



Revista Colombiana de Psiquiatría

ISSN: 0034-7450

revista@psiquiatria.org.co

Asociación Colombiana de Psiquiatría
Colombia

Sarmiento Suárez, María José; Strejilevich, Sergio; Gómez-Restrepo, Carlos; Gil Lamus, Laura; Gil, Fabián

Uso de medicinas complementarias y alternativas en pacientes con trastorno afectivo bipolar en Colombia

Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 39, núm. 4, 2010, pp. 665-682

Asociación Colombiana de Psiquiatría
Bogotá, D.C., Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80619231002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Uso de medicinas complementarias y alternativas en pacientes con trastorno afectivo bipolar en Colombia

María José Sarmiento Suárez¹

Sergio Strejilevich²

Carlos Gómez-Restrepo³

Laura Gil Lamus⁴

Fabián Gil⁵

Resumen

Introducción: La medicina complementaria y alternativa (MCA) está adquiriendo un papel importante en el contexto de la atención sanitaria en salud mental. *Objetivo:* Describir el uso de las MCA en pacientes con trastorno afectivo bipolar (TAB), realizando una aproximación al impacto que este tipo de medicinas puede generar en el diagnóstico temprano de la enfermedad y la adherencia al tratamiento. *Método:* Se recogió una muestra consecutiva de pacientes adultos con diagnóstico de TAB, quienes asistían a tratamiento psiquiátrico en las instituciones participantes entre mayo del 2008 y mayo del 2009. Se administró una encuesta anónima, estructurada y autoaplicada. *Resultados:* Se obtuvo información sobre 66 mujeres y 34 hombres; edad promedio, 45,5 años (desviación estándar 14,9 años). El 29,3% reportó que desde el inicio de los síntomas del TAB hasta el diagnóstico por un psiquiatra transcurrieron más de 5 años; el 31,6% refería haber recurrido a MCA como primera atención sanitaria. Las consultas a sacerdotes y la asistencia a misas de sanación constituyeron las prácticas más utilizadas, junto con la medicina homeopática, la bioenergética, las esencias florales, la acupuntura y el yoga. *Discusión y conclusiones:* Aunque existen demoras en recibir un diagnóstico adecuado y un tratamiento oportuno, y a su vez insatisfacción con los servicios de la MC, este estudio permite un acercamiento al impacto de las MCA; sin embargo, se requiere más investigación orientada a conocer las expectativas y necesidades de los pacientes, que en lo posible integre los recursos terapéuticos disponibles para el tratamiento del TAB.

¹ Médica psiquiatra. Pontificia Universidad Javeriana. Práctica privada. Bogotá, Colombia.

² Médico psiquiatra. Grupo de Trastornos Afectivos. Instituto de Neurociencias Favaloro. Buenos Aires, Argentina.

³ Médico psiquiatra. Psicoanalista. MsC en Epidemiología Clínica. Director del Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística y profesor asociado del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

⁴ Médica psiquiatra. Pontificia Universidad Javeriana. Hospital Federico Lleras. Ibagué, Colombia.

⁵ Bioestadístico. Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística de la Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

Palabras clave: trastorno afectivo bipolar, medicina complementaria y alternativa.

Title: Use of Complementary and Alternative Medicine by Patients with Bipolar Disorder

Abstract

Introduction: Complementary and alternative medicine (CAM) has acquired an important role in the context of mental health care. *Objective:* To describe the use of Complementary and Alternative Medicine in patients with bipolar affective disorder (BD), examining the impact this kind of medicine can have on the early diagnosis of the illness and on the adherence to treatment. *Method:* A structured, anonymous, and self-administered survey was conducted among 100 adult patients affected by Bipolar Disorder in Colombia, between May 2008 and May 2009. *Results:* We obtained data on 100 subjects, 66 women and 34 men, with a mean age of 45.5 years (SD 14.9 years). 29.3% reported that from the onset of symptoms until the diagnosis of BD by a psychiatrist more than 5 years had passed; 31.6% confirmed the use of CAM as primary health care. Consultations with priests and attending healing masses were the most commonly used practices, along with homeopathic medicine, bioenergetic medicine, flower essences, acupuncture, and yoga. *Discussion and conclusions:* Although there can be delays in receiving proper diagnosis and timely treatment, as well as dissatisfaction with CM services, this study gives us an initial approach to the impact of CAM in this regard. More research is needed, however, in this field in order to discover patients' expectations and needs, as well as an adequate mental health care which integrates, as much as it is possible, all the therapeutic resources available for the treatment of BD.

Key words: Bipolar affective disorder, complementary and alternative medicine.

Introducción

En la historia, los pueblos han desarrollado multiplicidad de prácticas orientadas al mantenimiento de la salud, en cuanto a la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades, tanto físicas como mentales, lo cual constituye un conjunto de conocimientos basados en teorías, creencias y experiencias propias de las diferentes culturas, que pueden ser explicables o no, en las cuales se fundamenta la *medicina tradicional* (MT) (1,2)

Durante el último decenio, la utilización de la MT se ha extendido a escala mundial y ha sido adoptada por poblaciones distintas a sus culturas de origen, con el nombre de *medicina complementaria y alternativa* (MCA). Este tipo de medicinas agrupa un conjunto de diversas prácticas de atención en salud que no se consideran actualmente parte de la *medicina convencional* (MC) (1,3).

Dado lo heterogéneo de dichas prácticas, influenciadas fuertemente por la historia, las creencias y la cultura de donde son originarias, el Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM), dependencia del Instituto Nacional de Salud (NIH) de los Estados Unidos, ha tratado de agruparlas en cinco dominios (Tabla 1), al reconocer como bases comunes una visión holística de la vida, el equilibrio entre la mente, el cuerpo y su entorno, y el énfasis en la salud, no en la enfermedad (1,3). Este enfoque sobre el

Tabla 1. Clasificación de las terapias alternativas

| Sistemas médicos integrales | | |
|--|--|----------------------------|
| Se construyen con base en sistemas completos de teoría y práctica, que han evolucionado de manera separada de la medicina convencional | Cultura oriental | |
| | Medicina ayurveda Yoga Medicina tradicional china Acupuntura | |
| | Cultura occidental | |
| | Medicina homeopática Medicina naturista | |
| Medicina de intervenciones mente-cuerpo | | |
| Orientada a afianzar la capacidad de la mente para influir sobre la función y los síntomas corporales | Meditación Hipnosis Oración y aliento espiritual | |
| | Terapias que utilizan soluciones creativas | |
| | Musicoterapia Danzaterapia Arteterapia | |
| Terapias biológicas | | |
| Se basan en la utilización de sustratos biológicos que se encuentran en la naturaleza | Esencias florales Terapia de hierbas Dietas especiales Cartilago de tiburón | |
| Terapias de manipulación basadas en el cuerpo | | |
| Hacen énfasis en la manipulación o movimiento de una o más partes del cuerpo | Masaje Osteopatía Quiropraxia | |
| Terapias sobre la base de la energía | | |
| Terapias del biocampo | Procuran afectar los campos de energía que rodean y penetran el cuerpo | Reiki Toque terapéutico |
| Terapias bioelectromagnéticas | Implican el uso de campos electromagnéticos que fluyen del centro de la Tierra | Biomagnetismo |

Fuente: tomado y adaptado del Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (3).

individuo aunado a la diversidad, la flexibilidad y la amplia aceptación dentro de la población de este tipo de prácticas, hace que la MT y la MCA resulten una propuesta atractiva para muchos, y adquiere un papel

importante en el contexto actual de la atención sanitaria (1,4).

Mientras la MT sigue estando ampliamente utilizada en los países en vías de desarrollo, donde además de estar firmemente arraigada en sus

sistemas de creencias, su amplio uso se atribuye a su accesibilidad, asequibilidad y bajo costo. Según la OMS, en algunos países asiáticos y africanos, el 80% de la población depende de la MT para recibir atención primaria en salud (2). Por su parte, la MCA ha aumentado su popularidad en países en cuyos sistemas de salud predomina la MC; entre el 70% y el 80% de esta población refiere haber recurrido alguna vez a algún tipo de MCA (2). Sin desconocer el papel de la MC para responder de forma competitiva a las necesidades sanitarias, la MCA se presenta como una alternativa diferente, especialmente en el tratamiento de las enfermedades crónicas (1,4,5).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en Colombia, donde aún un alto porcentaje de la población requiere la MT para recibir atención en salud y existe insatisfacción con los tratamientos que proporciona la MC, se estima que el 40% de la población utiliza MCA para satisfacer sus necesidades sanitarias (6). Este fenómeno reviste especial importancia en la atención en salud mental, si se tienen en cuenta los datos de las últimas encuestas nacionales realizadas en los Estados Unidos, donde reportan que uno de cada cinco usuarios de MCA cumple criterios para al menos un diagnóstico de enfermedad mental (7,8). Las tasas más altas de consultas con MCA se han encontrado en pacientes con depresión mayor y trastorno de pánico; sin embargo,

estudios recientes han reportado el uso frecuente de MCA en pacientes con trastorno afectivo bipolar (TAB) y esquizofrenia (7,8).

Dentro de las trayectorias de atención de los pacientes con enfermedad mental, especialmente de los pacientes con TAB, es común encontrar que el primer contacto ocurre con consejeros religiosos, brujos o proveedores de MCA, y la consulta a un profesional en salud mental se realiza cuando la situación se vuelve inmanejable (9). En consecuencia, se ha detectado que un porcentaje significativo de personas con TAB sufren notorias demoras desde el momento en que realizan la primera consulta hasta ser diagnosticadas correctamente, y reciben en promedio dos diagnósticos errados, lo que potencialmente puede agravar el curso natural de la enfermedad, al retardar la instauración de un tratamiento adecuado (10-12). Estas demoras se han asociado tanto con un aumento en el número de suicidios y hospitalizaciones, como con una menor recuperación funcional y baja calidad de vida (13-15).

Aunque actualmente la MC cuenta con una multiplicidad de tratamientos farmacológicos, psicoterapéuticos y psicoeducativos orientados a disminuir significativamente la carga mórbida del TAB, más de la mitad de los pacientes no obtienen un beneficio pleno de éstos (16). Los estudios reportan tasas de no adherencia al tratamiento en pacientes con TAB, entre el 20% y el

50% (17). El acceso limitado a dichos tratamientos, las respuestas parciales, la presencia de efectos adversos y el rechazo de los pacientes para la toma de la medicación, se han considerado las principales causas de mal cumplimiento terapéutico (5,17-19).

Estas situaciones generan la percepción de una atención en salud mental insuficiente para dichos pacientes, quienes, al padecer entidades crónicas, con un fuerte impacto funcional, altas tasas de comorbilidades médicas, gran variedad de síntomas psiquiátricos e importantes efectos secundarios de la medicación, buscan alternativas diferentes a la MC que les ayuden para aliviar sus síntomas y mejorar su calidad de vida, por lo cual no es infrecuente el uso de MCA (19).

Teniendo en cuenta lo anterior, es nuestro interés con el presente estudio, describir el uso de las MCA en pacientes con TAB, al realizar una aproximación al impacto que este tipo de medicinas puede generar en cuanto al diagnóstico temprano de la enfermedad y la adherencia al tratamiento, ya que, hasta el momento, es escasa la evidencia disponible en este sentido para nuestra población.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo binacional, con un muestreo por conveniencia de pacientes adultos, con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar, realizado según criterios DSM-IV, quienes se

encontraban en periodo de eutimia (YMRS < 6 puntos, MDRS < 6 puntos) y asistían a consulta psiquiátrica a los centros participantes en Buenos Aires (Argentina) y Bogotá (Colombia), previa aprobación del protocolo por el comité de ética de cada una de las instituciones. A todos los participantes se les informó acerca del anonimato de los datos y del carácter voluntario de su participación, la cual fue aceptada mediante firma de consentimiento informado.

Se recogió una muestra consecutiva de 100 pacientes en cada centro, a quienes se les administró una encuesta anónima estructurada autoaplicada, diseñada por los investigadores para el estudio, que incluía preguntas acerca de datos sociodemográficos, historia de la enfermedad mental y uso de MCA. La encuesta fue diligenciada por cada participante, algunos de los cuales recurrieron a la ayuda de un familiar, en caso de no saber leer o no sentirse capacitado para llenarla por sí mismo. Una vez finalizada, los participantes depositaron la encuesta en una urna sellada, identificada y habilitada para ello, la cual fue abierta por el coordinador local del estudio al final del muestreo, para impedir la identificación del participante por el momento en que fue diligenciada y depositada la encuesta. El tiempo promedio que tardaron los participantes para responder la encuesta fue de 20 minutos.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables contenidas en la

encuesta, para lo cual se emplearon medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas y tablas de frecuencia para las variables cuantitativas. Adicionalmente, se compararon las variables demográficas, de historia de la enfermedad mental y de uso de MCA entre los pacientes que refiere haber recurrido a algún tipo de MCA antes de su primer contacto con la MC y quienes realizaron la primera consulta al sistema de salud de MC; del mismo modo, se compararon las variables para los pacientes que refieren haber recibido concomitantemente MCA y MC durante el curso de la enfermedad y para los que no. El grado de significación empleado para la evaluación de las diferencias entre los grupos fue del 5%. El análisis estadístico fue realizado en el programa Stata 10.1.

Resultados

Presentamos los resultados de la muestra recolectada en Colombia, donde se obtuvo información sobre 100 sujetos, 66 mujeres y 34 hombres. La edad promedio de los sujetos del estudio fue de 45,5 años (desviación estándar 14,9 años). El 49% de la población reportó ser soltero; el 58%, tener estudios universitarios; el 30%, estar desempleados al momento de realizar la encuesta; el 68%, practicar la religión católica, y el 44%, pertenecer al estrato socioeconómico 3. El 38% de los encuestados refiere haber recurrido a algún tipo

de MCA antes de su primer contacto con la MC, mientras el 52% refiere haber recibido concomitantemente MCA y MC durante el curso de la enfermedad (Tabla 2).

Los pacientes encuestados relatan que su motivación principal para realizar las consultas a la MCA fue aliviar los síntomas del TAB (36%). El 18% refiere haberlas realizado para considerar otras opciones de tratamiento y el 4% manifiesta haber consultado la MCA porque el tratamiento de la MC no ha sido efectivo. Del 38% de los pacientes encuestados que refieren haber consultado inicialmente con proveedores de MCA antes de su primera consulta a la MC, un 13% refiere haber recurrido a la medicina homeopática; otro 13%, a la medicina bioenergética, y el 27%, a sacerdotes y misas de sanación; mientras el 10% recibió tratamiento con acupuntura; el 11%, con yoga, y el 17% con esencias florales.

De los pacientes encuestados que manifiestan haber recibido concomitantemente MC y MCA, el 20% reporta consultas con medicina homeopática; el 16%, con medicina bioenergética; el 19%, con sacerdotes y misas de sanación. Mientras el 13% recibe tratamiento con acupuntura, el 17% realiza yoga y el 19% consume esencias florales (Tabla 4). El 28% de los pacientes manifiestan que las consultas con proveedores de MCA y los tratamientos derivados de éstas les han ayudado “mucho”; el 16% reporta que lo ha ayudado “bastante”; el 11% “poco”, y el 14% no

ha percibido que le hayan ayudado. El 40% de los pacientes refiere no continuar realizando estas consultas en la actualidad, mientras el 24% las realiza de manera periódica.

Discusión

Los datos de las últimas encuestas nacionales realizadas en los Estados Unidos y algunos países latinoamericanos demuestran que los pacientes con enfermedades mentales son más proclives al uso de MCA que los pacientes con enfermedades físicas (7,20,21). Los resultados de nuestro estudio muestran una prevalencia importante del uso de MCA en pacientes con TAB; es más frecuente en mujeres, en edad media, en altos niveles educativos y en quienes reportaron estar empleados al momento de realizar la encuesta. Estas características sociodemográficas se relacionan con las encontradas en la mayoría de estudios acerca del uso de MCA en pacientes con enfermedades mentales (7,18,22).

Al tratarse de una población mayoritariamente católica, encontramos que las consultas a sacerdotes y la asistencia a misas de sanación constituyen una de las prácticas más utilizadas por los pacientes de la muestra en el curso de la enfermedad, lo que pone en evidencia el papel fundamental de las creencias espirituales en cuanto a la percepción de la enfermedad mental y los cambios en esta condición que pueden

sobrevenir con la oración. En uno de los pocos estudios realizados sobre el uso de MCA en pacientes con TAB, se encontró que el 86% de los pacientes recurría a la oración para sentirse mejor (19).

La medicina homeopática, la medicina bioenergética y el uso de esencias florales se posicionan como otros de los principales proveedores de MCA en nuestros pacientes, prácticas que en nuestro país se encuentran ampliamente difundidas, pero que hasta el momento no han sido descritas en la literatura revisada para este tipo de pacientes. Los datos reportados en los pocos estudios sobre el uso de MCA en pacientes con TAB muestran un mayor uso de medicina tradicional china (acupuntura), masajes, meditación y medicina ayurveda (yoga) (18,19,22-24).

Estos datos son consistentes con los nuestros; se encontró que la acupuntura y el yoga son frecuentemente utilizados por los pacientes con TAB. Las prácticas de los *sistemas médicos integrados* parecen ser las más utilizadas, probablemente en respuesta a que hacen parte de la MT de culturas milenarias; sin embargo, los participantes refieren haber utilizado otras prácticas, como *reiki*, aromaterapia, sanación pránica, reflexología, biomagnetismo, iridoterapia y coloroterapia, algunas de las cuales han sido reportadas en pacientes con enfermedades mentales mayores, por Russinova y colaboradores (24). Adicionalmente,

Tabla 2. Características sociodemográficas de la muestra de los pacientes con TAB que accedieron como primera consulta a los servicios de MCA

| Características | Colombia | | Primera consulta | | Primera consulta | | Cotratamiento | | Sin tratamiento | | |
|-----------------------|-----------|--------|------------------|--------|------------------|--------------|---------------|--------|-----------------|--------|--------------|
| | | | MCA | | MC | | MCA | | Con MCA | | |
| | (N = 100) | % | (N = 38) | % | (N = 62) | P valor | (N = 52) | % | (N = 48) | % | P valor |
| Sexo | | | | | | 0,639 | | | | | 0,892 |
| Femenino | 66 | 66,0% | 24 | 63,1% | 42 | 67,7% | 34 | 65,4% | 32 | 66,7% | |
| Masculino | 34 | 34,0% | 14 | 36,9% | 20 | 32,3% | 18 | 36,4% | 16 | 33,3% | |
| Edad | | | | | | 0,21 | | | | | 0,137 |
| Promedio en años (DS) | 45,5 | (14,9) | 43,1 | (15,0) | 47 | (14,9) | 43,4 | (14,4) | 47,8 | (15,4) | |
| Estado civil | | | | | | 0,839 | | | | | 0,409 |
| Casado | 16 | 16,0% | 5 | 13,2% | 11 | 17,7% | 7 | 13,5% | 9 | 18,7% | |
| Separado | 13 | 13,0% | 6 | 15,7% | 7 | 11,3% | 6 | 11,5% | 7 | 14,6% | |
| Soltero | 49 | 49,0% | 18 | 47,4% | 31 | 50,0% | 30 | 57,7% | 19 | 39,6% | |
| Unión libre | 10 | 10,0% | 5 | 13,2% | 5 | 8,1% | 5 | 9,6% | 5 | 10,4% | |
| Viudo | 12 | 12,0% | 4 | 10,5% | 8 | 12,9% | 4 | 7,7% | 8 | 16,7% | |
| Escolaridad | | | | | | 0,823 | | | | | 0,624 |
| Ninguna | 3 | 3,0% | 1 | 2,6% | 2 | 3,2% | 1 | 1,9% | 2 | 4,2% | |
| Primaria | 11 | 11,0% | 3 | 7,9% | 8 | 12,9% | 3 | 7,7% | 7 | 14,6% | |

| | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----|-------|----|-------|----|-------|--------------|----|-------|----|-------|--------------|
| Secundaria | 28 | 28,0% | 10 | 26,3% | 18 | 29,0% | | 10 | 28,9% | 13 | 27,1% | |
| Universitarios | 58 | 58,0% | 24 | 63,2% | 34 | 54,9% | | 24 | 61,5% | 26 | 54,1% | |
| Ocupación actual | | | | | | | 0,894 | | | | | 0,3 |
| Estudiante | 7 | 7,0% | 2 | 5,3% | 5 | 8,1% | | 6 | 11,5% | 1 | 2,1% | |
| Desempleado | 30 | 30,0% | 10 | 26,3% | 20 | 32,3% | | 15 | 28,8% | 15 | 31,2% | |
| Empleado | 27 | 27,0% | 12 | 31,6% | 15 | 24,2% | | 11 | 21,2% | 16 | 33,3% | |
| Independiente | 19 | 19,0% | 7 | 18,4% | 12 | 19,3% | | 11 | 21,2% | 8 | 16,7% | |
| Pensionado | 17 | 17,0% | 7 | 18,4% | 10 | 16,1% | | 9 | 17,3% | 8 | 16,7% | |
| Religión | | | | | | | 0,184 | | | | | 0,565 |
| Católica | 68 | 68,0% | 23 | 60,5% | 45 | 72,6% | | 35 | 67,3% | 33 | 68,7% | |
| Cristiana | 15 | 15,0% | 9 | 23,7% | 6 | 9,7% | | 8 | 15,4% | 7 | 14,6% | |
| Evangélica | 2 | 2,0% | 0 | 0,0% | 2 | 3,2% | | 2 | 3,8% | 0 | 0,0% | |
| Otra | 15 | 15,0% | 6 | 15,8% | 9 | 14,5% | | 7 | 13,5% | 8 | 16,7% | |
| Estrato socioeconómico | | | | | | | 0,706 | | | | | 0,066 |
| Estrato 1 | 5 | 5,0% | 1 | 2,6% | 4 | 6,5% | | 3 | 5,8% | 2 | 4,2% | |
| Estrato 2 | 15 | 15,0% | 4 | 10,5% | 11 | 17,7% | | 3 | 5,8% | 12 | 25,0% | |
| Estrato 3 | 44 | 44,0% | 19 | 50,0% | 25 | 40,3% | | 22 | 42,3% | 22 | 45,8% | |
| Estrato 4 | 18 | 18,0% | 6 | 15,8% | 12 | 19,3% | | 11 | 21,1% | 7 | 14,6% | |
| Estrato 5 | 12 | 12,0% | 6 | 15,8% | 6 | 9,7% | | 8 | 15,4% | 4 | 8,3% | |
| Estrato 6 | 6 | 6,0% | 2 | 5,3% | 4 | 6,5% | | 5 | 9,6% | 1 | 2,1% | |

Tabla 3. Historia del trastorno afectivo bipolar en pacientes que reciben tratamiento con MCA y MC

| Características | Colombia | | Primera consulta | | Primera consulta | | Cotratamiento | | Sin cotratamiento | | |
|---|-----------|--------|------------------|--------|------------------|---------|---------------|---------|-------------------|--------|--------------|
| | (N = 100) | % | MCA | | MC | | Con MCA | | (N = 48) | % | P valor |
| | | | (N = 38) | % | (N = 62) | % | (N = 52) | % | | | |
| Edad promedio del inicio síntomas TAB | | | | | | | | | | | 0,25 |
| Mediana (rango) | 23 | (4-78) | 23 | (9-56) | 23 | (4-78) | 22 | (8-78) | 25 | (4-52) | |
| Edad promedio del primer episodio que interfirió con sus actividades habituales | 26 | (4-78) | 27 | (4-63) | 25 | (12-78) | 25 | (12-78) | 29 | (4-63) | 0,046 |
| Edad promedio de la primera consulta al sistema de salud | 25 | (4-78) | 25 | (4-63) | 25 | (8-78) | 24 | (8-78) | 32 | (4-64) | 0,024 |
| Tiempo desde el inicio de síntomas y el diagnóstico por psiquiatría | | | | | | | | | | | 0,736 |

| | | | | | | | | | | | |
|--|----|-------|----|--------|----|-------|----|--------|----|-------|--------------|
| Menos de un año | 41 | 41,4% | 16 | 42,1% | 25 | 41,0% | 21 | 41,2% | 20 | 41,7% | |
| Entre 1 y 2 años | 19 | 19,2% | 6 | 15,8% | 13 | 21,3% | 9 | 15,7% | 11 | 22,9% | |
| Entre 3 y 4 años | 10 | 10,1% | 4 | 10,5% | 6 | 9,8% | 5 | 9,8% | 5 | 10,4% | |
| Más de 5 años | 29 | 29,3% | 12 | 31,6% | 17 | 27,9% | 17 | 33,3% | 12 | 25,0% | |
| Actualmente recibe tratamiento | | | | | | | | | | | |
| Farmacológico | 99 | 99,0% | 38 | 100,0% | 61 | 98,4% | 52 | 100,0% | 47 | 97,9% | 0,296 |
| Psicoterapéutico | 30 | 30,0% | 11 | 29,0% | 19 | 30,7% | 17 | 32,7% | 13 | 27,1% | 0,541 |
| Psicoeducativo | 16 | 16,0% | 8 | 21,1% | 8 | 12,9% | 13 | 6,3% | 3 | 25,0% | 0,011 |
| Nivel de cumplimiento con el tratamiento farmacológico actual | | | | | | | | | | | 0,077 |
| Buen cumplimiento | 59 | 59,6% | 18 | 47,4% | 41 | 67,2% | 31 | 59,6% | 28 | 59,6% | |
| Cumplimiento parcial | 24 | 24,2% | 3 | 7,9% | 3 | 4,9% | 14 | 26,9% | 10 | 21,3% | |
| Mal cumplimiento | 10 | 10,1% | 14 | 36,8% | 10 | 16,4% | 2 | 3,9% | 8 | 17,0% | |
| No hay cumplimiento | 6 | 6,1% | 3 | 7,9% | 7 | 11,5% | 5 | 9,6% | 1 | 2,1% | |

Tabla 4. Uso de medicina complementaria y alternativa en pacientes con trastorno afectivo bipolar

| | Antes de consultar la MC | | Después de consultar la MC | |
|--|--------------------------|------|----------------------------|------|
| | N | % | N | % |
| Sistemas médicos integrales | | | | |
| Medicina homeopática | 13 | 13,0 | 20 | 20,0 |
| Medicina bioenergética | 13 | 13,0 | 16 | 16,0 |
| Medicina ayurveda | | | | |
| Yoga | 11 | 11,0 | 17 | 17,0 |
| Medicina tradicional china | | | | |
| Acupuntura | 10 | 10,0 | 13 | 13,0 |
| Medicina de intervenciones mente-cuerpo | | | | |
| Sacerdotes y misas de sanación | 27 | 27,0 | 19 | 19,0 |
| Terapias biológicas | | | | |
| Esencias florales | 17 | 17,0 | 19 | 19,0 |
| Aromaterapia | 4 | 4,0 | 5 | 5,0 |
| Terapias de manipulación basadas en el cuerpo | | | | |
| Reflexología, reflexoterapia | 3 | 3,0 | 5 | 5,0 |
| Terapias sobre la base de la energía | | | | |
| Reiki | 4 | 4,0 | 4 | 4,0 |
| Biomagnetismo | 1 | 1,0 | 3 | 3,0 |
| Sanación pránica | 4 | 4,0 | 6 | 6,0 |
| Medicina tradicional | | | | |
| Brujos | 7 | 7,0 | 6 | 6,0 |
| Chamanes | 3 | 3,0 | 4 | 4,0 |
| Adivinos | 3 | 3,0 | 8 | 8,0 |
| Curanderos | 2 | 2,0 | 0 | 0,0 |
| Sobanderos | 1 | 1,0 | 0 | 0,0 |
| Otras MCA no clasificadas | | | | |
| Astrología | 2 | 2,0 | 2 | 2,0 |
| Iridoterapia | 2 | 2,0 | 0 | 0,0 |
| Coloroterapia | 2 | 2,0 | 4 | 4,0 |
| Otros | 9 | 9,0 | 3 | 3,0 |

vemos cómo la MT colombiana, representada en consultas a brujos, chamanes, adivinos y curanderos, sigue siendo parte importante de la atención sanitaria en nuestro país.

A la luz de las trayectorias de atención, los pacientes con TAB tienden a buscar ayuda en diferentes fuentes, siguiendo caminos asistenciales que confluyen en la MC y/o en la MCA. Berenzon y Juárez, en un estudio realizado en Ciudad de México, encontraron que de las personas entrevistadas que padecían de TAB, sólo el 46% de los hombres acudió directamente con un especialista en salud mental, mientras que el 65% de las mujeres informaron haber iniciado su camino de atención con un médico general, continuar la búsqueda de una respuesta a su padecer con un especialista en salud mental y encontrarse al momento de la entrevista apoyándose en las terapias alternativas (10).

Un estudio realizado en centros terapéuticos de Chile y Argentina encontró que el tipo de profesional con el que se realizaba la primera consulta se correlacionaba significativamente con la posibilidad o no de sufrir demoras en el diagnóstico (14). A pesar de las barreras que existen para consultar a la MC, se estima que el 80% de las personas que padecen una enfermedad mental, eventualmente realizan contacto con el sistema de salud, y puede transcurrir cerca de una década desde el inicio de los síntomas hasta el primer contacto; en los pacientes

con trastornos del afecto se han reportado demoras de entre seis y ocho años (11,20).

Estos datos son consistentes con lo encontrado en nuestro estudio, en el que un tercio de la población encuestada refiere que entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico de la enfermedad transcurrieron más de cinco años. El 38% de los participantes refirieron haber realizado el primer contacto con los servicios de la MCA; sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las demoras en el diagnóstico con quienes realizaron el primer contacto con sistemas de salud de la MC, por lo que se requerirían estudios orientados a evaluar si hay diferencias clínicamente significativas en este aspecto, en cuanto a la severidad de la enfermedad y el funcionamiento global del paciente.

Las demoras en el diagnóstico también se han visto asociadas con el tiempo que transcurre entre el inicio de los síntomas del TAB y el primer contacto con un sistema de salud. En un estudio realizado por Wang y colaboradores, en Estados Unidos, se encontró que sólo el 39,1% de los pacientes con TAB consultaron durante el primer año después del inicio de los síntomas (11). Estos datos son consistentes con los nuestros, ya que sólo el 41,1% de los participantes refiere haber consultado durante el primer año después de iniciados los síntomas de la enfermedad.

Estas demoras en realizar el contacto con los sistemas de salud se han visto más frecuentemente asociadas con trastornos no severos y en personas jóvenes, aunque algunos estudios reportan que sólo el 49% de los individuos en episodio de manía refieren haber consultado algún servicio de salud (9,20). Nosotros encontramos que la primera consulta al sistema de salud sólo se realizó ante la presencia del primer episodio afectivo que interfirió con las actividades habituales del paciente y transcurrieron en promedio tres años desde el inicio de los síntomas de la enfermedad hasta la presencia de este episodio.

Astin considera que la insatisfacción con los tratamientos proporcionados por la MC es una de las posibles razones para que los pacientes con enfermedades mentales utilicen la MCA. Los estudios realizados en este sentido son poco concluyentes, ya que aunque han reportado tasas de insatisfacción menores del 10%, éstas no incluyen a quienes manifiestan recurrir a la MCA como último recurso ni a quienes perciben que la MC no los ha ayudado, lo que supondría cierto grado de insatisfacción con la MC (25,26).

Pero, en general, los pacientes con trastornos mentales que usan MCA reportan niveles más bajos de satisfacción con el uso de la MC (7,18). Aunque en nuestro estudio las dos terceras partes de la población refieren adecuados niveles

de satisfacción con el tratamiento proporcionado por la MC, las motivaciones principales para realizar las consultas con la MCA fueron aliviar los síntomas de la enfermedad y considerar otras opciones de tratamiento, lo que manifiesta cierta insatisfacción con los tratamientos convencionales. Adicionalmente, una de las limitaciones de nuestro estudio es que todos los pacientes encuestados se encontraban recibiendo tratamientos convencionales, por lo cual es posible que las tasas de insatisfacción sean mayores y estos individuos se encuentren desvinculados de los sistemas de salud de la MC.

Estudios realizados en otras poblaciones han encontrado que una de las motivaciones principales para realizar consultas con la MCA radica en que sus fundamentos son congruentes con las creencias y pensamientos filosóficos de los pacientes (26). Las MCA promueven la recuperación más allá del manejo de los síntomas, al mejorar el funcionamiento global, por lo que la mayoría de pacientes que utilizan MCA también se encuentran en tratamientos médicos convencionales, y consideran la MCA más complementaria que sustituta de la MC (7,24).

En nuestro estudio, el 52% de los pacientes refieren recibir concomitantemente MC y MCA. Los participantes aluden buenos niveles de cumplimiento con el tratamiento de la MC, sin percibir que las intervenciones de la MCA influyan sobre

la adherencia al tratamiento; sino, por el contrario, con una percepción positiva sobre el beneficio que las MCA representan sobre su salud mental, por lo que la MCA resulta más complementaria que alternativa. Estos datos se correlacionan con lo reportado por Jarman y colaboradores, quienes no encontraron una relación significativa entre la adherencia al tratamiento y el uso de MCA (27). Por ello, deben explorarse otras razones que expliquen las altas tasas de no adherencia al tratamiento en los pacientes con enfermedades mentales, como el acceso, el costo y la conciencia de enfermedad.

Autores como Bronfman plantean que el uso entremezclado de diferentes sistemas de atención cumple con, al menos, dos funciones: por una parte, se amplían las opciones y se maximizan los recursos curativos con los que se cuenta, y, por otra, se atienden distintos aspectos de una misma enfermedad, que no pueden ser satisfechos por un solo sistema de salud, dada su complejidad (28).

El TAB compromete a cada persona de forma diferente y afecta su funcionalidad en el núcleo familiar, laboral y social en distintos ámbitos, por lo cual los pacientes recurren a diversas estrategias para sentirse bien, lo que implica no sólo estar libres de síntomas, sino tener el control de la enfermedad (23). En este punto, la MC parece ser insuficiente, ya que en muchas ocasiones la atención a dichos pacientes se limita

a los periodos de crisis, mientras la MCA se orienta más a la recuperación funcional (23,24). Por tanto, la psicoeducación se convierte en un pilar fundamental en el tratamiento de los pacientes con TAB, y se debe incluir dentro de estos programas la discusión respecto a las MCA.

Aunque algunos profesionales en salud mental consideran las MCA como intervenciones seguras y atractivas, otros las perciben como irrelevantes, pero inocuas; sin embargo, el conocimiento sobre los riesgos y beneficios de ellas es insuficiente, por lo cual las investigaciones en este sentido deben llevarse conjuntamente entre proveedores de MCA y de MC, con el fin de articular las intervenciones de cada sistema en el tratamiento del TAB, para que los pacientes obtengan el mayor beneficio posible.

Un diagnóstico correcto y precoz de la enfermedad, una adecuada comprensión de los paradigmas del tratamiento y una buena relación con el sistema de salud resultan ser elementos clave para lograr mayor eficacia en el tratamiento de estos trastornos (23,29).

Conclusión

El uso de la MCA en los pacientes con TAB es un fenómeno complejo que pone en evidencia las fallas del sistema de salud de la MC en nuestra población, para el manejo de las enfermedades mentales. Los pacientes presentan demoras tanto en realizar

el primer contacto con el sistema de salud como en recibir un diagnóstico adecuado y un tratamiento oportuno; a su vez, se sienten insatisfechos con los servicios de la MC a la hora de cubrir sus necesidades sanitarias, por lo cual, dentro de las trayectorias de atención, es frecuente encontrar consultas con proveedores de MCA.

Aunque este estudio nos permite un acercamiento al impacto que pueden tener dichas consultas sobre el diagnóstico temprano de la enfermedad y la adherencia al tratamiento, a la luz de las limitaciones, futuros estudios deberán estar orientados a comparar grupos de pacientes que reciban MC y MCA como única atención, y establecer sus implicaciones sobre el curso natural de la enfermedad.

Teniendo en cuenta que los pacientes con TAB buscan permanente recursos para aliviar los síntomas de la enfermedad y procurarse una mejor calidad de vida, integrar tanto las intervenciones de la MC como las de la MCA en un sistema ágil, oportuno y eficiente, comprendiendo las limitaciones y los alcances de cada una, parece ser la respuesta para que los pacientes obtengan un beneficio pleno de las opciones terapéuticas disponibles, por lo cual las políticas públicas de salud mental deberán orientarse en este sentido.

Agradecimientos

Agradecemos a todos los pacientes que aceptaron participar en el estudio y el

apoyo brindado por la Asociación Colombiana de Pacientes Bipolares.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005 [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002 [Citado 31 mayo 2010]. Disponible en: whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf.
2. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva No. 134: Medicina tradicional [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008 [Citado 31 mayo 2010]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/es/index.html>.
3. National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). What is Complementary and Alternative Medicine? [Internet]. Bethesda, MD; 2010 [Citado 31 mayo 2010]. Disponible en: <http://nccam.nih.gov/health/whatiscom/>.
4. Organización Mundial de la Salud. Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002 [Citado 31 mayo 2010]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4930s/>.
5. Perron BE, Jarman CN, Kilbourne AM. Access to conventional mental health and medical care among users of complementary and alternative medicine with bipolar disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2009;197(4):287-90.
6. Pan American Health Organization, World Health Organization. Traditional, complementary and alternative medicines and therapies. Washington, DC: Pan American Health Organization; 1999.
7. Unützer J, Klap R, Sturm R, Young AS, Marmon T, Shatkin J, et al. Mental disorders and the use of alternative medicine: results from a national survey. *Am J Psychiatry*. 2000;157(11):1851-7.
8. Wahlström M, Sihvo S, Haukkala A, Kiviruusu O, Pirkola S, Isometsä E.

- Use of mental health services and complementary and alternative medicine in persons with common mental disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 2008;118(1):73-80.
9. Wang J, Patten SB, Williams JV, Currie S, Beck CA, Maxwell CJ, et al. Help-seeking behaviours of individuals with mood disorders. *Can J Psychiatry.* 2005;50(10):652-9.
10. Berenzon S, Juárez F. Atención de pacientes pobres con trastornos afectivos de la Ciudad de México. *Rev Saúde Pública.* 2005;39(4):619-26.
11. Wang PS, Berglund P, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(6):603-13.
12. Hirschfeld RM, Calabrese JR, Weissman MM, Reed M, Davies MA, Frye MA, et al. Screening for bipolar disorder in the community. *J Clin Psychiatry.* 2003;64(1):53-9.
13. Goldberg JF, Ernst CL. Features associated with the delayed initiation of mood stabilizers at illness onset in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry.* 2002;63(11):985-91.
14. Strejilevich S, Retamal Carrasco P. [Perception of the impact of Bipolar Disorder and its diagnosis in health centers in Argentine and Chile]. *Vertex.* 2003;14(54):245-52. Spanish.
15. Gazallea FK, Andreazza AC, Cereseér KM, Hallal PC, Santin A, Kapczinski F. Clinical impact of late diagnose of bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2005;86(2-3):313-6.
16. Jeager J, Vieta E. Functional outcome and disability in bipolar disorders: ongoing research and future directions. *Bipolar Disord.* 2007;9(1-2):1-2.
17. Scott J, Pope M. Nonadherence with mood stabilizers: prevalence and predictors. *J Clin Psychiatry.* 2002;63(5):384-90.
18. Andreescu C, Mulsant BH, Emanuel JE. Complementary and alternative medicine in the treatment of bipolar disorder—a review of the evidence. *J Affect Disord.* 2008;110(1-2):16-26.
19. Kilbourne AM, Copeland LA, Zeber JE, Bauer MS, Lasky E, Good CB. Determinants of complementary and alternative medicine use by patients with bipolar disorder. *Psychopharmacol Bull.* 2007;40(3):104-15.
20. Wang PS, Berglund PA, Olfson M, Kessler RC. Delays in initial treatment contact after first onset of a mental disorder. *Health Serv Res.* 2004;39(2):393-415.
21. Berenzon S, Alanís S, Saavedra N. El uso de las terapias alternativas y complementarias en población mexicana con trastornos depresivos y de ansiedad: resultados de una encuesta en la Ciudad de México. *Salud Mental.* 2009;32(2):107-15.
22. Gray CM, Tan AW, Pronk NP, O'Connor PJ. Complementary and alternative medicine use among health plan members: a cross-sectional survey. *Eff Clin Pract.* 2002;5(1):17-22.
23. Russell SJ, Browne JL. Staying well with bipolar disorder. *Aust N Z J Psychiatry.* 2005;39(3):187-93.
24. Russinova Z, Wewiorski NJ, Cash D. Use of alternative health care practices by persons with serious mental illness: perceived benefits. *Am J Public Health.* 2002;92(10):1600-3.
25. Astin JA. Why patients use alternative medicine: results of a national study. *JAMA.* 1998;279(19):1548-53.
26. Rickhi B, Quan H, Moritz S, Stuart HL, Arboleda-Flórez J. Mental disorders and reasons for using complementary therapy. *Can J Psychiatry.* 2003;48(7):475-9.
27. Jarman CN, Perron BE, Kilbourne AM, Teh CF. Perceived treatment effectiveness, medication compliance, and complementary and alternative medicine use among veterans with bipolar disorder. *J Altern Complement Med.* 2010;16(3):251-5.
28. Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Ovieda J. "Hacemos lo que podemos": los prestadores de servicios frente al problema de la utilización. *Salud Pública Mex.* 1997;39(6):546-53.
29. Colom F, Strejilevich S, Vieta E. Psicoeducación en los trastornos bipo-

lares: un tratamiento consolidado y eficaz. En: Akisal H, Cetkovich-Bakmas M, García Bonetto G, Strejilevich S, Vázquez G. Trastornos bipolares:

conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2006. pp. 45-52.

Conflicto de intereses: Los autores manifiestan que no tienen conflictos de interés en este artículo.

Recibido para evaluación: 5 de octubre del 2010
Aceptado para publicación: 26 de noviembre del 2010

Correspondencia
María José Sarmiento
Calle 91 N° 19C-55, Cons. 206
Bogotá, Colombia
majosar@gmail.com