que había estudiado, o si era un mal profesional porque no tenía ni idea de que era el trastorno afectivo bipolar, y sólo pensaba en darle una pastilla que le diera mucho sueño y se durmiera para que así “apagara su cabeza”.

Yo: Que duro Doc, porque sólo el hecho de que la señora estuviera llorando y alterada, ya a uno eso le causa un poco de estrés, más no saber con qué ayudarlo aún peor. Y creo que todos pasamos por un momento así, pero falta de conocimiento.

RF5: Y para terminar de responderle, ese día me prometí averiguar del tema, salir de mi ignorancia y siempre que pueda estar leyendo sobre temas random que me permitan mejorar como profesional y cumplir mi fin, que es ayudar a mejorar la vida del paciente.

Entonces cómo le dije antes, no soy experto, pero si me di la tarea de averiguar, y a grandes rasgos podría decir que el trastorno afectivo bipolar es un trastorno que sube y baja en la cabeza del paciente y por ende, en su estado de ánimo. Si tengo entendido que el trastorno como tal no es tan cambiante en el tiempo, es decir que los episodios no es como que en 10 minutos va a estar depresivo y en los siguientes 10 minutos va a estar en episodio maníaco. Sino que es por tiempo mar largo, tipo una semana un episodio, pasar estable y después le regrese y así sucesivamente.

Yo: La verdad me alegro demasiado de escuchar eso, porque yo me prometo lo mismo, yo apenas voy a iniciar, pero si me gustaría seguir aprendiendo por mi cuenta y por la experiencia laboral que me va a llevar a aprender todos los días. Pero de nunca olvidar mi fin como profesional que también siempre será buscar el bienestar del paciente.

Y, ¿Sobre los tipos de trastorno afectivo bipolar, ha leído algo?

RF5: Así tan específico tal vez, no, sí sé qué hay tipo 1 y 2, y que son muy muy parecidos o al menos yo, no le he encontrado mucha diferencia. Sé que la diferencia que yo encontré es más de la parte maníaca. Cómo que uno tiene hipomanía y otro hípermanía. Pero nada más.

Yo: A ¿qué edad cree que son diagnosticados estos pacientes?

RF5: Ni idea Kim, no sé si es fácil o difícil diagnosticarlos ni tan siquiera, pero supongo que desde niños.

Entiendo, y si hablamos de seguimiento fármaco terapéutico, ¿cómo lo define, o que entiende por seguimiento?

RF5: Yo siento que puedo empezar definiéndolo lo como algo que no hacemos y deberíamos hacer jajaja. Yo sé que bajo la ley es nuestra obligación realizar y ofrecer seguimiento fármaco terapéutico, pero la verdad es que no lo hacemos, porque por cuestión de tiempo no se puede, o se trabaja como regente en la farmacia o se hace seguimiento completamente aparte, para dar la atención que se desea.

Y respondiendo a tu pregunta, un verdadero seguimiento es escuchar primero al paciente, después indagar en datos de relevancia e importancia para así poder buscar el bienestar del paciente en caso de que esté haciendo algo incorrecto con el tratamiento, o tenga dudas, y después de eso el último paso sería estar pendiente de él, sea con un mensaje, con una llamada, para saber cómo se siente.

Yo: Si claro entiendo perfectamente y fácil o sencillo no es, en definitiva, si es algo que abarca tiempo. ¿Y la familia? ¿Opinas que sería bueno incluirla?

RF5: Claro Kim, en definitiva, la familia es de gran importancia que esté enterada de todo, que en caso de una crisis sea ella quien esté ahí para informármelo y sepa que hacer.

Yo: ¿Y sabe o ha escuchado de algún modelo o guía que se aplica? De ser su respuesta si, ¿aplica algún modelo en la farmacia?

RF5: Eso si no, la verdad es que ya eso si es muy específico, no sé nada de ningún modelo o guía, y mucho menos lo aplico o aplicamos en la farmacia. Peco de ignorante lamentablemente. No tenemos tiempo Kim, y creo que solo en sueños se puede tener esa idea, no es tan sencillo como decirlo, a hacerlo, lamentablemente.

Yo: Tranquilo, no pasa nada. Sobre tratamiento de los pacientes con trastorno afectivo bipolar. ¿Sabe de alguno que utilicen usualmente?

RF5: Vieras que no, sobre tratamientos casi no, porque siento que eso se trabaja más a nivel de caja costarricense del seguro social. Y no aquí en la farmacia. Entonces no sé nada al respecto. Y el problema que a veces siento que tienen, es que aun con tratamiento son pacientes que se desestabilizan fácilmente, tanto por factores internos como externos.

Yo: Si en sus manos estuviera elegir si se aplica o no seguimiento aquí en la farmacia, ¿qué opinaría? ¿Lo cree importante?

RF5: Claro, lo veo importante, y muchísimo, eso en definitiva cambiaría vidas de muchísimos pacientes, mejorarían en demasiados ámbitos y también me haría sentir un trabajo más pleno y satisfactorio de que estoy ayudando aún más. Pero si estuviera en mis manos no sé hasta qué punto estaría preparado para decir que sí, porque es un arduo trabajo, de mucho tiempo y nada sencillo, y a su vez de mucho cuidado. Y siempre he pensado que en una farmacia para brindar ese servicio sería sólo teniendo un consultorio por aparte donde haya dos regentes, uno dedicado sólo al seguimiento personalizado, y otro que siga con las demás labores de la farmacia. De lo contrario no, aunque quiera debo ser consciente que no se puede.

Yo: Si claro, entiendo su punto de vista. Y ya que el seguimiento fármaco terapéutico abarca tanto tiempo y demás, tal vez un seguimiento menos personalizado que pueda brindar, ¿qué estrategias incluiría?

RF5: Siento que ese si lo hacemos siempre, porque no sobran los días que debemos jugar de psicólogos y escuchar un poco a los pacientes, o adecuar un tratamiento por encima que uno sabe que en definitiva no lo puede tomar de X manera, o incluso hacer etiquetas especiales con dibujos, donde por el nivel académico se le dificulta el entendimiento y lo hace todo lo posible de que sea claro para el paciente. O incluso he llamado a un par que sé que la están pasando muy mal, y sé que toman tratamiento crónico y a esos dos por ser de Laos de confianza me ha dado permiso de brindarle el tratamiento con una nota de crédito digamos, donde puedan ir abonando con tal de que no se quede sin tomarlo. Porque un paciente sin tratamiento, puede afectarse así mismo o a su alrededor de manera muy preocupante.

Yo siento que ese tipo de cosas son seguimiento.

Yo: Wow que bueno, me alegro tanto escuche eso. Porque ahora que estoy iniciando a trabajar en eso, es complejo a veces ver que un paciente necesita todo el tratamiento y por medios económicos no puede llevarlo todo o así.

Y si le dijera de ¿qué opina si se les da u ofrece un tipo de guía a los farmacéuticos de comunidad que les permita tener una mejor idea de cómo ayudar a los pacientes con trastorno afectivo bipolar? ¿Qué me diría?

RF5: Claro que me parece una excelente idea una guía, que sería de excelente ayuda, que nunca en la vida estará de más saber cosas nuevas, y siempre estar prevenidos por en caso de que llegue un paciente con trastorno afectivo bipolar.

Ojalá existiera una guía que se pueda usar para todos los pacientes, o una para cada tipo, al menos los más recurrentes. Sé que existe una guía que debemos aplicar, pero es muy general.

Yo: Hay muchísimas cosas que a uno le gustaría implementar que a veces yo sé que no es sencillo, pero lo que esté al alcance de uno, es genial que se pueda hacer.

Eso sería todo, le agradezco de su tiempo y ayuda.

RF5: En definitiva, sí, y con todo gusto de verdad. Muchos éxitos.

Anexo 6. Respuestas de la entrevista realizada a Regente 6 de farmacia de comunidad de San Ramón.

Yo: Buenas noches doctor mi nombre es Kimberly, soy estudiante de la carrera de farmacia y estoy realizando esta entrevista para mi proyecto final de tesis.

Primeramente, quería iniciar sabiendo sobre ¿qué ha escuchado sobre el trastorno afectivo bipolar?

RF6: Bueno así específicamente, pues muy poco. Sé que puede suceder de diferentes maneras, hay muchos eventos, muchos problemas, pero, así como que conozca bastante, bastante no.

Yo: ¿Sobre los tipos de bipolaridad o de síntomas? ¿Ha escuchado algo?

RF6: Sí, como te decía entonces en la pregunta anterior, hay diferentes tipos, o sea, yo sé que sí hay diferentes tipos, ahorita no recuerdo cómo clasificarlos, pero sí hay una clasificación. Pero sí sé que hay diferentes tipos, diferentes eventos, diferentes desencadenantes que pueden dar a esos tipos de bipolaridad. No sé exactamente ahorita los nombres, porque sí sé que existen, pero ahorita no las recuerdo. Sí, sé que hay diferentes síntomas; inclusive desde lo más leve hasta lo más grave que puede terminar en la parte más psiquiátrica. Inclusive hasta hospitalización donde solo se trata de mantener al paciente estable en crisis que solo internados se logrará.

Yo: Entiendo perfectamente. Y, ¿qué sabe sobre el diagnóstico? ¿a qué edad es común?

RF6: No se nada Kim, ni de cómo se diagnostica, ni de a qué edad.

Yo: ¿Con respecto al tratamiento, sabe de algún tratamiento específico que usualmente utilicen para tratar este tipo de pacientes?

RF6: Normalmente, cuando se diagnostican e inician a tratar, sé que en ocasiones utilizan zyprexa. Bueno, o marcas similares y sé que, para una bipolaridad o algún trastorno de la bipolaridad, ayuda a tratar de una forma, digamos que síntomas leves o moderados, más o menos inclusive un poco fuertes. Podrían igual aplicarle la zyprexa, pero cuando ya es más arriba de lo moderado, si, he visto que utilizan sedantes como midazolam dependiendo de las concentraciones, hay varias que pueden ir usando según lo necesite el tipo de paciente.

Yo: Ok, si, entiendo ¿Y qué tan común son este tipo de pacientes en la farmacia?

RF6: Vamos a ver, yo trabajo en farmacia comunitaria, como puedes ver y también a nivel hospitalario, te voy a comentar ambos puntos. En farmacia comunitaria le puedo decir que de 6 años que tengo de estar aquí, nunca he recibido un paciente con trastorno afectivo bipolar en una farmacia de comunidad solicitándome ayuda de nada, a lo mucho he recibido 2 o 3 recetas para solo despachar medicamento que ya llevan tiempo de ingerirlo, e incluso donde he tratado de indagar un poco de cómo les ha ido con el tratamiento me responden groseros, como diciéndome que a mí no me importa saber nada de eso porque para eso ya están tratados

y que solo les despache lo que me pidieron. Entonces, pues no es tan sencillo. En cambio, en el hospital, es un poco más común, porque han llegado muchos en crisis, donde la familia los lleva y en ese caso si me corresponde interferir un poco más tal vez, escuchando a los familiares o así.

Yo: Entiendo perfectamente, y si es bastante diferente en ambos ámbitos. Y, ¿Ha compartido con pacientes que ya están tratados y aun así no se encuentren estables? Y de ser así, ¿qué cree que los podría tener inestables?

RF6: Habría que ver la parte de lo que le afecta, ¿verdad? De qué es lo que le está dando el desencadenante o cual es, pero siento que probablemente, algunas razones de la inestabilidad aún con tratamiento, puede ser interacciones medicamentosas ya que son tratamientos de mucho cuidado, problemas familiares, sentimentales que lo conllevan a estar mal, el tratamiento adecuado, que a veces es difícil llegar a la mejor opción para el paciente, así como la dosis adecuada ya que es muy variante y se puede modificar. Así como cuando el paciente revierta los efectos que tengan y como le decía, dependiendo de la gravedad o de la severidad que tenga la bipolaridad, entonces se le debe estar atentos a los medicamentos. Y así ver cuáles otros medicamentos, está tomando para ver si de verdad le está funcionando, si estaba haciendo interacciones, sino entonces habría que hacer como un estudio de todo en general o un poco más como atención farmacéutica pero más global para saber si es necesario cambiar algún horario, medicamento y demás.

Yo: Si claro, y ya que hablaba del seguimiento farmacoterapéutico, consulta, ¿Práctica usted algún seguimiento o modelo farmacoterapéutico?

RF6: Para que le voy a mentir, si la verdad es que no, hay que ser conscientes de que por más que se quiera aplicar es algo que no se hace como profesionales de la salud, aunque deberíamos, pero el tiempo que hay que dedicarle es bastante.

Mas, sin embargo, una vez tuve un caso muy especial, ahora que recuerdo, que era una joven son síndrome de Down, y fue diagnosticada con trastorno afectivo bipolar, también tenía otras afecciones ahí como dislipidemia, hipertensión arterial, diabetes y un montón de cosas más. La paciente ya estaba atendida por especialistas, pero cuando inició con el tratamiento de trastorno bipolar, algo le estaba pasando porque la mamá me comentaba que había caído en una depresión y no sé quería levantar de la cama después de ser tan activa. Y ese día yo me senté horas de horas a investigar sobre más o menos 13 tipos de medicamentos y de esos 13 medicamentos estudié interacciones, horas, frecuencia, dosis y demás que pueda abarcar. La joven siguió el tratamiento a como se lo ordené por horas y frecuencias, también hablé con el doctor que la veía para ver si le podía quitar un par que no le estaban haciendo bien y en definitiva tenía gran cantidad de interacciones. Y poco tiempo después llegó a agradecerme por el aporte, más sin embargo sería mentirle de que es algo que haga seguido, porque no.

Yo: Wow, que bueno que le pudiera ayudar y no solo eso, sino que le fuera de bien y mejorara. Con eso que me cuenta, le pregunto, ¿Cree usted importante el uso de modelos farmacoterapéuticos a nivel de farmacia comunitaria?

RF6: Pues sí, si me llega un caso como ese tipo, como te decía, bueno, vamos a ver en farmacia comunitaria sería de gran importancia, pues como para darle un poco de seguimiento o aplicar algún modelo al paciente, y para darle una guía de cómo ayudarlo y como tomar el tratamiento y con que medicamentos tener cuidado, y que ojalá si tuviera algún cuidador también explicarle como ayudar al paciente.

Yo: Si claro, Y, ¿conoce usted algún nombre de guía o modelo que se suele aplicar?

RF6: Yo no conozco ni uno solo, muy sinceramente.

Yo: No hay problema, gracias por la sinceridad. Y, desde su perspectiva, ¿considera importante brindarles también a los familiares de la persona con trastorno afectivo bipolar, un tipo de guía o apoyo para el bienestar del paciente?

RF6: Claro, sí, como te decía en la pregunta anterior, si es importante tener una guía para la familia del paciente, siempre he pensado que el alrededor paciente es parte primordial para la estabilidad del paciente. Para que después sean comprensibles, empáticos para poder atender ese tipo de pacientes y de qué manera se le pueden dar los medicamentos o cómo se le puede tratar o cómo se puede resolver en algún momento en una crisis que fuera en el momento. Pero si es así, me parece que es importante que la guía vaya dirigida tanto para el farmacéutico cómo para la familia y para el paciente.

Yo: OK. ¿Y a lo largo de su experiencia que estrategias han utilizado aparte de las que ya mencionó del acomodo de horarios de algún tratamiento?

RF6: Sí por ejemplo, el acomodo en los tiempos de toma de medicamentos, pastilleros, ilustraciones, y por supuesto siempre estar anuentes a aclarar dudas de cualquier tipo. También escuchar cómo es el convivir, cómo es el vivir el día a día de la paciente, porque así se da cuenta uno que ha tenido un cambio. En el en como conforme va pasando los días. Como lo que te comentaba antes, cuando escuché a la mamá de la joven con síndrome de Down y que gracias a eso ella empezó a calmarse. Obviamente, y aparte de eso, di una buena comunicación con los doctores, porque recuerdo que con el doctor que la estaba viendo en el momento, pues no era muy grato, muy ameno con la paciente y eso también les estaba afectando, y el psiquiatra que lo que la estaba viendo era un psiquiatra en San José y ellos eran de Turrialba entonces era muy complejo llegar hasta ahí con ella. A ellos los veía de manera general de manera global y observaba todo, pero el médico de Turrialba, así como que no les tenía mucha empatía antes.

Yo: ¿Y, desde su experiencia, consideraría Importante que se le brinde algún tipo de guía a los farmacéuticos de comunidad para que puedan conocer más sobre cómo guiar a este tipo de pacientes?

RF6: Sí me parece súper importante, yo creo que siempre cualquier aporte extra será de gran ayuda y de gran importancia, y sin generalizar, pero yo no creo que un farmacéutico en una farmacia de comunidad sepa cómo guiar o cómo resolver un problema en el día a día cuando te pueda llegar un paciente como estos. Como te decía, bueno yo no conozco o sé de alguien que aplique o conozca de una guía, pero sería importante que nos informemos en esa parte por ahí.

Yo: Eso sería todo doctor, de mi parte y le agradezco demasiado de su tiempo y cada una de sus respuestas que van a aportar bastante a mi trabajo.

RF6: Con muchísimo gusto.