

TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR Y POR TERAPIA MEDICAMENTOSA: IDENTIFICACIÓN DE BARRERAS

Adriana Inocenti Miasso¹
Silvia Helena De Bortoli Cassiani²
Luiz Jorge Pedrão³

Este estudio identificó las barreras enfrentadas por las personas con Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) ante la necesidad del usar continuamente medicamentos. De enfoque cualitativo, tuvo como referencia metodológico, a la Teoría Basada en los Datos, bajo la perspectiva de la Interacción Simbólica. Participaron del estudio 14 personas con TAB, las cuales seguían tratamiento en un servicio Ambulatorio para Trastornos del Humor de un hospital universitario y 14 familiares señalados por los mismos. Las principales formas de obtención de datos fueron la entrevista y la observación. Los resultados mostraron dos categorías que describen las barreras enfrentadas por las personas con TAB: manifestar olvidos afectivos y cognoscitivos y la aparición de varias limitaciones. Se constató que la persona con TAB sienten ambivalencia con relación al seguimiento medicamentoso, pues perciben que cualquiera que sea la dirección adoptada, las conducirá al preconceito, pérdidas y limitaciones en las diversas esferas de su vida.

DESCRIPTORES: trastorno bipolar; automedicación; relaciones interpersonales

BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER AND MEDICATION THERAPY: IDENTIFYING BARRIERS

This study identified the barriers faced by people with bipolar affective disorder (BAD) regarding the need for continuous medication. The qualitative approach was used, and the methodological framework was based on the Grounded Theory in the light of Symbolic Interactionism. In total, of 14 people with BAD, who were being attended at the Outpatient Unit for Mood Disorders of a university hospital, and 14 relatives indicated by them participated in the study. The data collection was carried out through interviews and observation. Two categories emerged from the results, describing the barriers faced by people with BAD: to have affective and cognitive losses and to have several limitations. People with BAD feel ambivalent regarding medication adherence, as they perceive that, no matter the direction they take, it will lead to a context of prejudice, losses and limitations in various spheres of daily life.

DESCRIPTORS: bipolar disorder; self medication; interpersonal relations

TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR E TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA: IDENTIFICANDO BARREIRAS

Este estudo identificou as barreiras enfrentadas pela pessoa com Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) frente à necessidade de uso contínuo de medicamentos. Foi utilizada a abordagem qualitativa, tendo como referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados, à luz do Interacionismo Simbólico. Participaram do estudo 14 pessoas com TAB que estavam em acompanhamento em um ambulatório de transtornos do humor de um hospital universitário e 14 familiares indicados pelas mesmas. A entrevista e observação foram as principais formas de obtenção de dados. Os resultados revelaram duas categorias que descrevem as barreiras enfrentadas pela pessoa com TAB: ter perdas afetivas e cognitivas e ter várias limitações. Constatou-se que a pessoa com TAB sente-se ambivalente em relação à adesão à terapêutica medicamentosa, pois percebem que, qualquer que seja a direção adotada, ela o conduzirá a um contexto de preconceito, de perdas e limitações nas várias esferas da vida cotidiana.

DESCRITORES: transtorno bipolar; automedicação; relações interpessoais

¹ Profesor Doctor, e-mail: amiasso@eerp.usp.br; ² Profesor Titular, e-mail: shbcassi@eerp.usp.br; ³ Profesor Doctor, e-mail: lujoep@eerp.usp.br. Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Brasil.

INTRODUCCIÓN

Aproximadamente 450 millones de personas sufren de trastornos mentales, como consecuencia de una compleja interacción entre los factores genéticos y ambientales⁽¹⁾. En ese contexto, el Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) es considerado un trastorno crónico, cuya característica principal es la aparición de episodios agudos y constantes de alteraciones patológicas de humor. La recuperación luego de una fase aguda es generalmente significativa, incompleta y sin consecuencias⁽²⁾. Considerando que las complicaciones pueden ser medidas a través de diversos parámetros, el TAB es responsable del 5% al 15% de las nuevas admisiones psiquiátricas hospitalarias, por tiempo prolongado, con gasto considerable de recursos para los sistemas de salud. Se estima que el tratamiento inadecuado es responsable por la mayor parte de los costos para este tipo de trastornos.

Como el TAB es crónico, el seguimiento del tratamiento es fundamental para aumentar la posibilidad de un mejor pronóstico. La eficacia está directamente relacionada al seguimiento. A partir de la década de los 50, se inició el desarrollo de la psicofarmacología con el uso generalizado de medicamentos anti-psicóticos, anti-depresivos y ansiolíticos⁽³⁾. En los Estados Unidos desde 1970, estos medicamentos generan una economía de aproximadamente 40 billones de dólares, 13 billones en costo por tratamiento y 27 billones por gastos indirectos. Sin tratamiento modernos, los pacientes generalmente pasaban una cuarta parte de su vida en el hospital y mitad de su vida incapacitados⁽⁴⁾.

El tratamiento para el TAB tiene grandes y serios problemas, entre los cuales se encuentran, la falta de control debido al trastorno, el aumento inevitable de las hospitalizaciones y el aumento en el costo por cuidados de salud. Debido a su magnitud, la falta o el poco seguimiento del tratamiento se constituyen en un problema de salud pública. La bibliografía ha señalado algunos motivos para esta falta de seguimiento en el tratamiento medicamentoso: no aceptación de la enfermedad, el paciente no encuentra una razón para tomar la medicación, el paciente piensa que el medicamento le hará mal, el paciente puede estar sufriendo los efectos colaterales desagradables de la medicación y pensar que esta, le causa limitación más que alivio en su vida⁽⁵⁾.

De esta forma, fue propuesto estudiar el tratamiento medicamentoso entre este tipo de personas, debido al creciente interés en el asunto y a la necesidad de optimizar el tratamiento para estos clientes. La importancia de este estudio es reforzado por los aspectos epidemiológicos y evolutivos para el TAB. Con base en grandes estudios poblacionales, las estimativas de prevalencia para el TAB son de aproximadamente 1% para el trastorno bipolar tipo I y II. A partir de la introducción del concepto de espectro bipolar que amplía la intensidad para el TAB, las estimativas son más altas, aproximadamente en 5% a 8%. Individuos con la enfermedad, tienen mayores tasas de desempleo y están sujetos a utilizar servicios médicos y ser hospitalizados⁽⁶⁾.

Teniendo en consideración la escasez de estudios que enfoquen el seguimiento medicamentoso, el significado de este fenómeno para el paciente y el conocimiento sobre la importancia en el uso de medicamentos para los individuos con TAB, se cree que una mejor comprensión de los factores asociados y determinantes de esta realidad, a partir de la perspectiva de quien lo pasa, permitirán probar intervenciones que optimicen el seguimiento y, tal vez mejoren el control del trastorno y las constantes internaciones. Además de ello, un trabajo de este tipo podrá contribuir para discutir con el equipo de salud involucrado en el tratamiento, buscando perfeccionamiento en la asistencia ofrecida a las personas con TAB y sus familias.

OBJETIVO

Identificar las barreras enfrentadas por las personas con TAB frente a la necesidad de usar de forma continua medicamentos para estabilizar el trastorno, en la perspectiva del paciente y su familia

METODOLOGÍA

Estudio que es parte de la tesis de doctorado intitulada: "Entre la cruz y la espada: el significado de la terapia medicamentosa para la persona con Trastorno Afectivo Bipolar, según la perspectiva del paciente y su familia", defendida en 2006. Desarrollado luego de tener la autorización del Comité de Ética en Investigación del Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de

São Paulo, en el domicilio de las personas con TAB, quienes realizaban seguimiento en un Servicio de Ambulatorio de Trastornos del Humor (APQHP) de un hospital universitario, de gran complejidad, situado en el interior de São Paulo.

Por ser un estudio cualitativo, el número de personas con TAB participantes y sus respectivos familiares no fueron previamente determinados, sin embargo fue producto de un proceso de "muestra teórica". "Muestra teórica" significa que la selección de los participantes es dirigida por el análisis, el cual va siendo encontrado. De esta forma, el criterio de selección es la relevancia teórica, para así descubrir el fenómeno estudiado⁽⁷⁾.

Para determinar los pacientes y familiares a ser entrevistados fueron utilizadas varias técnicas: la observación participante, las entrevistas informales con pacientes y familiares, recolección de datos durante la espera de sus consulta en el APQH, verificación de la historia clínicas y a través de los cuestionarios con los médicos y enfermeros para la obtención de datos sobre la terapia medicamentosa en pacientes. La muestra fue por "bola de nieve", este método consiste en definir una muestra a través de la indicación de personas, las cuales comparten o conocen a otros individuos que tienen interés por la investigación⁽⁸⁾.

Determinamos como criterio de inclusión para el estudio: tener diagnóstico médico de TAB, estar usando medicamento (s) psicotrónico(s), estar apto a expresarse verbalmente y consentir por escrito su deseo de participar del estudio. De la misma forma fue entrevistado un familiar de cada paciente, siendo consideradas las personas más involucradas o responsables por su tratamiento y que manifestaron por escrito su deseo de participar del estudio.

La entrevista grabada con 14 personas con TAB y sus familiares. La principal estrategia para obtención de los datos fue la observación participante durante las visitas domiciliarias, en los meses de febrero de 2005 a enero del 2006. La entrevista, como fuente básica de recolección de datos fue complementada por Notas de Campo realizadas por la investigadora durante las visitas en el servicio ambulatorio y en los domicilios. 'La entrevista semi-estructurada tuvo como aspecto inicial para el paciente: "Dígame sobre que significa para el Usted usar medicamentos prescritos por el médico en el servicio de psiquiatría" y para el familiar "Dígame sobre cómo es la vida de su familiar que usa medicamentos prescritos por el médico, en psiquiatría". Las preguntas guía direccionaron los puntos

de estudio a ser explorados. Nuevas preguntas fueron colocadas, de acuerdo con las respuestas de los participantes y las técnicas para realizar las entrevistas, con la intención de aclarar y fundamentar la experiencia ("¿podría contar un poco más sobre ese asunto?", "¿Cuál es su opinión con relación a este asunto?", entre otras).

El análisis de los datos fue basado en la Teoría Fundamentada en los Datos (TFD), según la Interacción Simbólica. Considerando que la premisa básica de la TFD es la comparación constante, la recolección y el análisis de los datos realizada de forma conjunta. De este modo, el primer paso para este análisis fue la propia transcripción de los datos, seguida de la codificación de los mismos. Los procedimientos de codificación son presentados en tres etapas que se complementan: codificación abierta, codificación axial y codificación selectiva⁽⁹⁾.

La codificación abierta es la parte del análisis que se refiere, a la denominación de los fenómenos por medio del examen minucioso de los datos, línea por línea⁽⁹⁻¹⁰⁾. La comparación de los códigos entre sí, dio origen a las categorías. Estas fueron integradas a través de la codificación axial. La identificación de las categorías permitió realizar la codificación selectiva que dio origen a la categoría central "Encontrándose entre la espada y la cruz" con relación a los medicamentos, mostrando la ambigüedad del medicamento como un símbolo. En esta fase, todos los conceptos y categorías fueron sistemáticamente relacionados con la categoría central, y a partir de este fue realizado el análisis de sus relaciones. En este artículo se optó por presentar las barreras enfrentadas y descritas por las personas con TAB frente a la necesidad de usar continuamente medicamentos para estabilizar los trastornos. El proceso de análisis condujo a dos categorías: experimentar pérdidas afectivas y cognitivas, así como tener varias limitaciones. Para preservar el anonimato de los pacientes involucrados, se optó por identificarlos a través de las letras del alfabeto. Para identificar al familiar de cada paciente se aumentó la letra "F" antes de la letra del alfabeto correspondiente al mismo.

RESULTADOS

Los testimonios de los participantes de este estudio muestran que el trastorno y los medicamentos imponen al individuo con TAB convivir con las barreras, como descrito a seguir.

Manifestar pérdidas afectivas y cognitivas

Manifestar pérdidas afectivas

La fragilidad emocional de los pacientes, debido a las crisis, provoca muchas veces dificultades afectivas. Ellos se quejan que cuando consiguen encontrar un(a) compañero (a), con frecuencia su relacionamiento sufre influencias de los familiares del (la) mismo (a). Los testimonios de los familiares confirman tales influencias. Ellos consideran que por ser una persona con trastorno mental, el paciente no puede ser capaz de ofrecer los cuidados que una familia exige:

Experimente preconceitos afectivos, los tres enamorados que tuve, los perdí por causa del trastornos. Él dijo que ellos (familia) se sentaron para conversar y decidieron que no iba a ser una buena compañera para él... no iba poder ser madre, cuidar de su hijo sola en una ciudad tan grande. Entonces él creía que no iba a ser autosuficiente para eso (G)

Fue muy difícil, mi familia presionó mucho para separarme. Cuando dicen que la mujer se separó de su esposo porque es enfermo mental, yo no juzgo esto de ninguna manera y pienso: que realmente es muy difícil. Nosotros convivimos porque tenemos una propuesta diferente de vida (FH).

La impotencia sexual como consecuencia de los síntomas presentes en la fase de depresión por los efectos adversos de los medicamentos, pueden dificultar aún más la relación conyugal. Para el caso del hombre, este aspecto es muy complejo debido a los elementos culturales que le impusieron su comportamiento sexual. Cuando la persona con TAB no asume el rol sexual que la sociedad le establece, se siente impotente no solo físicamente, sino moralmente:

Hasta cierto punto yo estaba relacionándome con una persona, pero no me fue bien, estoy con un problema de ...¿cómo se dice? De libido. Es difícil, entonces, cómo es que uno pueden tener una relación con una persona, si de pronto uno no responde, no estaba teniendo ni erección. Es una cosa que incomoda, es un desgaste emocional muy fuerte para mí (I).

Riperdal acabó conmigo, me dejó completamente incapacitado para mantener relaciones amorosas con mi esposa, estuve un año y cuatro meses abstemio, completamente loco (E).

Además de las pérdidas afectivas, la persona con TAB convive con las pérdidas cognitivas debidas al trastorno y a los efectos adversos de los medicamentos.

Mencionar pérdidas cognitivas

La persona con TAB considera sus actividades cognitivas perjudicadas debidas al tratamiento medicamentoso. Quejas sobre la dificultad para concentrarse, inclusive en las actividades que le proporcionan placer y por falta de memoria, inclusive de aquellas actividades que realizaba diariamente, como la lectura, la organización de sus cosas, entre otros.

No consigo....recordar....no recuerdo fechas....mi memoria es un cero a la izquierda...mi cabeza no funciona...(I)

Me volví desorganizado en mi vida. Comencé a perder las cosas, no sabía donde las ponía, comencé a perder algunas nociones, leía y no captaba, a pesar de que siempre me gusto leer mucho, veía una película y no entendía (L).

Los olvidos cognitivos, como la dificultad de memorizar, asociados a otros aspectos inherentes a la evolución del trastorno, pueden constituirse en un factor que limita la vida diaria.

Tener varias limitaciones

Presentar limitaciones en los estudios

A pesar de querer estudiar, algunas personas con TAB no consiguen estudiar, generalmente debido a los frecuentes y largos periodos de ausencia por la crisis y las hospitalizaciones. Quienes tienen ya experiencia en las crisis, al retornar a sus estudios, sienten miedo durante las nuevas tentativas. Quienes consiguen estudiar tienen que convivir con la posibilidad de crisis inclusive dentro de las clases; cuando esto ocurre, se sienten vulnerables frente al preconceito. Sus testimonios muestran tentativas frustradas de retornar al estudio:

Intenté estudiar, solo que por causa del miedo no pude. En el 81, tuve una crisis pues fui a la escuela y no conseguí estudiar, estude solo hasta el sexto grado, quería terminar para tener mejor futuro en la vida, pero no pude(D)

Dificulta el estar dentro de una clase, tener crisis y que las personas tengan preconceito de ti...se necesita tomar medicamentos y no se puede salir de las clases...ahora el medicamento daba sueño, ningún profesor entendía. Iba al ministerio de educación para explicar la situación para no perder el año, pero ellos también no entendían... así, perdí casi dos años, por causa de mi problema (K)

Las limitaciones en los estudios asociados a las crisis y a los efectos adversos de los medicamentos pueden provocar limitaciones en el trabajo.

Presentar limitaciones en el trabajo

Los testimonios de los pacientes expresan la dificultad de ellos mantener un trabajo o inclusive ingresar al mercado de trabajo, luego de manifestar su trastorno. Entre los factores que pueden contribuir para tal limitación, según la perspectiva del paciente, se encuentran los síntomas del trastorno y la percepción según los propios pacientes, la falta de estructura emocional para asumir la responsabilidad que cualquier trabajo exige. Sentirse no preparados para el trabajo. Inclusive cuando consiguen uno, frecuentemente su desempeño está alterado debido a la presencia de efectos adversos de los medicamentos, como temblores y somnolencia, entre otros. Sus testimonios revelan que el medicamento asume una connotación negativa, de algo que limita sus acciones:

No trabajo hace diez años. De aquí para allá, no fue falta de voluntad, fue falta de condición, de estructura... no conseguí empleo, no pude encararlo (E)

... Mi trabajo es muy ocupado y los medicamentos a veces me perjudicaban La visión, los temblores, todo dificultó! (C)

Limitó, porque antes hacía muchas cosas, al mismo tiempo y podía. Ahora no puedo hacer todo tan rápido, puede pasarme alguna cosa, mi físico no responde como antes... creo que se debe a las drogas en el organismo, es ese el efecto adverso (F)

Debido a las crisis por el trastorno y las hospitalizaciones psiquiátricas no es raro que la persona con TAB permanezca un tiempo con permiso y luego de terminar su licencia-salud sea despedida. La limitación funcional como consecuencia de los efectos adversos de los medicamentos, entre ellos, la somnolencia constituye un importante factor de riesgo para que los pacientes sean despedidos. Hay situaciones en las que a pesar de que desean continuar trabajando, el paciente no es productivo en el empleo, siendo necesario su jubilación por invalidez. Si para algunos, la jubilación es una ganancia, para otros puede representar pérdida de autonomía y económica, pérdida en sus relaciones sociales, en su autoestima. Considerando que el paciente además de ser llamado de enfermo mental, recibe con la jubilación el título de inválido frente a la sociedad:

Con relación a mi enfermedad esta fue empeorando más y más, entonces mis jefes no me quisieron más... tuve un trabajo en el cual estuve un año de permiso, luego el día que regrese me dijeron: mira, lamentablemente ya hay otra persona en tu lugar (D).

... del trabajo yo me jubilé, por invalidez, salí del banco por invalidez... no podía trabajar ¿cómo iba a trabajar? Tomaba muchos medicamentos, me sentaba en el suelo...entonces me retiraron (N)

La limitación en el trabajo, generalmente provoca limitación financiera.

Tener limitaciones financieras

La limitación financiera es aún relacionada con la sintomatología del trastorno, tanto en la fase de manía como en la depresión. En la fase maníaca, el optimismo injustificado, la autoconfianza, la grandeza y el poco juicio, llevan con frecuencia a la persona con TAB a realizar actividades que generan gastos excesivos, endeudamientos, negocios precipitados, que pueden destruir al individuo económicamente. Por otro lado, en la fase de depresión la persona se siente exhausta, impotente por estar en su mundo interno, en su angustia, puede olvidarse de cumplir con sus compromisos de diversos tipos, inclusive los financieros. Tales actitudes, consideradas negativas, durante los episodios maniacos o depresivos, pueden traerle consecuencias perjudiciales:

Gaste de más, compre cosas sin tener condición. Compulsivamente(E)

Perdí mi carro, porque deje de pagar, esto fue durante la fase de depresión (L)

Para las personas con TAB que realizan seguimiento en la red pública, generalmente son prescritos medicamentos dados por el Sistema Único de Salud (SUS). En ocasiones cuando no hay medicamentos en los servicios de salud o aquellos que reciben solo las recetas médicas, tienen la necesidad de comprarlos y considerando las altas dosis consumidas, provoca que su economía sea comprometida. Esta situación es también observada en los testimonios de los familiares:

Es lógico (se compromete la economía), por ejemplo yo tomo 280 comprimidos de litio por mes (I)

Ella (paciente) no quiso tomar el depakene que el médico le recetó, pues le hacía mal, entonces le cambiaron para valpakine. Este es mejor solo que debo comprarlo y esta la situación difícil...(FB)

Las limitaciones en el trabajo, como consecuencia de los problemas financieros y las reacciones adversas de los medicamentos pueden provocar limitaciones en sus actividades de distracción.

Tener limitaciones en el ocio

La somnolencia es un efecto colateral citado por la persona con TAB como ocasionando limitaciones en sus actividades de ocio. Como generalmente requieren tomar medicamentos por la noche, perciben que no pueden realizar ninguna actividad nocturna de diversión. Inclusive cuando tiene episodios de diarrea, el paciente puede sentirse avergonzado y limitado para frecuentar locales públicos, comprometiendo su vida social. En este contexto y fundamentado en experiencias previas, la persona con TAB favorece su interacción con el medicamento, dejando de lado su vida social, conforme los testimonios y de sus familiares:

Diarrea es terrible, pues uno no puede salir... mi horario de tomar el comprimido es a las 10 de la noche, después de las 10 no salgo para ningún lugar. Es una limitación... Si tomo el medicamento ¿Me duermo en la calle? ¿Voy a dormir de pie? No se puede, uno si toma el comprimido tiene que dormir (D)

Él jugaba futbol, hacía ejercicio, ahora no puede hacerlo, no anda casi nada, solo lo necesario dentro de casa. Dice que se cansa mucho (FH)

Otra limitación mencionada por la persona con TAB, en su cotidiano, se refiere al permiso de conducir.

Tener limitaciones para conducir vehículos

A pesar de querer conducir vehículo, la persona con TAB no tiene la fuerza para hacerlo, pues teme que las reacciones adversas de los medicamentos, como somnolencia, ceguera, tontura, entre otros, puedan ocasionar accidentes. Hay pacientes que quieren y les gusta dirigir, pero tienen la influencia de personas, inclusive de familiares, que le sugieren no hacerlo, pues usa psicotrópicos. Sin embargo hay familiares que consideran que puede dirigir, pues además de ser un derecho para el paciente con TAB, es un aspecto que favorece su autoestima y autonomía. Las cuales se encuentran disminuidas por causa del estigma y de las propias crisis, de acuerdo con los testimonios a seguir:

... dirijo bien, me gusta dirigir, es algo que me hace bien, algunas personas piensa que porque tomo medicamentos no puedo dirigir (K)

... ella no puede dirigir a pesar de ella querer. Pues ella es distraída, ella no presta atención...a pesar de ello quiere volver a dirigir, una muere de miedo (FL)

Entonces ¿por qué usted (médico) no le da el permiso para conducir? ¿Sólo porque es enfermo psiquiátrico? Porque eso le ayuda a ser más autónomo, lo libera, eleva su autoestima... Entonces esto es muy importante para él (FH)

La persona con TAB expresa en sus testimonios, que convivir con mucho obstáculos, los obliga a sobreponerlos y resolverlos para que pueda alcanzar una calidad de vida.

DISCUSIÓN

La persona con TAB vive estas crisis de forma gradual, acompañada de pérdidas y limitaciones dentro de las varias esferas de su vida⁽¹¹⁾. En este estudio, los testimonios mostraron pérdidas afectivas y cognitivas, limitaciones financieras, en su trabajo, etc. Los datos presentados apoyados en la bibliografía indican que las limitaciones y pérdidas progresivas se asocian, entre otros factores, a las reacciones adversas de los medicamentos y a la sintomatología durante las crisis. Con relación a la crisis, principalmente en la fase de manía, los pacientes pueden tener comportamientos de agresividad con los familiares y otras personas de su ambiente social⁽¹²⁾. Comportamientos de grandiosidad, de comprar compulsivamente y de agitación psicomotora son muy frecuentes en esta fase del trastorno. Siendo una fase de preconcepción y rechazo por parte del grupo social⁽¹³⁾, tal como se evidencia en los testimonios de las personas con TAB de este estudio.

Con respecto a la fase de depresión, por pasar por una intensa angustia, el paciente no tiene motivación en su trabajo, ni para su autocuidado, para los estudios, así como para mantener vínculos con las personas⁽⁴⁾. De este modo, casi siempre, durante la exacerbación de los síntomas para ambas fases del trastorno, se requieren las hospitalizaciones psiquiátricas.

Las crisis y hospitalizaciones inviabilizan la permanencia de la persona con TAB en el ambiente de trabajo, siendo frecuentes los casos de permisos con posteriores despidos⁽¹⁴⁾. En este estudio, los pacientes expresaron su dificultad para mantener sus empleos o inclusive entrar en el mercado de trabajo, una vez aparecido el trastorno, como resultado del preconcepción social o por sentirse incapaces. Como consecuencia, pasan limitaciones y pérdidas

financieras y sociales. En la bibliografía sobre la temática algunos trabajos apoyaron estos resultados⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Al estar desempleados, pierden sus roles sociales reconocidos y su autoestima, pasando por sentimientos de exclusión social, inclusive a pesar de los beneficios por seguridad social disminuir sus problemas financieros, esta presente la vergüenza por el sueldo de jubilación y por no ofrecer lo necesario a su familia⁽¹⁶⁾.

Para algunas personas con trastorno afectivo existe deterioro cognitivo. En ese sentido, estudios evaluaron su desempeño en actividades cognitivas, demostrando perjuicio en los test de atención y memoria⁽¹⁷⁾. Con respecto a las pérdidas afectivas, la tasa de divorcios es aproximadamente dos a tres veces mayor al ser comparadas con individuos "normales"⁽¹⁸⁾. Aproximadamente el 50% de todos los conyugues mencionaron que no se habrían casado o tenido hijos con su pareja, si hubieran sabido que ellos tendría un trastorno de humor⁽¹⁹⁾.

Con relación al dirigir vehículos automovilísticos, por requerir concentración, atención, reflejos rápidos, velocidad psicomotora, capacidad de decisión, entre otras habilidades, los trastornos mentales interfieren de diversas formas en esta actividad, sea por: los síntomas psicopatológicos, por asociación con el abuso y/o dependencia de sustancias, y debido al tratamiento farmacológico⁽²⁰⁾. Se constata que la capacidad de dirigir puede encontrarse perjudicada tanto con tratamiento medicamentoso y sus efectos adversos, como sin tratamiento, debido a la exacerbación de los síntomas

psicopatológicos que corroboran los resultados de este estudio.

CONSIDERACIONES FINALES

Los testimonios mostraron que el tener TAB o el utilizar medicamentos psicoactivos dificulta su permanencia en la escuela, en el trabajo, en su estructura familiar y en la participación de actividades de tipo social. En esta perspectiva fue observado que la ambivalencia con respecto a la terapia medicamentosa expresa su deseo de tomar o no los medicamentos. Los pacientes perciben que, cualquiera que sea la dirección adoptada, esta lo conducirá a un contexto de preconcepción, de pérdidas y limitaciones en las diversas etapas de su vida. Tanto debido a los efectos adversos de los medicamentos, como por las crisis y constantes hospitalizaciones, principalmente por no tomar sus medicamentos.

Los resultados de este estudio tiene implicancias directas para la asistencia a los pacientes con TAB con tratamiento medicamentoso, permitiendo la implementación de acciones de acuerdo con las demandas. Dentro de tales estrategias, podemos sugerir: adecuado proceso psico-educativo para el paciente y su familia, con la finalidad de ampliar conocimientos y compartir experiencias, estimular a los pacientes para preguntar sobre su terapia medicamentosa, actuando como compañeros en el tratamiento y realizando visitas domiciliarias, especialmente en aquellas personas con TAB, identificadas como de riesgo para no seguir su tratamiento.

REFERENCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID 10). 18ª ed. São Paulo: EDUSP, 2000
2. Müller-Oerlinghausen B, Retzow A, Henn FA, Giedke H, Walden J. Valproate as an adjunct to neuroleptic medication for the treatment of acute episodes of mania: a prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter study. *Clin Psychopharmacol* 2000; 20(2):195-203.
3. Townsend MC. Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidados. Guanabara Koogan; 2002.
4. Stuart GW, Laraia MT. Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001.
5. Jorge MAS. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, organizadores. Textos de apoio em saúde mental. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2003.
6. Lima MS, Tassi JL, Novo IP, Mari JJ. Epidemiologia do transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica* 2005; 32(supl1):15-20.
7. Richards L, Morse JM. User's Guide to Qualitative Methods. 2ª ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2007.
8. Biernacki P, Waldford D. Snowball sampling: problems and techniques of chain referral sampling. *Sociol Methods Res* 1981; 2:141-63.
9. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: grounded theory, procedures and techniques. Newbury: Park Sage; 1990.
10. Cassiani SHB, Caliri MHL, Pelá NTR. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. *Rev Latino-am Enferm* 1996; 4(3):75-88.
11. Ketter TA, Houston JP, Adams DH, Risser RC, Meyers AL, Williamson DJ, Tohen M. Differential efficacy of olanzapine and lithium in preventing manic or mixed recurrence in patients

with bipolar I disorder base don number of previous manic or mixed episodes. *J Clin Psychiatr* 2006; 67(1): 95-101.

12. Lauber C, Eichenberger A, Luginbühl P, Keller C, Rossler W. Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2003; (18):285-9.

13. Moreno RA, Moreno DH, Ratzke R. Diagnosis, treatment and prevention of mania and hipomania within the bipolar disorder. *Rev Psiquiatr Clín* 2005; 32 (Suppl. 1): 39-48.

14. Tucci AM, Kerr-Correa F, Dalben I. Ajuste social em pacientes com transtorno afetivo bipolar, unipolar, distimia e depressão dupla. *Rev Bras Psiquiatr* 2001; 23(2):79-87.

15. Koga M, Furegato ARF. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. *Cienc Cuidado e Saúde* 2002; 1(1): 75-9.

16. Gomes JCR. Desemprego, depressão e sentido de

coerência: uma visão do desemprego sob o prisma da saúde pública. [Dissertação]. Escola nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa; 2003.

17. Bearden CE, Glahn DC, Monkul ES, Barrett J, Najt P, Villarreal V, Soares J. Patterns of memory impairment in bipolar disorder and unipolar major depression. *Psychiatr Res* 2006; 142(2-3):139-50.

18. Moreno RA, Moreno DH, Soares MBM et al. Anticonvulsants and antipsychotics in the treatment of Bipolar Disorder. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26 (Suppl.3):37-43.

19. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7ª ed. Porto Alegre: ArtMed; 2003.

20. Moreno DH. Psicofármacos e direção. *Rev Psiquiatr Clín* 1998; 25(1):13-5.