

11241



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AVENIDA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA DEPTO. DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA, HOSPITAL ESPAÑOL

“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR EN COMORBILIDAD CON CONSUMO DE ALCOHOL”

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE PSIQUIATRÍA

P R E S E N T A

JESUS ISRAEL GARCIA RIZO

ASESORES: DR. CARLOS SERRANO GOMEZ

DRA. MARIA DEL CARMEN LARA MUÑOZ

CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA DEPTO. DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL FACULTAD DE MEDICINA U. N. A. M.

MEXICO, D. F. A 11 DE SEPTIEMBRE 2004

Vo. Do. DR. ALEJANDRO DIAZ MARTIN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INTRODUCCIÓN

De acuerdo al DSM IV-TR, los pacientes con trastorno bipolar son quienes han tenido por lo menos un episodio de manía, el cual se caracteriza por cuadros de ánimo persistentemente elevado, expansivo o irritable, insomnio, mayor sociabilidad, auto estima exagerada, verborrea, hipersexualidad, desinhibición; en el tipo II de esta enfermedad los síntomas no alcanzan la severidad y el deterioro social, y permanecen con labilidad emocional importante durante episodios.

El trastorno bipolar es generalmente un padecimiento episódico, crónico con curso variable; en pacientes no tratados, pueden tener un total de 10 episodios de manía y depresión a lo largo de la vida, con la duración de los episodios tendiendo a la estabilidad después del cuarto o quinto de éstos.

Este trastorno es de los más discapacitantes dentro de la patología psiquiátrica, ya que ocasiona importante morbilidad psicosocial que frecuentemente afecta las relaciones de los pacientes con pareja, hijos, así como su ocupación y otros aspectos de la vida. Incluso durante periodos de eutimia, los pacientes pueden experimentar limitaciones en el funcionamiento psicosocial o síntomas residuales de hipomanía o depresión. Se estima que hasta un 60% de la gente diagnosticada con trastorno bipolar tipo I experimenta dificultades crónicas ocupacionales e interpersonales y síntomas subclínicos interepisódicos. Las tasas de divorcio son sustancialmente mayores en estos pacientes, siendo de dos a tres veces mayor en comparación con sujetos control. El estatus ocupacional de pacientes bipolares tiende a deteriorarse el doble que en sujetos control. La habilidad de los pacientes de cuidar de sí mismos, el grado de discapacidad o molestia, planes de crianza de hijos, contar con una red de apoyo como familia y amigos y recursos como crédito y

financiamientos influyen en la estrategia terapéutica, dentro de la que se debe tomar en cuenta otras características de estos pacientes, como abuso de sustancias, conductas de riesgo, presencia de síntomas psicóticos o deterioro cognitivo, así como violencia hacia terceros y el riesgo de suicidio; dentro de este último punto, cabe destacar que las tasas de suicidio en estos pacientes es alta, ya que se estima que hasta un 10 a 15% de individuos completan el suicidio.

### *Epidemiología*

El trastorno bipolar tipo I tiene una prevalencia relativamente alta. Afecta aproximadamente al 0.8% de la población, con estimados que varían entre 0.4% y 1.6%. Estas tasas son consistentes entre culturas y grupos étnicos. El trastorno bipolar tipo II afecta aproximadamente al 0.5% de la población. En los EU se estima que esta enfermedad afecta a 3 millones de personas. El estudio Epidemiológico de Área (ECA por sus siglas en inglés) reportó una edad media de inicio de 21 años para el trastorno bipolar, siendo el rango de edad de mayor presentación de la sintomatología entre las edades 15 a 19 años; en el estudio Encuesta de Comorbilidad Nacional (NCS por sus siglas en inglés), se encontró que la prevalencia a lo largo de la vida del trastorno bipolar varía del 0.3 al 1.5%, aunque este estudio sólo incluye datos de pacientes con trastorno bipolar tipo I. También encontró que la prevalencia en seis meses no es mucho más baja que a lo largo de la vida, lo que refleja el alto grado de cronicidad. Otro hallazgo relevante es que todos los individuos con trastorno bipolar sufrían como mínimo uno y hasta tres o más trastornos comórbidos. (20, 21) De todo lo anterior deriva la importancia de detectar y tratar adecuadamente a este subgrupo de pacientes.

### *Comorbilidad*

Se debe hacer un diagnóstico diferencial así como analizar las condiciones comórbidas; en primer lugar, los estados psicóticos asociados con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, muchas veces son indistinguibles de un cuadro maniaco, los cuadros de depresión mayor pueden confundirse con cuadros bipolares mixtos.

También el abuso de sustancias es común en estos pacientes, con pacientes de ambos sexos mostrando tasas mucho mayores de uso de sustancias comparados con la población general. Por ejemplo, el estudio ECA mostró que hasta el 46% de pacientes bipolares abusan o son dependientes de alcohol, contra un 13% de la población general, y hasta un 41% abusan o son dependientes de otras sustancias, contra 6% de sujetos control.

La comorbilidad con uso de sustancias se ha asociado típicamente a remisiones más lentas, mayores tasas de suicidio e intentos, así como peor pronóstico.

## JUSTIFICACIÓN

Se realizó una búsqueda en bases de datos como Cochrane, Medline y Ovid, encontrándose únicamente 8 estudios que determinan la calidad de vida de los pacientes con trastorno bipolar. Entre éstos, dos son artículos de revisión (22, 24), uno es en relación con tratamiento farmacológico (23), uno toma en cuenta la calidad de vida sólo en el rubro de salud general (26), dos más toman a los pacientes en distintas fases de la enfermedad (25, 28), y sólo uno de los artículos encontrados evalúa a los pacientes en eutimia (27); dentro de éstos, no se toma en cuenta como una de las variables, la presencia de enfermedades psiquiátricas comórbidas como el abuso de sustancias, por lo que se considera importante la realización de este estudio para mejorar la comprensión del

clínico acerca del manejo multidisciplinario de estos pacientes, dentro del cual, el psiquiatra debe ser el que esté a cargo, ya que se ha documentado que los tratamientos mejoran la percepción de la calidad de vida, así como el funcionamiento físico y social, incluso el rendimiento laboral (22).

Por otro lado, se intenta sensibilizar al médico acerca de la necesidad de sondear la presencia de comorbilidades, ya que suponemos que estas influirán sobre la percepción del paciente hacia el tratamiento y su respuesta al mismo.

## OBJETIVO

Este estudio pretende describir la autopercepción de la calidad de vida entre pacientes con trastorno bipolar, así como determinar los posibles factores que pudieran influir en esta evaluación.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un escrutinio transversal en 45 pacientes tanto de consulta como de hospitalización del Hospital Español de México, con diagnóstico de trastorno bipolar tipo I y II, del 1 de enero del año 2003 al 31 de enero del 2004, de acuerdo a los siguientes criterios:

### Criterios de inclusión

- 1- Diagnóstico de trastorno bipolar tipo I o tipo II por Manual de Diagnóstico Estadístico IV (DSM IV): se realizó una determinación de diagnóstico afectivo tipo bipolar por medio de un checklist con los criterios diagnósticos tanto para el tipo I como para el II.
- 2- Consentimiento informado: los pacientes fueron informados acerca de las mediciones a realizar y el objeto de éstas, las que se llevaron a cabo en los pacientes que estuvieron dispuestos a cooperar.

### Criterios de exclusión

- 1- Diagnóstico de trastorno esquizoafectivo tipo bipolar
- 2- Estado psicótico agudo que no permita cooperación por parte del paciente o estado depresivo severo que altere las respuestas a las escalas
- 3- Si el paciente acude en estado de intoxicación por alcohol, se espera a que remita éste para proponer entrada al estudio
- 4- Presencia de enfermedades médicas crónicas y discapacitantes, por ejemplo diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, lupus eritematoso sistémico, etc.

## VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

### *Variable dependiente*

La calidad de vida es el valor que se asigna a la duración de la vida modificada por la incapacidad, estado funcional, percepción y consecuencias sociales a causa de una enfermedad o accidente.

Para determinar esta variable se usará el Instrumento Breve de Evaluación de la Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL-BREF), el cual ha sido diseñado a partir de uno más amplio, el WHOQOL-100, con objeto de valorar la calidad de vida en diferentes grupos poblacionales de distintos países. El WHOQOL ha sido ampliamente estudiado, demostrando su utilidad para la valoración de la calidad de vida.

Consta de 26 cuestiones, 24 que exploran las mismas 24 áreas de la versión completa y dos más que valoran la calidad de vida de una forma global y el estado de salud general.

Investiga cuatro facetas de la calidad de vida:

Salud física: ítems 3, 4, 10, 15, 16, 17 y 18

Salud psicológica: ítems 5, 6, 7, 11, 19 y 26

Relaciones sociales ítems 20, 21, y 22

Ambiente: 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25

La versión completa, además, valora el área de nivel de independencia y la de espiritualidad/ religión.

Cada pregunta tiene 5 posibles respuestas que puntúan entre 1 y 5. Se obtienen 6 resultados: uno de calidad de vida global (ítem 1) y otro de salud general (ítem 2) y cuatro más, uno por cada una de las áreas valoradas y que se expresa como media de las puntuaciones de las cuestiones de cada una de ellas.

Su cumplimentación es auto administrada. La versión que presentamos es la de Lucas Carrasco, seleccionando los ítems recogidos en el artículo original.

Sus autores recomiendan su utilización en todas aquellas situaciones en que se precise valorar de una forma rápida la calidad de vida, por ejemplo en el trabajo clínico diario, en estudios epidemiológicos y en investigación clínica.

Proporciona una puntuación fiable en cada una de las áreas estudiadas, aunque los autores no proponen puntos de corte. Debe interpretarse a mayor puntuación, mayor calidad de vida.

Una de sus virtudes es la validez transcultural, de forma que puede resultar adecuada para la realización de estudios

multicéntricos en diversos países. En todo es comparable a la versión completa, salvo que las áreas valoradas se ven reducidas a cuatro en la versión breve.

**Consistencia:**

La consistencia interna es de 0,84 para el dominio “salud física”, 0,75 para “salud psicológica”, 0,66 para “relaciones sociales” y 0,80 para “ambiente”. La consistencia test - retest entre 2 y 8 semanas oscila entre 0,56 y 0,84. Por dominios es de 0,66, 0,72, 0,76 y 0,87, respectivamente.

**Validez:**

Su correlación con las puntuaciones del WHOQOL-100 son muy elevadas. Por dominios oscilan entre 0,89 y 0,95. Su validez discriminante para distinguir sujetos con buen estado de salud de aquellos con deficiente calidad de vida es en todo similar a la versión completa.

El análisis factorial de su estructura corrobora la existencia de cuatro factores principales.

Ha demostrado ser sensible al cambio tras la instauración de medidas correctoras o terapéuticas, aunque en algunos estudios la subescala “relaciones sociales” es la menos sensible al cambio.

*Variables independientes*

Se tuvieron en cuenta las siguientes variables generales: Edad, sexo y consumo de alcohol dentro del último año, con un patrón de uso o abuso determinado por la prueba de identificación de

trastornos por uso de alcohol, conocido como AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), el cual está basado en un proyecto de la OMS de colaboración entre seis países (Australia, Bulgaria, Kenya, México, Noruega y USA) que fue posteriormente estandarizado por Saunders y cols. Este mismo autor desarrolla en 1987 el núcleo de este cuestionario y unos años más tarde un estudio íntimamente relacionado, sobre las consecuencias del consumo de alcohol en atención primaria. En la autoría del cuestionario también tuvo un papel muy importante Babor.

Su objetivo era disponer de un instrumento capaz de detectar problemas no graves relacionados con el consumo de alcohol. Ha sido validado en español por Rubio.

Se trata de un cuestionario auto administrado que consta de 10 preguntas. Las 3 primeras hacen referencia a la cuantificación del consumo alcohólico (cantidad, frecuencia), de la 4 a la 6 comportamiento o actitud ante la bebida, de la 7 a la 8 reacciones adversas y las dos últimas problemas relacionados con el consumo de alcohol. El cuestionario investiga los hechos durante el último año.

Las ocho primeras cuestiones tienen 5 posibles respuestas, que se puntúan de 0 a 4 y las dos últimas 3 posibles respuestas que puntúan 0-2-4. El rango es de 0 a 40.

Nos encontramos ante un buen instrumento para detectar problemas leves y moderados relacionados con el alcohol, centrándose en el consumo perjudicial o abuso de alcohol. Resulta especialmente adecuado cuando se siguen los criterios de la CIE-10 sobre problemas relacionados con el consumo alcohólico.

En el trabajo de Saunders, se proponen dos puntos de corte con los siguientes valores de sensibilidad y especificidad:

Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad
8	92%	94%
10	80%	98%

En la validación española de Rubio los puntos de corte más eficaces para distintos tipos de población se indican a continuación:

Población	Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad
Población TOTAL	8	80%	90%
Varones	9	82%	90%
Mujeres	6	80%	87%
Mayores 60 años	5	83%	87%

Estos resultados se encuentran entre los más altos encontrados por otros autores (S: 32-96% y E: 84-96%) Estas amplias diferencias podrían deberse a problemas metodológicos (proporción de varones, edad media) o culturales (en países con gran permisividad sobre el consumo se obtendrían puntuaciones más altas por el peso de las preguntas sobre consumo. El caso contrario podría producirse al contestar los ítems relacionados con las consecuencias del consumo, tendiendo a minimizar las mismas, pudiendo aparecer más falsos negativos y disminuir la sensibilidad del test)

Una alta puntuación en los ítems 1 a 3 sugiere consumo peligroso de alcohol, si está se da en los ítems 4 a 6, posible dependencia alcohólica y si se da en las cuestiones 7 a 10 consumo perjudicial.

Se ha sugerido la influencia transcultural (con tasas muy variables de consumo alcohólico y diferentes actitudes sociales ante la misma) como un factor que puede alterar los resultados del cuestionario. Deberían realizarse estudios en otros ambientes como residencias o medio rural para ampliar la validez.

Consistencia:

La alfa de Cronbach es de 0,8.

Validez:

Posee buen índice de correlación con el MAST ( $r = 0,88$ ) y con determinaciones analíticas, como la GGT ( $r = 0,31$  en varones y  $0,46$  en mujeres)

Siguiendo los criterios de la OMS sobre problemas relacionados con el consumo de alcohol, si se establece un punto de corte 11 la sensibilidad es de 0,84 y la especificidad de 0,71. Si el punto de corte se sitúa en 13 la sensibilidad es de 0,7 y la especificidad de 0,78.

Se puntúa de 0 a 40, con puntos de corte en la validación en español de 8 en la población total, con una sensibilidad de 80% y una especificidad de 90%. Una puntuación alta en los reactivos 1 a 3 sugiere consumo peligroso de alcohol, si es en las preguntas 4 a 6 hay una posible dependencia a alcohol y si se puntúa alto en 7 a 10, orienta a un consumo perjudicial.

Una vez que se han realizado las mediciones previamente descritas, se separará a los pacientes en dos grupos de acuerdo al subtipo de trastorno bipolar (tipo I y tipo II); posteriormente se compararán ambos grupos en cuanto a características demográficas y se hará especial énfasis en auto determinación de calidad de vida entre estos.

### *Mediciones Estadísticas*

Se utilizó el programa estadístico FoxBASE + 2.10 (Fox software 1988) para el análisis estadístico de los datos.

Se tomaron en cuenta las siguientes variables: edad de inicio de la enfermedad bipolar, número de internamientos, los medicamentos que se estaban administrando al momento del estudio (carbamazepina, valproato, lamotrigina, topiramato, litio, clonazepam, lorazepam, olanzapina, risperidona, levomepromazina), las calificaciones de audit, así como las de escala de calidad de vida (WHOQOL) y se analizaron por medio de prueba de t o t de Student contra las variables sexo y tipo de enfermedad bipolar, ya sea bipolar tipo I o bipolar tipo II.

### RESULTADOS

Se obtuvo una población de 45 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, de los cuales, 18 (40%) se encontraban en eutimia, 6 (13.3%) en cuadro depresivo, 2 (4.4%) en estado hipomaniaco, 13 (28.9%) en manía y 6 (13.3%) cursaban un episodio mixto. A todos se les aplicaron las escalas previamente mencionadas. En el cuadro 1 se muestran las características demográficas de la población, sexo, escolaridad, estado civil y ocupación, esto en cuanto a número y porcentaje de pacientes.

CUADRO 1 – Variables demográficas de los pacientes estudiados (n = 45)

VARIABLES	Frecuencia	Porcentaje
<b>SEXO</b>		
Femenino	28	62.2
Masculino	17	37.8
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Soltero	21	46.7
Casado	12	26.7
Divorciado	10	22.2
Viudo	2	4.4
<b>ESCOLARIDAD</b>		
1 a 6 años	3	6.7
7 a 9 años	2	4.4
10 a 12 años	15	33.3
13 años o más	25	55.6
<b>OCUPACIÓN</b>		
Hogar	10	22.2
Empleado	11	24.4
Estudiante	5	11.1
Comerciante	6	13.3
Otro	6	13.3
Sin ocupación	7	15.6

Se encontró que la edad promedio de inicio de la enfermedad bipolar en esta muestra, fue de 28.08 años, con una desviación estándar (DE) de +7.44 años. El número de internamientos previos, en promedio fue de 2.86, con una desviación estándar de +-1.99.

En el cuadro 2 se muestra la distribución de los pacientes tanto en números totales (N), como en porcentaje, de acuerdo al subtipo de

trastorno bipolar, número de internamientos previos y se describe con detalle, las dosis de cada tipo de fármaco (en miligramos) al momento del estudio (puede no sumar 100% ya que no todos los pacientes tomaban todos los fármacos). Se hace notar que el mayor porcentaje de pacientes correspondía al diagnóstico de enfermedad bipolar tipo I (68.9%).

La mayoría de los pacientes han estado internados entre 2 y 4 veces (61.3%), dos pacientes debutaron con enfermedad bipolar al momento de la entrevista; las dosis más usadas de medicamentos fueron 900 mg de litio, 1000 mg de ácido valpróico, 1200 mg de carbamazepina, 4 mg de clonazepam, 1 mg de risperidona, en cuanto a olanzapina, se usaron por igual 10 y 20 mg, 200 mg de lamotrigina, 100 mg de topiramato, 12.5 mg de levomepromazina y 2 mg de lorazepam.

CUADRO 2 – Variables clínicas y farmacológicas de la población (N = 45)

	Frecuencia (N)	Porcentaje
<b>DIAGNÓSTICO</b>		
Trastorno bipolar tipo I	31	68.9
Trastorno bipolar tipo II	14	31.1
<b>NO. DE INTERNAMIENTOS PREVIOS</b>		
Ninguno	2	4.5
1	7	15.9
2 a 4	27	61.3
5 ó más	8	18.1
<b>TRATAMIENTO</b>		

FARMACOLÓGICO		
Litio		
600	3	20.0
900	5	33.3
1050	1	6.7
1200	3	20.0
Valproato		
600	1	8.3
1000	5	41.7
1500	2	16.7
1750	1	8.3
Carbamazepina		
800	3	18.8
1000	1	6.3
1200	9	56.3
1600	2	12.5
Clonazepam		
2	2	8.0
3	5	20.0
4	6	24.0
5	1	4.0
6	5	20.0
7	2	8.0
10	1	4.0
Risperidona		
1	4	21.1
2	3	15.8
3	3	15.8
4	3	15.8
6	2	10.5

7	3	15.8
Olanzapina		
5	2	10.5
10	7	36.8
15	2	10.5
20	7	36.8
Lamotrigina		
50	1	14.3
100	1	14.3
150	1	14.3
200	3	42.9
Topiramato		
100	3	37.5
150	1	12.5
200	2	25.0
Levomepromazina		
12	7	50.0
25	4	28.6
37	1	7.1
Lorazepam		
1	6	30.0
2	7	35.0
3	2	10.0
4	3	15.0

En el cuadro 3 se observan las dosis promedio en miligramos de cada medicamento que se administraba a los pacientes en el momento del estudio, en ambos grupos de padecimientos (bipolares I y II)

CUADRO 3 – Dosis Promedio de Fármacos

MEDICAMENTO	PROMEDIO (x)	DE
Litio	730.00	427.53
Carbamazepina	1087.50	372.15
Clonazepam	4.08	2.37
Risperidona	3.36	2.29
Olanzapina	13.15	6.28
Lamotrigina	128.57	80.91
Topiramato	106.25	77.63
Levomepromazina	15.78	10.33

Primeramente se compararon las variables en relación con el sexo para ver si hay diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a edad de inicio del trastorno bipolar, número de internamientos (cuadro 4), uso de medicamentos (cuadro 5), así mismo para evaluar si las calificaciones de calidad de vida (cuadro 6) difieren entre sexos. Se desarrollaron por separado cada dominio de la escala de calidad de vida, siendo estos calidad de vida global, salud general, salud física, salud psicológica, relaciones sociales, relación con el medio ambiente.

Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en los siguientes puntos: el uso de carbamazepina fue mayor en hombres que en mujeres ( $m = 1100.00$  vs.  $f = 1075.00$  [ $t = 7.83$ ,  $gl = 7.7$ ,  $p = 0.01$ ]); El número de internamientos previo no demostró una clara diferencia estadística, sin embargo, tuvo una relación discretamente mayor para las mujeres que para los hombres ( $m = 2.31$  vs.  $f = 3.17$  [ $t = 2.33$ ,  $gl = 27.15$ ,  $p = 0.08$ ]). Así mismo, se observó un mayor consumo de alcohol por auto reporte en hombres ( $m = 11.05$  vs  $f = 6.14$  [ $t = 1.09$ ,  $gl = 16.27$ ,  $p = 0.82$ ]), quienes también reportan mejor salud general ( $m = 2.58$  vs  $f = 1.75$  [ $t = 1.06$ ,  $gl = 27.16$ ,  $p = 0.96$ ]), salud psicológica ( $m = 10.07$  vs  $f = 8.67$  [ $t = 1.12$ ,  $gl =$

27.16,  $p= 0.82$ )y mejores relaciones con el medio ambiente ( $m= 11.54$  vs  $f= 9.92$  [ $t= 1.25$ ,  $gl= 16.27$ ,  $p= 0.59$ ]), sin que esto resultara significativo.

CUADRO 4 – Comparación de las variables clínicas por sexo

VARIABLE	MASCULINO	FEMENINO	t	gl	P
Edad de inicio	27.76	28.28	1.54	27.16	0.3693
Número de internamientos	2.31	3.17	2.33	27.15	0.0885

CUADRO 5 – Comparación de las variables farmacológicas por sexo

VARIABLE	MASCULINO	FEMENINO	t	gl	p
Litio	630.00	780.00	2.76	4.9	0.1900
Carbamazepina	1100.00	1075.00	7.83	7.7	0.0145
Clonazepam	4.15	4.00	2.36	12.11	0.1665
Risperidona	3.16	3.46	2.59	5.12	0.1640
Olanzapina	14.50	11.66	3.10	9.8	0.1262
Lamotrigina	100.00	140.00	4.71	1.4	0.1918
Topiramato	100.00	110.00	1.82	2.4	0.5488
Levomepromazina	18.50	13.75	2.61	5.7	0.2430

CUADRO 6 – Comparación de las variables de calidad de vida por sexo

VARIABLE	MASCULINO	FEMENINO	t	gl	p
Calidad de vida global	2.17	2.14	1.04	27.16	0.9617
Salud general	2.58	1.75	1.06	27.16	0.9235
Salud física	10.60	9.09	1.23	27.16	0.6724
Salud psicológica	10.07	8.67	1.12	27.16	0.8283
Relaciones	9.52	9.78	1.06	27.16	0.9301

sociales					
Ambiente	11.54	9.92	1.25	16.27	0.5951

En segundo término (Cuadro 7, 8 y 9) se compararon las mismas variables en relación con el tipo de enfermedad bipolar, ya sea tipo I o II, encontrándose que, estadísticamente, hubo diferencia en la edad de presentación de la enfermedad, siendo significativamente más temprano en la vida el diagnóstico de enfermedad bipolar tipo I (bp I =27.35 vs. bp II =29.71 [t =3.51, gl =13.30, p =0.0044]). El consumo de alcohol, auto reportado por AUDIT, fue mas alto en pacientes con trastorno bipolar tipo II, aunque esto no fue estadísticamente significativo (bp I= 7.90 vs bp II= 8.21 [t= 1.27, gl= 13.30, p= 0.56]). También cabe señalar que la mayoría de las calificaciones de las subescalas de calidad de vida fueron mayores en los pacientes con trastorno bipolar tipo II, a excepción de las relaciones sociales y con el medio ambiente, lo que podría reflejar que los pacientes con trastorno bipolar tipo I aún encontrándose en aparente eutimia, tienen mejor funcionamiento social.

CUADRO 7 – Comparación de las variables clínicas por tipo de Trastorno Bipolar

VARIABLE	BIPOLAR I	BIPOLAR II	t	gl	p
Edad de inicio	27.35	29.71	3.51	13.30	0.0044
Número de internamientos	3.00	2.53	1.92	30.12	0.2330

CUADRO 8 – Comparación de las variables farmacológicas por tipo de Trastorno Bipolar

VARIABLE	BIPOLAR I	BIPOLAR II	t	gl	p
Litio	703.84	900.00	1.07	12.1	1.0000
Carbamazepina	1244.44	885.71	3.20	6.8	0.1320

Clonazepam	4.94	2.25	1.22	7.16	0.6987
Risperidona	4.00	2.00	2.83	12.5	0.2586
Olanzapina	13.57	12.00	1.35	13.4	0.8366
Lamotrigina	112.50	150.00	4.25	3.2	0.3927
Topiramato	110.00	100.00	1.82	2.4	0.5488
Levomepromazina	17.90	8.00	2.21	10.2	0.7030

CUADRO 9 – Comparación de las variables de calidad de vida por tipo de Trastorno Bipolar

VARIABLE	BIPOLAR I	BIPOLAR II	t	gl	p
Calidad de vida global	2.00	2.50	1.31	13.30	0.5271
Salud general	1.83	2.57	1.03	13.30	0.9072
Salud física	9.25	10.57	1.26	30.13	0.6767
Salud psicológica	8.92	9.81	1.05	30.13	0.9753
Relaciones sociales	9.87	9.28	1.05	13.30	0.8736
Ambiente	10.83	9.87	1.05	30.13	0.9729

## CONCLUSIONES

La calidad de vida es una medición que hasta tiempos recientes ha tomado auge debido a la gran demanda por parte de los pacientes de tratamientos y medidas que no solo sean terapéuticos o paliativos, sino que realmente el paciente sienta una diferencia en cuanto a su funcionalidad y su capacidad de adaptación a las situaciones cotidianas.

La gran mayoría de las escalas que se han desarrollado para medir la calidad de vida, han sido básicamente para enfermedades crónicas,

incapacitantes, que cursan con dolor crónico, o con mal pronóstico para la vida como cáncer; el trastorno bipolar, así como la gran mayoría de las enfermedades mentales, cumplen con algunas de estas características, sin embargo, no existe un instrumento específico, a excepción de dos instrumentos para esquizofrenia, que son la QLS o Escala de Calidad de Vida, cuyo autor es el Dr. Heinrichs, et al y validada en español por el Dr. Rodríguez Fornells, et al, y la CSCV o Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida, cuyos autores son los Dres. Giner, Ibáñez, Baca, Bobes, Leal y Cervera, desarrollada en Sevilla, España. Además, debido a la ausencia de medidas específicas para la medición de calidad de vida en pacientes con enfermedad bipolar, se han recomendado algunas combinaciones de escalas (24), pero se evidencia la necesidad de desarrollar un instrumento que obvие el uso de una batería gruesa, poco específica y genérica.

Si aunamos a la discapacidad propia que pudiese producir el trastorno bipolar, la comorbilidad con consumo de alcohol, que en pacientes con enfermedad bipolar tipo I llega a ser hasta de un 60%; uso de múltiples medicamentos, con los efectos secundarios que estos acarrearán; los internamientos, que aún estando en un buen régimen medicamentoso pueden presentarse por la naturaleza cíclica de la enfermedad; la disfunción laboral, familiar y social que se presenta tanto en los cuadros depresivos como maniacos, que ocasiona un debilitamiento de la red de apoyo, todo esto hace evidente que la calidad de vida de los pacientes con trastorno bipolar acumula situaciones que la merman y que a pesar de esto, se le ha dado poca importancia en la literatura médica.

En este respecto, los pocos estudios que hay (8) demuestran que en cuanto a calidad de vida dentro de la salud general y las limitaciones laborales, los pacientes bipolares tienen calificaciones similares a las de los depresivos unipolares, e incluso mejores que las de pacientes con enfermedades crónicas no mentales.

Los resultados de este estudio nos muestran que hubo diferencias entre los grupos por sexo y por tipo de enfermedad bipolar, como son mayor uso de carbamazepina en hombres y una edad de presentación de la enfermedad más temprana en la vida para el trastorno bipolar tipo I, pero al comparar con las sub escalas de calidad de vida, se demuestra que ninguno de estos factores influye determinantemente en la auto percepción de los pacientes en cuanto a su calidad de vida global, salud en general, salud física, psicológica, y su capacidad de relacionarse con el medio ambiente general y social.

Un estudio desarrollado en Toronto, Canadá (27) en pacientes bipolares en eutimia, es el más relacionado con el presente estudio, ya que mide el grado de disfunción en múltiples áreas de la vida cotidiana, encontrando que los pacientes bipolares indicaron tener un grado de disfunción secundario a la enfermedad, similar a los pacientes con esclerosis múltiple y mayor incluso que los pacientes con enfermedad renal terminal y artritis reumatoide. Una diferencia entre ambos estudios es que en el antes mencionado encontraron que los pacientes con enfermedad bipolar tipo II reportaron mayor disfunción en todos los dominios comparados con los pacientes tipo I. Cabe recordar que en nuestro estudio, ninguna diferencia fue estadísticamente significativa.

Como último punto, se hace notar que el número de pacientes es reducido, se empleó una escala de calidad de vida que evalúa situaciones de salud generales, además de ser tanto esta como la de consumo de alcohol, auto aplicadas, todo lo anterior puede significar sesgos y limitaciones que reconocemos y por lo que este estudio sirve como base para la realización de otros e incluso para estudiar la calidad de vida de los pacientes dentro de la amplia gama de enfermedades mentales.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 - Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado, DSM IV TR, American Psychiatric Association
- 2 - Kaplan y Sadock, Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7<sup>th</sup> edition, Lippincott, Williams and Wilkins
- 3 - Hales, Yudofsky y Talbott, The American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry, 3<sup>rd</sup> edition, 1999
- 4 - Babor TF, de la Fuente JR, Saunders J. AUDIT, The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care (WHO Publ No PSA/92.4). Geneva, World Health Organization, 1992.
- 5 - American Psychiatric Association. Handbook of Psychiatric Measures. Washington, 2000.
- 6 - World Health Organization. AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in Primary Health Care. Geneva: WHO, 1992.
- 7 - Saunders JB, Aasland OG. WHO Collaborative Project on the Identification and Treatment of Persons with Harmful Alcohol Consumption. Report on Phase I: Development of a Screening Instrument (Geneva, World Health Organization), 1987.
- 8 - Saunders JB, Aasland OG, Amundsen A, Grant M. Alcohol consumption and related problems among primary health care

patients. WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption I. *Addiction* 1993; 88: 349-62.

9 - Babor TF, de la Fuente JR, Saunders J. AUDIT, The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care (WHO Publ No PSA/92.4). Geneva, World Health Organization, 1992.

10 - Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De La Fuente J, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction* 1993; 88: 791-804.

11 - Rubio G. Validación de la prueba para la identificación de trastornos por el uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. *Rev Clin Esp* 1998; 198: 11-4.

12 - Schmidt A, Barry KL, Fleming MF. Detection of problem drinkers: the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *South Med J* 1995; 88: 52-9.

13 - Babor TF, De la Fuente JR, Saunders J et al. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary health care. Geneva: WHO, 1989.

14 - The WHOQOL Group. Development of the World Health Organisation WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychol Med* 1998; 28: 551-8.

15 - The WHOQOL Group. Measuring quality of life. The development of the World Health Organisation Quality of Life Instrument (WHOQOL-100). Genève, 1993.

16 - The WHOQOL Group. The World Health Organisation Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties. *Soc Sci Med* 1998; 46(12): 1569-85.

17 - Power M, Bullinger M, Harper A, The World Health Organization Quality of Life Group. The World Health Organization WHOQOL-100: Test of the Universality of Quality of Life in 15 Different Cultural Groups Worldwide. *Health Psychology* 1999; 18(5): 495-505.

18 - Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *J Clin Epidemiol* 2000; 53: 1-12.

19 - Lucas Carrasco R. Versión española del WHOQOL. Madrid Ergon, 1998.

20 - Kessler, R. C., et. Al. (1997) The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in a general population survey. *Psychological Medicine*, 27, 1079 - 1089

21 - Weissman, M.M., et. Al. Cross national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Journal of the American Medical Association*, 276, 293 - 299

22 - Dean, BB, et. Al. A systematic review evaluating health-related quality of life, work impairment and healthcare costs and utilization in bipolar disorder. *Current Medical Research and Opinion* 20 (2): 139 - 54, 2004

23 - Revicki, DA, et al. Divalproex sodium vs olanzapine in the treatment of acute mania in bipolar disorder: health-related quality of life and

medical cost outcomes. *Journal of Clinical Psychiatry*. 64 (3): 288-94, 2003 Mar

24 – Namjoshi, MA, Buesching DP. A review of the health-related quality of life literature in bipolar disorder. *Quality of Life Research* 10 (2): 105-15, 2001

25 – Vojta C, et al. Self-reported quality of life across mood states in bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 42 (3): 190-5, 2001

26 – Arnold, LM, et al. Health-related quality of life using the SF-36 in patients with bipolar disorder compared with patients with chronic back pain and the general population. *Journal of Affective Disorders* 57 (1 – 3): 235 – 9, 2000 Jan – Mar

27 – Robb JC, et al. Quality of life and lifestyle disruption in euthymic bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Research*. 31 (5): 509 – 17, 1997

28 – Thunedborg K, et al. Beyond the Hamilton depression scores in long-term treatment of manic-melancholic patients: prediction of recurrence of depression by quality of life measurements. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 64 (3 – 4): 131 – 40, 1995