



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



HOSPITAL PSIQUIÁTICO
“FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”

“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR
EN FASE DE EUTIMIA”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

FABIOLA OSIRIS OLMEDO FIGUEROA

Dr. Alvar Colonia Cabrera

Asesor teórico

Dr. Fernando Corona Hernandez

Asesor metodológico



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.

AGRADECIMIENTOS:

A mis padres y hermano por todo el apoyo y estar siempre a mi lado.

A la UMAM que me ha dado desde un inicio todas las oportunidades para realizar tanto mi carrera como mi especialidad.

El Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Alvarez” y a todas las personas que en él laboran y que de alguna manera contribuyeron a mi formación académica y personal.

Al Dr. Fernando Corona por ser mi tutor y por toda la paciencia y enseñanzas que me ha brindado a lo largo de la especialidad.

Y muy especial al Dr. Alvar Colonia por ser mi tutor y por todo el apoyo consejos personales y enseñanzas que me ha otorgado.

ÍNDICE

Resumen	4
Introducción	5
Marco de referencia	6
Tipos de instrumentos de calidad de vida	7
Evaluación de calidad de vida en pacientes Bipolares	8
Comorbilidad médica y calidad de vida	15
Impacto de la ansiedad en la calidad de vida en Bipolares	15
Justificación	17
Planteamiento del problema	18
Objetivos	18
Metodología	18
Procedimiento	19
Variables	20
Análisis estadístico	25
Ética médica	25
Resultados	26
Discusión	32
Conclusiones	36
Referencias	37
Anexos	45

INDICE DE TABLAS Y GRAFICAS.

Tabla 1. Resultados de calidad de vida en pacientes con Trastorno Bipolar en eutimia y pacientes deprimidos.	10
Tabla 2. Seguimiento de calidad de vida entre pacientes bipolares con remisión y persistencia de síntomas afectivos	11
Tabla 3. Tratamiento farmacológico de la muestra	27
Tabla 4. Calificaciones obtenidas en la escala SF-36	28
Tabla 5. Valores normativizados de la escala SF-36 para sujetos Mexicanos	29
Tabla 6. Comparación entre valores normativizados en población mexicana y pacientes en la escala SF-36	29
Tabla 7. Correlación entre resultados SF-36 y variables clínicas.	31
Figura 1. Comparación entre calidad de vida en pacientes depresivos, eutimicos y sujetos sanos.	13
Grafica 2 Comparación entre resultados SF-36 entre sujetos sanos y la muestra.	30

RESUMEN

Introducción. El trastorno Bipolar es una enfermedad psiquiátrica grave que afecta aproximadamente entre el 0.4 a 1.5% de la población adulta. Las enfermedades psiquiátricas generan múltiples alteraciones en el estado de salud que impactan la calidad de vida en diferentes estados de la enfermedad. Objetivo. Evaluar la calidad de vida en pacientes diagnosticados con Trastorno Bipolar en fase de eutimia. Metodología. Se seleccionaron a 32 pacientes accesibles que acudían a la consulta externa del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” que fueron evaluados con la escala de Hamilton para depresión, Escala de Young para manía, la sección para diagnóstico de Hipomanía del MINI y la Escala SF-36 para calidad de vida. Se eliminaron dos pacientes, uno por tener depresión y uno por tener datos clínicos de hipomanía. Resultados. Se evaluaron a 23 (76.7%) mujeres y 7 (23.3%) hombres con una edad promedio de 33.6 +/- 8.3. Se encontró que los pacientes presentaban de manera significativa menores niveles de calidad de vida comparado con los datos obtenidos para población mexicana normativizados de SF-36 con excepción de Función Física ($p=.57$). Conclusiones. Los pacientes bipolares presentan una disminución en su calidad de vida aún en la fase de eutimia.

Palabras clave: Trastorno Bipolar, Eutimia, Calidad de Vida, SF-36, Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades psiquiátricas generan múltiples alteraciones en el estado de salud. Se ha encontrado que incluso durante la remisión de los síntomas continua una alteración en la calidad de vida, existen múltiples factores que se han asociado a ello. Dentro de las enfermedades que afectan de manera más pronunciada la calidad de vida se encuentra el Trastorno Bipolar; generalmente se considera que durante la remisión de los síntomas (eutimia), los pacientes recuperan la mayor parte de funcionalidad y pueden volver prácticamente a su vida normal. Como veremos a continuación, los últimos estudios al respecto nos han mostrado que esto no es así, que aún a pesar de la remisión de los síntomas, los pacientes que padecen un trastorno Bipolar continúan con una mala calidad de vida.

En este estudio se evaluaron a 30 pacientes en fase de eutimia, corroborándose ello con la escala de Hamilton para Depresión, la escala de Manía de Young y la entrevista estructurada MINI para hipomanía. Se evaluó la calidad de vida con la escala SF-36, se encontró que aún a pesar de encontrarse en hipomanía, continuaban presentando una mala calidad de vida comparada con sujetos sanos, tomando para ellos los valores estandarizados en población mexicana de la SF-36. Nuestros resultados son consistentes con los estudios previos. Esto nos invita a reflexionar sobre nuevas intervenciones en esta población, y que nuestra labor no solo es la remisión de síntomas si no realizar intervenciones para mejorar la calidad de vida del paciente.

MARCO DE REFERENCIA

El trastorno bipolar es una enfermedad mental que afecta del 0.4% al 1.5% de la población adulta¹. Se encuentra caracterizada por episodios intermitentes de depresión y manía que pueden ocasionar serias alteraciones en la vida de los pacientes y familiares². Los estudios han indicado que los pacientes bipolares pueden tener periodos libres de síntomas pero que aún tiene alteraciones en su funcionalidad³. El tratamiento para el trastorno bipolar es casi siempre a base de un estabilizador del ánimo para el tratamiento de los síntomas de manía y depresión, sin embargo aun a pesar de un adecuado control los pacientes continúan con una disminución en su funcionalidad.

Dada las características clínicas del trastorno bipolar, este tiene un gran impacto en la calidad de vida, por lo que ha sido ampliamente estudiado, como veremos a continuación.

El concepto de calidad de vida no está limitado únicamente a la ausencia de enfermedad, es un concepto que abarca el funcionamiento mental, físico, social, así como la percepción funcional y espiritual de bienestar⁴. Desde 1990 se ha usado su evaluación en los ensayos clínicos psiquiátricos⁵, su estimación es necesaria en la investigación para evaluar costos, cuidados y planeación de políticas de salud⁶. La medición de la calidad de vida es variada y existen múltiples propuestas, entre ellas se ha considerado evaluar el funcionamiento, los síntomas, la recuperación y la alteración en el estado de la salud mental⁷.

Desde la psiquiatría y la psicología se realizan evaluaciones de calidad de vida, con el fin de medir los resultados de programas y terapias para enfermos crónicos, en especial personas con esquizofrenia y con depresión mayor. Ha tenido una importante atención los efectos de la des-institucionalización tanto sobre los sujetos como sobre las familias a partir de la conocida reforma

psiquiátrica. También se han estudiado las repercusiones del grado de apoyo social, el funcionamiento personal y el nivel de autonomía en la calidad de vida.

A partir de la década de los 80 se adoptó también el concepto en el mundo del retraso mental y otras deficiencias relacionadas⁸, dado que captaba una visión nueva y cambiante sobre las personas con discapacidad. En la medida que la satisfacción con la vida se consideró muy ligada a las posibilidades de tomar decisiones y elegir entre opciones diversas, se abrieron oportunidades a las personas con discapacidad para expresar sus gustos, deseos, metas, aspiraciones, y tener mayor participación en las decisiones que les afectan. Por ello ha sido y es un concepto guía. La mejora de la calidad de vida es actualmente una meta compartida por muchos programas de des-institucionalización y acceso al empleo normalizado, por parte de las personas con discapacidad. Estos programas ponen el acento en la planificación centrada en el individuo, la autodeterminación, el modelo de apoyos, y las técnicas de mejora de la calidad⁹.

Tipos de Instrumentos para medir la Calidad de Vida

Los instrumentos de medida de la calidad de vida se clasifican en instrumentos genéricos e inespecíficos¹⁰. Estos instrumentos se emplean con el propósito de discriminación entre sujetos afectados, predecir el pronóstico o resultado de una intervención y evaluar los posibles cambios en el tiempo, que permitiría valorar la supervivencia frente a tratamientos o intervenciones¹¹. Los instrumentos de tipo genéricos no están relacionados con ningún tipo de enfermedad y son aplicables a la población general y a grupos de pacientes. Se subdividen en tres subgrupos: las medidas de ítem único, los perfiles de salud y las medidas de utilidad o preferencia.

Los instrumentos específicos contienen dimensiones de la calidad de vida de una determinada patología que se quiere evaluar. Las medidas concretas se refieren a las áreas que los clínicos evalúan, el impacto de los síntomas en la medición de la

calidad de vida, extraídos a través de la entrevista médica y la exploración física. Por lo tanto, esta medida no permite comparaciones entre diferentes enfermedades. Debido a esto se han diseñado instrumentos específicos para evaluar la calidad de vida de pacientes con artritis reumatoide, Parkinson (PDQ-39)¹² , con síntomas gastrointestinales, pacientes oncológicos, pacientes sometidos a radioterapia de cabeza y cuello, en pacientes con diálisis, epilépticos, en insuficiencia respiratoria, en ancianos y otros más^{13, 14}.

Con relación a los instrumentos genéricos, los más utilizados son: *Sickness Impact Profile* –Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad–, *Nottingham Health Profile* –Perfil de Salud de Nottingham(10)– y SF–36, los cuales aportan información descriptiva, predictiva o evaluativa de un individuo o grupos de individuos a manera de puntuación que resume en cada dimensión la puntuación obtenida y permite aplicar diferentes estrategias para interpretar la suma global, a fin de caracterizar el perfil de salud general del sujeto ¹⁵.

La evaluación de la calidad de vida en el paciente bipolar

Existen dificultades para obtener una evaluación adecuada de los pacientes con trastorno bipolar y su calidad de vida, dada la pobre accesibilidad a esta población y la participación de los pacientes.

La mayor parte de los estudios son con muestras pequeñas, y pocos de estos estudios evalúan a pacientes con manía o hipomanía¹⁶. La evaluación de la calidad de vida es importante en este tipo de pacientes ya que algunos instrumentos que evalúan síntomas específicos de la enfermedad pueden no ser tan sensibles para evaluar otros dominios importantes de la vida, por ejemplo, un paciente deprimido que ha tenido una disminución en la severidad de la depresión pero no ha vuelto a trabajar puede significar una mejoría por la medicación, pero un costo a la sociedad como efecto de reducir su calidad de vida. Determinar la calidad de vida es una evaluación que debe realizarse sistemáticamente en los

diferentes estados afectivos de la enfermedad y su interpretación requiere entender las características específicas de la enfermedad.

Aún así la calidad de vida de estos pacientes implica un reto, ya que los pacientes generalmente son heterogéneos, a diferencia de otras enfermedades crónicas¹⁷, existen múltiples factores que afectan la calidad de vida, esto es claro en pacientes con síntomas residuales de tipo depresivo¹⁸ y existen pocos datos sobre la fiabilidad en la auto percepción de la calidad de vida en pacientes con síntomas de manía o hipomanía, tomando en cuenta que existe una disminución del insight que puede explicar una falta de fiabilidad en los auto reportes de estos pacientes¹⁹, dejando en la mayor parte de los casos la evaluación al juicio del clínico.

Existen varios estudios que evalúan auto-reportes sobre la calidad de vida de los pacientes, estos han encontrado que los pacientes con trastornos depresivos, incluidos los que tiene distimia, reportan afectación principalmente en la función social y en el rol físico²⁰. Cooke²¹ fue uno de los primeros en evaluar la calidad de vida en pacientes eutímicos, los resultados sugieren que existe una reducción del funcionamiento y que esta reducción puede permanecer aun en la fase estable de la enfermedad. Siguiendo esta línea en 1998 Leidy y cols evaluaron las variables psicométricas para medir la calidad de vida en pacientes eutímicos y deprimidos con el mismo instrumento, además de evaluar la sintomatología depresiva y de manía usando la escala de Hamilton para depresión y la escala de Young para manía. De los 62 pacientes evaluados, encontraron que los resultados fueron confiables, la consistencia interna fue alta, aunque con una reproducibilidad modesta en la prueba test-retest a las dos semanas y tuvo una adecuada asociación con la escala SF-36, mostrando que los pacientes con depresión y en eutimia, puede contribuir con su evaluación de manera confiable²². Los resultados que obtuvieron en los pacientes se muestran en la siguiente tabla

Tabla 1. Resultados de calidad de vida en pacientes con Trastorno Bipolar en eutimia y pacientes deprimidos.

Medias y desviaciones estándar que obtuvieron en las mediciones de calidad de vida en el grupo afectivo en la línea basal y las 8 semanas.					
Mediciones clínicas	N	Grupo eutímico		Deprimidos	
		Línea basal	8 semanas	Línea basal	8 sem.
Hamilton	26	4.4 +/- 4-9	5.3 +/- 5.6	17.5 +/- 7.8	10.6 +/- 6
Young	25	2.9 +/- 2.3	2.0 +/- 3.4	3.2 +/- 6	2.4 +/- 3.6
SF -36					
Función física	29	84 +/- 20.2	86.2 +/- 19.0	72.2 +/- 28.0	76.8 +/- 24
Limitaciones físicas de rol	29	86.2 +/- 28	71.6 +/- 19.0	32.3 +/- 38.6	39.3 +/- 22.5
Dolor	28	59.6 +/- 29	54.5 +/- 27	54.7 +/- 39.3	39.3 +/- 22.5
Salud general	28	70 +/- 20.7	69.4 +/- 18	58 +/- 21.1	38.1 +/- 22.4
Vitalidad	29	52 +/- 16.2	50 +/- 21.6	20.5 +/- 17.5	38.1 +/- 22.4
Función social	29	73.2 +/- 31.2	66.7 +/- 42.6	29.3 +/- 20	39.6 +/- 24.7
Limitaciones emocionales	28	76.2 +/- 31.2	66.7 +/- 42.6	8.3 +/- 20.3	45.8 +/- 41.7

Todos resultados con diferencias significativas.

Tomado de Murray y cols. Preliminary communication Health-related quality of life assessment in euthymic and depressed patients with bipolar disorder Psychometric performance of four self-report measure. Megan Journal of Affective Disorders 1998; 48: 209.

La persistencia de los síntomas afectivos impacta negativamente la recuperación funcional, especialmente los pacientes con síntomas depresivos residuales afectando mucho más su función psicosocial²³. En recientes años el HR-QOL ha sido la herramienta más utilizada para evaluar a los pacientes²⁴

En un estudio realizado por Piccini y cols²⁵ se seleccionaron un total de 90 pacientes con trastorno bipolar, estos fueron evaluados con la escala para manía melancolía de Bech-Rafaelsen así como la calidad de vida con el instrumento SF-36, además de evaluarlo con la escala de funcionamiento global (GAF por sus siglas en inglés). En base a los resultados fueron divididos en cuatro grupos, uno de pacientes con remisión total de los síntomas en dos meses previos, un segundo grupo con un mes de remisión de los síntomas, un tercer grupo con persistencia de los síntomas maniacos y un cuarto grupo con persistencia de los síntomas depresivos. En general los dos grupos con síntomas residuales mostraron una peor función física, dolor, y vitalidad, función social y salud mental que el grupo sin síntomas residuales, y también mostraron diferencias significativas en el GAF. Los resultados podemos observarlos abajo.

Tabla 2. Seguimiento de calidad de vida entre pacientes bipolares con remisión y persistencia de síntomas afectivos

Función física	Dos meses remitidos los síntomas	Un mes remitidos los síntomas	Persistencia de síntomas Maniacos	Persistencias de síntomas depresivos
Función física	86	81	84	67*
Rol físico	70	38	56	32*
Dolor físico	61	56	57	58
Salud general	64	55	61	42*
Vitalidad	55	51	59	34*
Funcionamiento social	68	52	55	40*
Rol emocional	55	38	45	26
Salud mental	64	56	59	40*
GAF	74	63	60	60

*con significancia estadística

Tomado de Piccini Mario y cols. Health-related quality of life and functioning in remitted bipolar I outpatients Armando Comprehensive Psychiatry (2007); 48: 325

Existen pocos estudios que evalúen al mismo paciente durante la depresión y el cambio a otra fase como: manía o hipomanía, el episodio mixto o la eutimia.

En un estudio con una amplia muestra de pacientes (n=1157) Das y cols²⁶ evaluaron la calidad de vida encontrando que existían además factores sociodemográficos asociados a una disminución de ésta. Especialmente el sexo, la educación, y encontrarse desempleado además de factores clínicos como haber tenido hospitalizaciones en los pasados 12 meses.

En un estudio realizado por Gazalle²⁷, en 125 pacientes con trastorno bipolar evaluó la calidad de vida en base a la versión del WHODAS en una muestra de pacientes con síntomas maníacos. Encontró que los pacientes que tenían síntomas maníacos mostraban una asociación inversa con el funcionamiento físico, psicológico y social, pero por supuesto la evaluación de la calidad de vida con instrumentos auto administrados en pacientes maníacos tiene un probable sesgo; y así lo demuestra un estudio que evaluó por medio del mismo instrumento a pacientes eutímicos, deprimidos y maníacos, encontrado que los pacientes eutímicos mostraban peores índices en calidad de vida comparados con un grupo control, y los deprimidos a su vez mostraban peores índices de calidad de vida comparados con los eutímicos, pero paradójicamente los pacientes maníacos presentaban casi los mismos índices de calidad de vida que el grupo control, especialmente en el funcionamiento psicológico, físico y ambiental. Mostrando únicamente un menor funcionamiento social que el grupo control, pero no que los pacientes eutímicos²⁸. Estos datos los podemos observar en la siguiente gráfica

Figura 1. Comparación entre calidad de vida en pacientes depresivos, eutímicos y sujetos sanos.

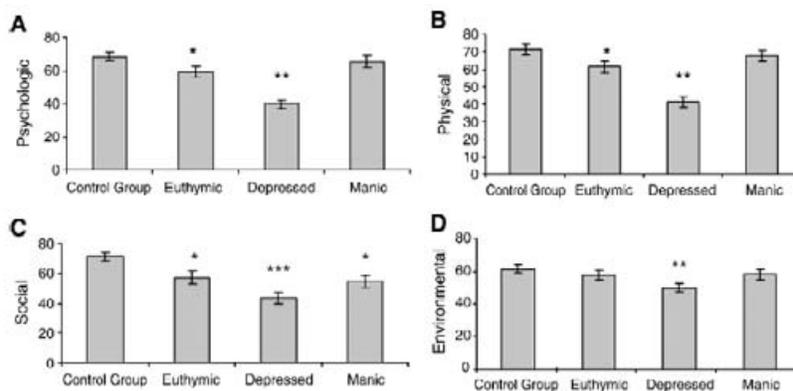


Fig. 1. Psychological (A), physical (B), social (C), and environmental (D) quality of life in manic, depressed, euthymic, and healthy subjects. * Significantly different than control group ($p < 0.05$); ** Significantly different than all groups ($p < 0.05$); *** Significantly different than euthymic and control group ($p < 0.05$).

Tomado de Kratz GF y cols. Mismatch between self-reported quality of life and functional assessment in acute mania: A matter of unawareness of illness? Journal of Affective Disorders 103 (2007) 247–252

En general la fase de la enfermedad tiene una importancia radical para la calidad de vida, esto ha sido evaluado en estados unidos así como en población europea, mostrando en general que la afectación de la calidad de vida se mantiene, especialmente en la fase depresiva independiente de otros factores socioculturales²⁹

Existen además otros factores que afectan la calidad de vida de los pacientes con trastorno bipolar, algunos autores postulan que los pacientes muestran déficit neurocognitivos que permanecen y son similares a los pacientes con esquizofrenia, incluso si se encuentran en remisión.

Para evaluar esto, Brisos y cols⁵ evaluaron la calidad de vida de pacientes con trastorno bipolar y esquizofrenia, encontraron que los pacientes con trastorno bipolar y esquizofrénicos presentaban disminución significativa en la calidad de vida comparada con los controles, sin embargo no existieron diferencias significativas entre los dos grupos de pacientes, obteniendo resultados similares en la calidad de vida, con excepción del dominio psicológico donde los pacientes bipolares obtuvieron puntuaciones mejores que los pacientes esquizofrénicos.

En cuanto a los déficit neurocognitivos, los pacientes esquizofrénicos, puntuaron menor que los pacientes bipolares. El dominio físico se encontró asociado negativamente con la escala de Hamilton, indicando que los pacientes más sintomáticos refirieron menores niveles de calidad en el dominio físico. Los autores concluyen que los pacientes bipolares eutímicos muestran una alteración en la calidad de vida con respecto a los sujetos sanos y similares a los pacientes con esquizofrenia. Los pacientes bipolares con déficit neurocognitivos y mayor psicopatología presentaron una fuerte asociación con una disminución en la calidad de vida.

Uno de los principales estudios que evaluaron la calidad de vida percibida en diferentes fases de la enfermedad fue por medio del STEP-BD (Systematic Treatment Program for Bipolar Disorder), en esta evaluación incluyeron a 1999 participantes, se excluyeron del estudio a los pacientes con comorbilidad. La evaluación fue por medio de SF-36 y QLESE, en general la calidad de vida fue diferente dependiendo de la fase de la enfermedad, en la fase depresiva se encontró una asociación fuerte con una mala calidad de vida mental, en contraste existe una aparente calidad de vida arriba de normal reportada en pacientes con manía o hipomanía comparados con los eutímicos³⁰. Otros factores que afectan la calidad de vida es la presencia de alguna comorbilidad psiquiátrica, como son los trastornos de ansiedad y el trastorno por uso de sustancias³¹. Así como factores

de personalidad³², eventos estresantes³³, el soporte social³⁴ y comorbilidad médica que veremos a continuación.

Comorbilidad médica y su impacto en la calidad de vida del paciente Bipolar

Las condiciones médicas tienen a ser infra-diagnosticadas en los pacientes psiquiátricos³⁵, si bien la presencia de estas alteraciones tiene un claro impacto en la calidad de vida y en la evolución aumentando la mortalidad especialmente en pacientes viejos³⁶. Los pacientes con síntomas depresivos tienen un incremento en el riesgo de una pobre funcionalidad, con reducción en la calidad de vida y un compromiso en la función física cuando existe una comorbilidad médica³⁷. Sin embargo es poco conocida la existencia entre comorbilidad médica, calidad de vida y el trastorno bipolar³⁸. En general se ha encontrado que los individuos con trastorno bipolar y comorbilidad médica pueden tener una pobre respuesta al tratamiento psiquiátrico³⁹, y dos estudios han demostrado una asociación entre la obesidad y un pobre funcionamiento^{40, 41}.

Algunos estudios establecen que existe una comorbilidad médica entre el 2.7% y 75%⁴², esta gran diferencia de rangos es por la variabilidad metodológica, En una evaluación realizada en el departamento de veteranos se evaluó la calidad de vida con el SF-36, la comorbilidad médica, antecedentes clínicos como: el número de episodios depresivos, episodios maníacos, hospitalizaciones y número de padecimientos médicos. La muestra estuvo formada por 330 pacientes. Encontraron que el 81% de los pacientes tenían una comorbilidad, y la presencia de comorbilidad tenía un claro impacto en la función física, aunque al parecer la edad no tenía relación con eso. De nuevo la población con mayor modificación eran los pacientes deprimidos o con episodios mixtos, que además presentaron un mayor número de eventos depresivos, así como la presencia de trastornos de ansiedad⁴³.

Impacto de la ansiedad en la calidad de vida de los pacientes bipolares

La presencia de trastornos de ansiedad co-mórbidos tiene un efecto deletéreo en la calidad de vida⁴⁴, éste trastorno es uno de los más comunes a lo largo de la

vida, sin embargo existen pocos estudios que evalúen su impacto. Cuando existe la presencia de comorbilidad una de las áreas más afectadas es el rol de funcionamiento, especialmente los componentes físicos y mentales⁴⁵. En un estudio en 105 pacientes, se evaluó la presencia de trastornos de ansiedad en pacientes eutímicos y su efecto en la calidad de vida, en general reportaron una prevalencia de algún trastorno de ansiedad a lo largo de la vida de hasta el 41% y en el momento de evaluación del 34%, el más común fue el trastorno de ansiedad generalizada con el 15% seguido por el trastorno de ansiedad. Los dos mostraron un impacto importante en la calidad de vida de los pacientes.

Existe evidencia preliminar de que hay diferencias entre la calidad de vida en pacientes con trastorno bipolar tipo I (BD-I) y trastorno bipolar tipo II (BD-II)⁴⁶. Al parecer, existe un mayor efecto en BD-I en la calidad de vida. El BDI y BDII manejaron rangos parecidos de los trastornos de ansiedad, en general los pacientes con un trastorno de ansiedad en el momento de la evaluación presentaron de manera importante una modificación en todas las áreas de calidad de vida, llegando a ser significativo en el rol social, el dolor físico, salud general, funcionamiento social, salud mental, total de puntuación física, esto fue especialmente importante en pacientes con BDI, donde el impacto fue mayor comparado con pacientes con BDI⁴⁷.

Justificación

Mantener la calidad de vida de los pacientes, es uno de los objetivos que debe tener un profesional de la salud en mente cada vez que trata a un paciente. Para ello debemos tomar en cuenta que el paciente con algún trastorno mental casi siempre tendrá alguna alteración en la calidad de vida. A pesar de la importancia clínica de la calidad de vida existen pocos estudios en México que la evalúen, centrándose la mayor parte en pacientes esquizofrénicos, y no encontramos ninguno en pacientes bipolares

Una de las labores del psiquiatra es conocer el proceso salud-enfermedad, elaborar un plan de tratamiento y saber el impacto que implica la enfermedad. Para ello es necesario realizar una medición objetiva que nos sirva para observar esté impacto, existen varios instrumentos creados para evaluar la calidad de vida y uno de los más utilizados es el SF-36, que es un instrumento relativamente sencillo de utilizar, autoaplicable y que da una visión amplia de los diferentes factores que implica la calidad de vida. Debemos recordar que la calidad de vida no implica solamente la ausencia de enfermedad, si no una serie de roles que el paciente mantiene en su vida diaria para tener un sentido del bienestar. Es así que este estudio tiene como fin establecer la calidad de vida en los pacientes bipolares, observando la importancia que tiene una evaluación objetiva por parte del psiquiatra, y de gran utilidad dada la ausencia de estudios en población mexicana.

Planteamiento del problema.

¿Existe una disminución de la calidad de vida en pacientes bipolares aunque se encuentren en fase de eutimia?

OBJETIVO GENERAL

Describir la calidad de vida de pacientes con trastorno bipolar en fase de eutimia

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir las variables demográficas de la muestra (edad, sexo y estado civil) así como variables clínicas (Edad de inicio del padecimiento, edad de inicio del tratamiento, número de intentos suicidas, número de eventos de manía, número de eventos de depresión)

Describir si existe asociación entre factores demográficos y la calidad de vida

Describir si existe asociación entre factores clínicos y la calidad de vida

Metodología

1. Tipo de estudio: descriptivo, transversal y observacional.

2. Universo de trabajo:

Pacientes que acudan a la consulta externa del HPFBA con diagnóstico de trastorno bipolar.

Selección de la muestra:

Se seleccionaron por cuota a 30 pacientes accesibles (que acudían a consulta con el investigador principal) en los meses de junio a agosto del 2008 que acudieron al HPFBA con diagnóstico de trastorno bipolar en fase de eutimia que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se excluyeron dos pacientes por presentar datos de depresión y de hipomanía.

Criterios de inclusión.

- Hombres y mujeres
- Con diagnóstico de trastorno bipolar en base a los criterios del CIE-10 previamente establecido y que se mantenga constante en el expediente clínico.

- Mayores de 18 años
- Que accedan participar en el estudio previo consentimiento informado

Criterios de exclusión.

- Intoxicación aguda o enfermedad médica descontrolada
- Con retraso mental.
- Que no terminen la evaluación clínica
- Puntuación mayor a 28 puntos en la escala de Young para manía
- Puntuación mayor a 5 puntos en la escala de Beck para depresión.
- Que tenga criterios para diagnóstico de hipomanía

Procedimiento

El protocolo se presento en el comité de ética de la institución participante para su aprobación, posterior a ello se realizaron las correcciones necesarias, en los meses de junio a septiembre del 2008 se selecciono a la muestra. Los pacientes fueron seleccionados de la consulta externa, escogiéndose a los pacientes accesibles que cumplieron con los criterios de inclusión. Inicialmente se les aplico la escala de Hamilton para depresión, Young para Manía y la sección del MINI para hipomanía, a los pacientes eutímicos ratificados por los instrumentos se les aplico la escala SF-36. Se llevo aproximadamente 30 minutos por cada paciente en la aplicación de los instrumentos, los datos fueron destinados en una base de datos para su análisis con el programa SPSS. Los datos obtenidos en los pacientes se compararon con los datos promedios normativizados de la escala SF-36 en población mexicana. Los resultados fueron presentados en formato de tesis.

Variables

Trastorno bipolar en eutimia. Trastorno afectivo caracterizado por periodos de elevación del estado de ánimo (manía) y depresión, dichas fluctuaciones del estado de animo puedes ser abruptas, en el momento de la evaluación no deben existir elevación o depresión del ánimo. Definición operacional: Diagnóstico establecido por el médico tratante en base a los criterios clínicos del CIE-10 y corroboración de la eutimia en base a la puntuación obtenida en la escala de Beck para depresión y Young para manía, se descarto así mismo hipomanía con los criterios clínicos del MINI.

Calidad de vida. La calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del "sentirse bien." Definición operacional. Puntuación obtenida en el SF-36.

Instrumentos

Encuesta sociodemográfica y clínica: Se realizará por el investigador principal para evaluar variables socio demográficas familiares y clínicas.

Escala para Depresión de Hamilton.

La Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale, o HRSD) fue diseñada para ofrecer una medida de la intensidad o gravedad de la depresión. La versión inicial, con 24 ítems, data de 1960 y fue posteriormente revisada y modificada por el mismo autor, en 1967, reduciéndola a 21 ítems. De ellos, los cuatro últimos no son útiles a efectos de valorar la intensidad o gravedad de la depresión, por lo que en los ensayos clínicos de evaluación terapéutica se ha generalizado el uso de una versión reducida de 17 ítems, que corresponden a los 17 primeros de la versión publicada en 1967⁴⁸.

La versión de 21 ítems fue adaptada al castellano por Conde y cols en 1984⁴⁹, quien introdujo un ítem final para valoración de otros síntomas, por lo que consta de 22 ítems. Ramos-Brieva y Cordero (1986) adaptaron al castellano y validaron la versión reducida de 17 ítems⁵⁰.

Su contenido se centra fundamentalmente en los aspectos somáticos y comportamentales de la depresión, siendo los síntomas vegetativos, cognitivos y de ansiedad los que más peso tienen en el cómputo total de la escala. Se han identificado distintos factores o índices, de los que los más usados son⁵¹:

- *Índice de melancolía*, formado por los ítems 1 (estado de ánimo depresivo), 2 (sensación de culpabilidad), 7 (trabajo y actividades), 8 (inhibición), 10 (ansiedad psíquica) y 13 (síntomas somáticos generales).

- *Índice de ansiedad*, formado por los ítems 9 (agitación), 10 (ansiedad psíquica) y 11 (ansiedad somática).

- *Índice de alteraciones del sueño*, formado por los tres ítems referidos a insomnio (4, 5, 6).

Cada ítem se valora de 0 a 2 puntos en unos casos y de 0 a 4 en otros, eligiendo la puntuación que mejor se ajuste a la sintomatología que presenta el paciente. La puntuación total de la escala es la suma de las puntuaciones asignadas a cada uno de los ítems, con la salvedad de que en la versión de 21 ítems el criterio más extendido es tomar en consideración a efectos de score sólo los 17 primeros ítems. Por tanto, el rango de puntuación para ambas versiones es de 0-52 puntos.

En sentido estricto no tiene puntos de corte, ya que es una escala que no tiene finalidad diagnóstica y su utilidad se centra en “cuantificar” la sintomatología depresiva en pacientes ya diagnosticados de depresión. Como criterio de inclusión en ensayos clínicos se suele aceptar los puntos de corte ≥ 13 o ≥ 18 , en dependencia de los objetivos del estudio, se clasifica en: 0 – 3 No depresión, 4 – 8 Depresión menor y ≥ 9 Depresión mayor.

Escala de Young para manía⁵²

La Escala de Manía de Young (Manía Rating Scale, MRS) fue elaborada por Young RC y cols en 1978, con la intención de construir una escala que pudiera ser administrada por clínicos tras una breve entrevista. Es un instrumento de cuantificación de síntomas que consta de 11 ítems, con 5 opciones en cada uno, que reflejan grados crecientes de intensidad sintomática. La selección de los ítems es empírica, y se basa en una selección de los síntomas considerados como nucleares de la fase maniaca del trastorno bipolar

La asignación de niveles de severidad se basa en el informe subjetivo del paciente referido a las 48 horas previas, y en la observación del su comportamiento por el clínico durante la entrevista, con mayor énfasis en este último aspecto. El entrevistador selecciona, para cada ítem, el nivel de intensidad / gravedad sintomática que mejor se ajuste a la situación clínica del paciente. Cada opción puntúa en un rango de 0 a 4, excepto 4 ítems (irritabilidad, expresión verbal, trastornos formales del pensamiento y agresividad) que tienen mayor peso en el global y puntúan doble (0, 2, 4, 6, 8). La ponderación doble de estos ítems se justifica por la pobre o nula cooperación en la entrevista clínica de los pacientes graves. El rango total de la escala es de 0 – 60 puntos. En la validación mexicana el alfa de Cronbach del instrumento fue de 0.84. La confiabilidad test-retest fue de 0.93. El mejor punto de corte del instrumento para fines diagnósticos se ubicó en los 28 puntos, con una sensibilidad de 96 por ciento y especificidad del 100 por ciento. Los puntajes obtenidos por los pacientes maníacos fueron significativamente mayores de los de los sujetos con esquizofrenia⁵³.

SF-36⁵⁴

Este instrumento se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study) (MOS). De entre todos los ítems se seleccionó el menor número posible de conceptos que mantuvieran la validez del instrumento inicial. Detecta tanto

estados positivos de salud como negativos y explora salud física y salud mental. Se ha puesto en marcha un proyecto internacional de adaptación del cuestionario (International Quality of Life Assessment –IQOLA- Project)⁵⁵. Existen versiones de 30 y 38 ítems⁵⁶ y una forma breve (SF-20)⁵⁷ que ha sido criticada por poseer un número tan excesivamente pequeño de cuestiones, que limitaría su capacidad para detectar cambios en el estado de salud⁹. La validez de la versión en español ha sido analizada por Ayuso-Mateos⁵⁸. La versión mexicana se encuentra estandarizada y normativizada⁵⁹.

Consta de 36 ítems, que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física, función social, limitaciones del rol: problemas físicos, limitaciones del rol: problemas emocionales, salud mental, vitalidad, dolor y percepción de la salud general. Posee una elevada consistencia interna⁶⁰ (0.8 para todas las escalas, salvo para “función social” que es 0.76). El coeficiente de correlación intraclase⁶¹ es de 0.85. La validez test-retest con dos semanas de diferencia es de 0.8 para función física, vitalidad y percepción general de salud y de 0.6 para función social. Si la comparación se realiza con 6 meses de diferencia, los valores oscilan entre 0.6 y 0.9, excepto para el dolor, que desciende hasta 0.43. Se ha mostrado sensible al cambio en varios estudios. Los valores psicométricos de la adaptación al español, son similares a los originales, salvo la fiabilidad de la dimensión “función social”, que es algo menor. La validación española ha encontrado valores consistentes y superponibles a los de la escala original. Los ítems y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuantos mayores sean, mejor estado de salud. El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila de 0 a 100. Resulta útil disponer de valores normalizados de referencia en población general. Las medias y desviación estándar en población norteamericana son⁶²: función física 84 (SD 23), función social 83 (SD 22), limitación del rol: problemas físicos 81 (SD 34), limitaciones del rol: problemas emocionales 81 (SD 33), salud mental 75 (SD 18), vitalidad 61 (SD 21), dolor 75 (SD 23), percepción de la salud general 72 (SD 20).

MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview)⁶³ sección para hipomanía.

La MINI (*MINI International Neuropsychiatric Interview*) es una entrevista diagnóstica estructurada, de duración breve, que explora de manera estandarizada cada uno de los criterios necesarios para el establecimiento de los diagnósticos principales del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Sus ítems se basan en los criterios diagnósticos operativos de estas clasificaciones, y existen dos versiones, una para cada una de ellas. La versión española ha sido adaptada por Ferrando L y cols. Está dividida en 16 módulos, identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica. Presentamos aquí las secciones de episodio depresivo mayor, trastorno distímico, ansiedad generalizada y episodio maníaco (secciones A, B, H y c) de la versión 4.4 correspondiente al DSM-IV. Al comienzo de cada módulo, se presentan una o varias preguntas “filtro” correspondientes a los principales criterios diagnósticos del trastorno. Cuando esos se cumplen, varios ítems adicionales exploran el resto de criterios diagnósticos y permiten al clínico indicar si se cumplen o no los criterios diagnósticos preestablecidos en el DSM-IV. La administración de los ítems secundarios queda condicionada a la presencia de los síntomas clave. Las preguntas son cerradas y deben ser realizadas por el entrevistador, respondiendo acerca de la presencia o ausencia del síntoma; puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. Al final de cada sección se muestra en la pantalla de resultados la presencia o ausencia del trastorno explorado. Las propiedades psicométricas son satisfactorias. En la versión DSM-IV los valores kappa para la fiabilidad interobservador estuvieron por encima de 0,75, y la fiabilidad test-retest fue superior a 0,75. Se han realizado estudios de validez y confiabilidad comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI; los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente altos, pero requiere un menor tiempo de administración que los instrumentos mencionados⁶⁴.

Análisis Estadístico

Se utilizó estadística descriptiva (frecuencias, media, porcentaje y desviación estándar) para realizar la descripción de la muestra. Para la comparación entre sujetos sanos y pacientes se utilizó la prueba t de Student para muestras pareadas y análisis de pruebas de correlación para las variables numéricas, como la puntuación obtenida en el SF-36 y las diferentes variables socio demográficas y clínicas numéricas como: edad, número de internamientos

Ética médica.

Dado que es un estudio de carácter descriptivo, se considera riesgo mínimo, aún así se les explicó claramente los beneficios posibles de su participación, como obtener una evaluación objetiva del estado afectivo así como los posibles riesgos o molestias que pudiera presentar como la ansiedad secundaria a la entrevista. Se les solicitó su consentimiento informado, explicándoles claramente que podrían decidir su no participación sin que esto afectara su atención en el hospital.

RESULTADOS

La muestra final del estudio comprendió a un total de 30 pacientes, inicialmente se habían evaluado a 32 pacientes, pero uno mostró síntomas de hipomanía y otro de depresión.

De estos fueron 23 (76.7%) mujeres y siete (23.3%) hombres con una edad promedio de 33.6 +/-8.3, en cuanto al estado civil 11 eran casados (36.7%), tres divorciados (10%), 16 solteros (53.3%). De ellos 19 (63.3%) no trabajaban y 11 (36.7%) si trabajaban.

El inicio del padecimiento había sido en promedio a los 24.7 +/- 7.9 años, el inicio de tratamiento había sido en promedio a los 36.63 +/-8.3 años. El numero de eventos en manía en promedio era de 2.1 +/- 1.94, el número de eventos depresivos en promedio había sido de 1.6+/- 2.2. El número de internamientos en promedio había sido de 2 +/-2.7 y el número de consultas asistidas en promedio era de 14 +/- 10.2, cinco (16.7%) habían tenido algún intento suicida, ninguno asistía a terapia, tres (9.9%) tenían alguna comorbilidad psiquiátrica, las que eran abuso de sustancia, trastorno disocial y trastorno limite. Otros tres (9.9%) tenían alguna comorbilidad médica las cuales eran: Artritis reumatoide, diabetes mellitus y migraña.

En cuanto al tratamiento farmacológico de la muestra se describe en el siguiente cuadro.

Tabla 3. Tratamiento farmacológico de la muestra

Tipo de fármaco	Frecuencia
Arpriprazol	1 (3.3%)
Haloperidol	2 (6.7%)
Olanzapina	6 (20%)
Piportil	3 (10%)
Pontiride	1 (3.3%)
Quetiapina	4 (13.3%)
Risperidona	6 (20%)
Sulpiride	2 (6.7%)
Ninguno	5 (16.7%)
Carbamazepina	1 (3.3%)
Lamotrigina	2 (6.7%)
Litio	6 (20%)
Pregabalina	1 (3.3%)
Valproato	15 (50%)
Ninguno	5 (16.7%)
Citalopram	1 (3.3%)
Duloxetina	1 (3.3%)
Fluoxetina	4 (13.3%)
Venlafaxina	1 (3.3%)
Sinogan	1 (3.3%)
Biperiden	1 (3.3%)
Lorazepam	1 (3.3%)
Clonazepam	9 (30%)

En cuanto a las calificaciones obtenidas en el instrumento, el promedio de la escala de Hamilton es de 1.03 +/- 1.2, en la escala de Young para manía fue de .43 +/- .971, como se comentó anteriormente ningún paciente había obtenido criterios para un cuadro de hipomanía actual.

Los resultados de la escala SF-36 fueron los siguientes:

Tabla 4. Calificaciones obtenidas en la escala SF-36

Sub escala evaluada	Promedio
Función física	89.37
Rol físico	17.58
Dolor	74.95
Salud general	72.22
Vitalidad	50.31
Función social	48.12
Rol emocional	11.68
Salud mental	48.66
Componente de función física	63.53 +/- 9.8
Componente de salud mental	37.9 +/- 14.7
Cambio en el tiempo	Frecuencia
Mucho mejor que hace un año	19 (63. %)
Algo mejor ahora que hace un año	7 (23.3%)
Más o menos igual que hace un año	4 (13.3%)

Para realizar la comparación con población se utilizó los valores normativizados en población mexicana⁶⁵ que se encuentran a continuación, esto se decidió al considerar que estos valores mostrarían mayor fiabilidad al ser una muestra representativa poblacionalmente:

Tabla 5. Valores normativizados de la escala SF-36 para sujetos mexicanos

Dimensión	Sujetos Sanos
Función Física	89.6
Rol Físico	88.7
Dolor Corporal	85.5
Salud General	52.2
Vitalidad	70.7
Función Social	75.1
Rol Emocional	88.9
Salud Mental	72.1
Componente formado por SALUD FÍSICA	79
Componente formado por SALUD MENTAL	76.7

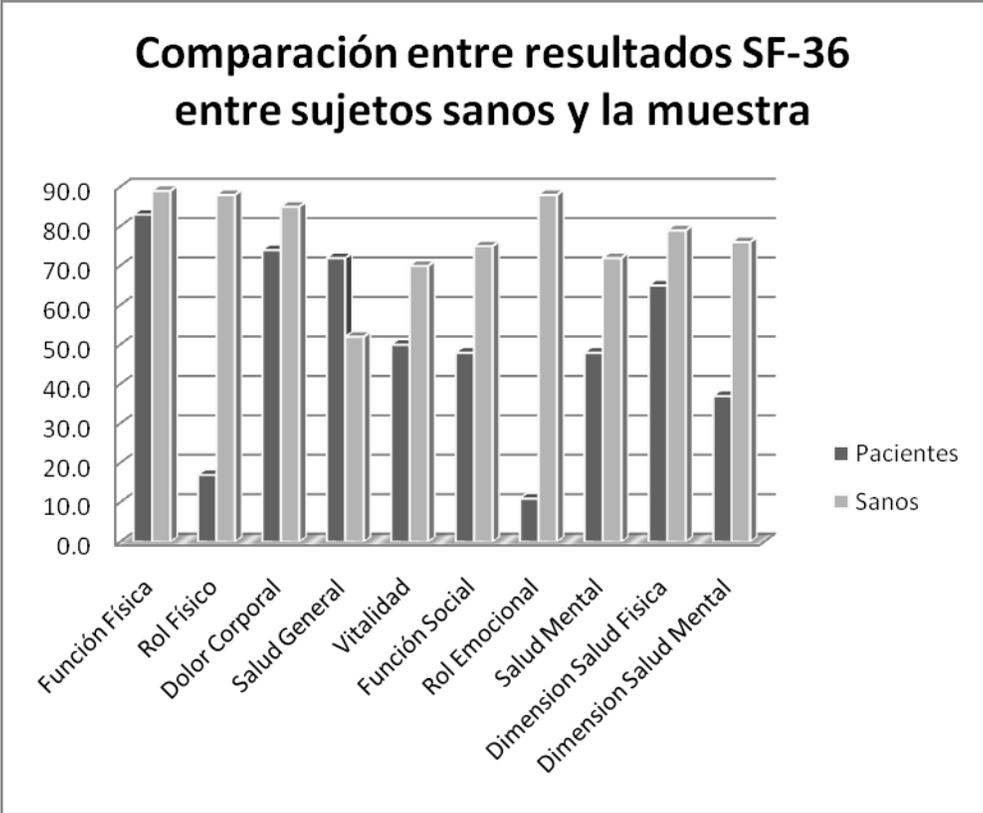
Se realizó una comparación con T de student para datos pareados obteniendo los siguientes valores:

Tabla 6. Comparación entre valores normativizados en población mexicana y pacientes en la escala SF-36

Dimensión	t (Significancia)
Función Física	.568 (.57)
Rol Físico	17 (.000)
Dolor Corporal	2.7 (.01)
Salud General	-8.3 (.00)
Vitalidad	8.5 (.00)
Función Social	8.9 (.00)
Rol Emocional	29.2 (.00)
Salud Mental	8.52 (.00)
Componente formado por SALUD FÍSICA	-7.8 (.00)
Componente formado por SALUD MENTAL	-11.48 (.00)

Como podemos observar, todos los datos con excepción de función física fueron estadísticamente diferentes, esto lo podemos observar de manera clara en la siguiente gráfica.

Grafica 1



Llama la atención que en la subescala de Salud General los pacientes refirieran mayores puntuaciones que los valores normativizados en población mexicana, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

Se realizó además una correlación entre las variables numéricas y las diferentes sub escalas de SF-36 que se muestra en el cuadro siguiente.

Tabla 7. Correlación entre resultados SF-36 y variables clínicas.

	Edad	Edad de inicio del padecimiento	Edad de inicio del tratamiento	Cuadros de manía	Cuadros de depresión	Numero de internamientos	Consultas asistidas
Función Física	-,023	-,342	-,335	,413*	,105	,232	-,023
Rol Físico	-,305	-,215	-,089	-,051	-,153	-,180	-,305
Dolor Corporal	-,215	-,411*	-,317	,240	-,109	,019	-,215
Salud General	,109	,146	,094	-,205	,088	-,095	,000
Vitalidad	-,199	-,324	-,247	,111	,027	-,057	,035
Función Social	,068	-,357	-,392*	,526**	,055	,374*	,238
Rol Emocional	-,061	-,283	-,254	,401*	-,032	,238	,119
Salud Mental	-,248	-,398*	-,296	,233	-,004	,003	,048
Componente formado por SALUD FÍSICA	-,253	-,350	-,174	,051	-,105	-,136	-,186
Componente formado por SALUD MENTAL	-,200	-,449	-,396	,504*	-,039	,228	,016

*valores significativos con $p=.01$

**valores significativos con $p=.05$

Como podemos observar, uno de los factores que se correlacionaban más con alteración en la escala SF-36 fue la presencia de cuadros de manía y edad de inicio de tratamiento. No existieron diferencias significativas entre las variables demográficas como el sexo, el estado civil o laboral.

Discusión

La calidad de vida es un constructo que a últimas fechas ha llamado la atención de la comunidad científica, ya que implica no solo el concepto salud-enfermedad, si no una serie de factores tanto psicológicos, físicos y sociales que hacen que el individuo pueda vivir de una manera plena.

En general nuestra muestra se caracterizo por ser joven, estar formada mayoritariamente por mujeres, que no trabajaban y cuya edad de inicio había sido alrededor de los 24 años, tardando alrededor de dos años en iniciarse el tratamiento. En el momento de la evaluación, habían pasado casi diez años en promedio de haberse iniciado los síntomas. Todas estas características pueden hacer de esta población susceptible de tener afectada la funcionalidad y con un impacto en la calidad de vida, esto puede ser considerado una de las limitantes más importantes del estudio, ya que el tamaño de la muestra reflejara de manera importante si el estudio puede ser extrapolable a otras poblaciones, teniendo cierta validez interna, pero teniendo una validez externa bastante limitada. Debemos considerar en estudios posteriores realizar un cálculo formal de la muestra que nos permita aseverar de manera clara si los datos obtenidos pueden aceptarse no solo en nuestra población o si en otras poblaciones, así como realizar una selección aleatoria de la muestra que evite esta carga de género en el estudio.

Nuestros resultados coinciden con la mayor parte de los estudios que han evaluado pacientes eutímicos, ya que como menciona Cooke (1996), existe una reducción en el funcionamiento y esta reducción puede permanecer aun en la fase estable de la enfermedad, como podemos observar la funcionalidad obtenida con GAF así como las diferentes sub-escalas de SF-36 nos muestran que los pacientes presentan principalmente una disminución en la función social así como

limitantes en la salud mental, como era de esperarse y dado que el trastorno bipolar no se trata de un padecimiento somático el área menos afectada es la de Dolor, coincidiendo de nuevo nuestros resultados con los de Cooke. Podemos esperar entonces que la población mexicana se comporta de manera similar a la población con trastorno bipolar referida en la literatura internacional.

Los datos que nos dan los pacientes pueden ser en su mayoría confiables como ya lo demostró Leydy y cols (1998), pero llama la atención en nuestro estudio que los pacientes mostraron una calificación alta en la percepción de salud general, siendo estos resultados contradictorios con el resto de los factores evaluados en las sub-escalas como son salud física, dolor, vitalidad y función de rol física, debemos considerar que los pacientes fueron abordados al acudir a su consulta y es probable que ocurriera un sesgo al sentirse evaluados y trataran de formar un aparente estado de bienestar pensando en posibles repercusiones durante la consulta como podría ser ajuste de medicamentos o internamientos, se debe aclarar que a los pacientes se les explico claramente los motivos de la aplicación de los instrumentos y que estos no afectarían en nada su tratamiento, aun así debemos considerar la ansiedad generada por la aplicación como un posible generador de sesgo en este aspecto. Debemos considerar además evaluar comorbilidad psiquiátrica, así como medir otro tipo de psicopatología como severidad de sintomatología psiquiátrica, por lo que en estudios posteriores sería una meta observar que impactó tiene la ansiedad y otros trastornos del afecto sobre el paciente bipolar y por supuesto no debemos dejar de lado la presencia de un trastorno de personalidad, retomando el impacto del temperamento sobre la calidad de vida.

En este sentido, debemos descartar la posibilidad de una mala auto evaluación, como la referida por Gazalle (2007) en pacientes maniacos, donde se autocalificarían con una mayor puntuación, ya que los pacientes con síntomas de hipomanía o manía fueron excluidos del estudio. Una nueva línea en este sentido es realizar un seguimiento longitudinal para observar si los pacientes bipolares

mexicanos de nuevo se califican con puntuaciones altas durante la fase de hipomanía y si de alguna manera también se puede obtener alguna puntuación por parte del familiar, que nos hable sobre la objetividad en este aspecto.

Al comparar nuestros resultados con los obtenidos por otros investigadores, podemos observar que en pacientes eutímicos existen una disminución en salud mental, rol emocional y vitalidad, si bien en términos menores que en nuestros pacientes. Debemos tomar en cuenta que el tamaño de la muestra puede desencadenar sesgos, esto puede explicar la falta de coincidencia con el estudio de Das y cols (2005), donde encontró que el estar desempleado, ser mujer tendría un mayor impacto en la calidad de vida, pero coincide con los estudios de Morlock (2008) que no encontró asociación con factores socio demográficos, aunque sí con la etapa depresiva, en este aspecto debemos de reconsiderar las limitaciones en el tamaño de la muestra que la vuelven susceptible de sesgos, por lo que tenemos que tomar nuestros resultados con la suficiente objetividad. De nuevo es necesario hacer mención de la aleatorización de la muestra así como aumentar el poder estadístico aumentando el tamaño muestral.

Existieron factores que no se evaluaron y que hubiera sido valioso obtenerlos como el tiempo que había transcurrido desde la última hospitalización, si bien, encontramos que existía una clara asociación entre el tiempo de iniciar tratamiento con una disminución en la calidad de vida, además del número de episodios de manía y por supuesto con el número de internamientos, coincidiendo parcialmente con lo referido por Puccini (2007), aunque no coincidimos en la correlación con el número de cuadros depresivos, debemos considerar que nuestros pacientes ya no mostraban síntomas residuales depresivos y en su muestra estos síntomas si se encontraban presentes y puede ser que esto explique la falta de correlación.

Para explicar esta alteración en la calidad de vida, aun a pesar de la remisión de los síntomas afectivos existen varias hipótesis, desde una presencia de déficits neurocognitivos que serían similares a los pacientes con esquizofrenia (Brisos,

2007), desafortunadamente nuestro estudio no contemplo la evaluación neurocognitiva o compararla con otro grupo de padecimientos, pero sería interesante realizar en investigaciones posteriores.

Otros factores que afectan la calidad de vida es la presencia de alguna comorbilidad psiquiátrica, como son los trastornos de ansiedad y el trastorno por uso de sustancias (Creed, 2002). Así como factores de personalidad (Havassy,1998), eventos estresantes (Hammen, 1997), el soporte social (Ellicot, 1990) y comorbilidad médica que veremos a continuación, desafortunadamente en nuestro estudio no se observo esta asociación, probablemente porque la presencia de comorbilidad tanto médica como psiquiátrica fue relativamente baja, y hubiera sido necesario ampliar el número de la muestra para mejorar estos datos. Aun así es probable que repliquemos los resultados. Lo que podemos observar es la coincidencia de que la edad no impacta sobre los resultados en calidad de vida como lo refiere Howard (2005) y nuestro estudio, es entonces claro que son más bien los factores psicopatológicos los que impactan sobre la calidad de vida. En este sentido, sería interesante evaluar a población geriátrica, lo que haría más rico el estudio y verificar estos resultados, un probable sesgo es que la población obtenida fue en la consulta externa, por lo que sería deseable que contando el hospital con el servicio de psicogeriatría, también se realizará un estudio en este campo, aunque aquí deberíamos tomar en cuenta otras variables, como es la comorbilidad con enfermedades médicas, que esperaríamos tendrían también un impacto en la calidad de vida de los pacientes. Es así que en esta edad lo que estamos observando es la calidad de vida de pacientes jóvenes, con un claro impactó de la enfermedad psiquiátrica.

Estos hallazgos nos deben invitar a la reflexión, ya que generalmente consideramos al paciente bipolar durante la eutimia como un individuo que tiene todas sus facultades y que no debería tener malestar, como podemos observar existe una constante disminución en sus funciones, aun a pesar de la aparente mejoría de la sintomatología. Debemos preguntarnos cuales son las maniobras de

intervención adecuadas, como podemos ayudar a estos pacientes a que mejoren su calidad de vida de una manera constante, durante todas las etapas de la enfermedad y persiguiendo no solo la remisión de los síntomas si no una mejor calidad de vida.

CONCLUSIONES

Una muestra de pacientes con trastorno bipolar en fase de eutimia que acudieron al Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” tuvieron disminuida su calidad de vida comparada con sujetos sanos. Esta disminución se correlaciono con

- La edad de inicio de tratamiento
- El número de eventos de manía
- El número de internamientos.

Referencias bibliográficas

- ¹ American Psychiatric Association. 1994. Practice guideline for reports of the sensitivity of the QLDS to change the treatment of patients with bipolar disorder. *Am. J. Psychiatry* 151: December 1994 Supplement.
- ² Chakrabarti, S., Kulhara, P., Verma, S.K., 1992. Extent and determinants of burden among families of patients with affective disorders. *Acta Psychiatr. Scand.* 86, 247–252.
- ³ Dion, G.L., Tohen, M., Anthony, W.A., Waternaux, C.S., Symptoms and functioning of patients with bipolar disorder six months after hospitalization. *Hosp. Commun. Psychiat.* 1988.139: 652–657.
- ⁴ Guyatt, G.H., Feeny, D.H., Patrick, D.L., 1993. Measuring healthrelated quality of life. *Annals of Internal Medicine* 118, 622–629
- ⁵ Angermeyer MC, Katschnig H. Psychotropic medication and quality of life: a conceptual framework for assessing their relationship. In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, editors. *Quality of life in mental disorders*. West Sussex (England) 7 John Wiley and Sons Ltd; 1997. p. 215- 25.
- ⁶ Mechanic D. Organization of care and quality of life of persons with serious and persistent mental illness. In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, editors. *Quality of life in mental disorders*. West Sussex (England) 7 John Wiley and Sons Ltd; 1997. p. 305- 617.
- ⁷ Yatham, L.N., Lecrubier, Y., Fieve, R.R., Davis, K.H., Harris, S.D., Krishnan, A.A., 2004. Quality of life in patients with bipolar I depression: data from 920 patients. *Bipolar Disorders* 6, 379–385.
- ⁸ Borthwick-Duffy, S.A. (1992). Quality of life and quality of care in mental retardation. In L. Rowitz (Ed.), *Mental retardation in the year 2000* (pp.52-66). Berlin: Springer-Verlag
- ⁹ Schalock, R.L. (1997) Three decades of Quality of Life. Informe manuscrito. Verdugo, M.A., Caballo, C., Peláez, A. & Prieto, G. (2000).
- ¹⁰ Guyatt G, Veldhuyzen SJ, Feeny D, Patrick D.L. Measuring quality of life in clinical Trials:a taxonomy and review. *Can Med Assoc J* 1989; 140; (12)1441:1448.

¹¹ López- García E, Banegas JR, Graciani Pérez A, Gutiérrez-Fisac JL, Alonso J, Rodríguez–Artalejo F. Valores de referencia de la versión española del cuestionario de salud SF- 36 en población adulta de más de 60 años. *Med Clin (Barc)* 2003;120(15):568-73.

¹² Ayuso-Mateos JL, Lasa L, Vázquez-Barquero JL. Validez interna y externa de la versión española del SF-36. *Med Clin (Barc)* 1999;113:37-8.

¹³ Badia Xavier, García A F. La medición de la calidad de vida relacionada con la salud y las preferencias en estudios de investigación de resultados en salud. En: *La Investigación de Resultados en Salud*. Barcelona: Edimac; 2000. 61:78.

¹⁴ Badia X, Carné X. La evaluación de la calidad de vida en el contexto del ensayo clínico. *Med Clinic (Bar)* 1998; 110 (14): 550:556.

¹⁵ San Martín H. *Tratado General de la Salud en las Sociedades Humanas*. Prensa Médica Mexicana. Tomo I. México 1992

¹⁶ Namjoshi, M.A., Buesching, D.P., 2001. A review of the health-related quality of life literature in bipolar disorder. *Quality of Life Research* 10, 105–115.

¹⁷ Chand PK, Mattoo SK, Sharan P. Quality of life and its correlates in patients with bipolar disorder stabilized on lithium prophylaxis. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004;58:311 -8.

¹⁸ Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam A, Rogers W, Daniels M, et al. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1989;262:914- 9.

¹⁹ Atkinson M, Zibin S, Chuang H. Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of the self-report methodology. *Am J Psychiatry* 1997;154:99 -

²⁰ Revicki DA, Tohen M, Gyulai L, Thompson C, Pike Whalley D, McKenna, S.P., 1995. Measuring quality of life in Davis-Vogel, A. Zarate, C. 1997. Telephone versus in-person patients with depression or anxiety. *Pharmacoeconomics* 8, clinical and health status assessment interviews in bipolar 305–315. disorder patients. *Harvard Rev. Psychiatry*. 5, 75–81.

²¹ Cooke RG, Robb JC, Young LT, Joffe RT. Wellover psychopharmacotherapy prescribed and the being and functioning in patients with bipolar disorder

assessed HRQL effects may relate in unknown ways to the using the MOS 20-item short form (SF-20). *J. Affect. Disord* 1996;139: 93–97.

²² Murray B, Rob J, Revicki D, Leidya NK, Palmera C. Preliminary communication Health-related quality of life assessment in euthymic and depressed patients with bipolar disorder Psychometric performance of four self-report measure. *Megan Journal of Affective Disorders* 48 (1998) 207–214

²³ Judd LL. Adverse outcome of subsyndromal and syndromal levels of depressive symptom severity. *Psychosom Med* 2000;62:472- 3.

²⁴ Dean BB, Gerner D, Gerner RH. A systematic review evaluating health-related quality of life, work impairment, and healthcare costs and utilization in bipolar disorder. *Curr Med Res Opin* 2004; 20:139 - 54.

²⁵ Health-related quality of life and functioning in remitted bipolar I outpatients Armando Piccinni⁴, Mario Catena, Alessandro Del Debbio, Donatella Marazziti, Cristina Monje, Elisa Schiavi, Alessandra Mariotti, Carolina Bianchi, Agnese Palla, Isabella Roncaglia, Marina Carlini, Stefano Pini, Liliana Dell’Osso *Comprehensive Psychiatry* 48 (2007) 323– 328

²⁶ Das, A.K., Olfson, M., Gerneroff, M.J., Pilowsky, D.J., Blanco, C., Feder, A., Gross, R., Neria, Y., Lantigua, R., Shea, S., Weissman, M.M., 2005. Screening for bipolar disorder in a primary care practice. *Journal of the American Medical Association* 293, 956–963.

²⁷ Fernando Kratz Gazalle, Pedro Curi Hallal, Ana Cristina Andreazza, Benício Noronha Frey, Márcia Kauer-Sant’Anna, Fernanda Weyne Sabrina Corrêa da Costa, Aida Santin, Flávio Kapczinski, Manic disorder symptoms and quality of life in bipolar, *Psychiatry Research* 153 (2007) 33–38

²⁸ Fernando Kratz Gazalle, Benício Noronha Frey, Pedro Curi Hallal, Ana Cristina Andreazza, Ângelo Batista M. Cunha e, Aida Santin b, Flávio Kapczinski. Mismatch between self-reported quality of life and functional assessment in acute mania: A matter of unawareness of illness? *Journal of Affective Disorders* 103 (2007) 247–252

²⁹ Morlockb, G , Leeuwenkamp , R.. Milliganc, R. Perryc NV. Quality of life and resource use in patients with bipolar disorder in Europe and the USA . *Journal of Affective Disorders* 107 (2008) S53–S122

³⁰ Hongwei Zhanga, T, Stephen R. Wisniewskia, Mark S. Bauerb, Gary S. Sachsc, Michael E. Thased, for the STEP-BD Comparisons of perceived quality of life

across clinical states in bipolar disorder: data from the first 2000 Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) participants Investigators Comprehensive Psychiatry 47 (2006) 161– 168

³¹ Creed F, Morgan R, Fiddler M, Marshall S, Guthrie E, House A. Depression and anxiety impair health-related quality of life and are associated with increased costs in general medical inpatients. *Psychosomatics* 2002;43:302- 9.

³² Havassy B, Arns P. Relationship of cocaine and other substance dependence to well-being of high-risk psychiatric patients. *Psychiatr Serv* 1998;49:935- 40.

³³ Hammen C, Gitlin M. Stress reactivity in bipolar patients and its relation to prior history of disorder. *Am J Psychiatry* 1997;154: 856- 7.

³⁴ Ellicott A, Hammen C, Gitlin M, Brown G, Jamison K. Life events and the course of bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1990;147: 1194- 8.

³⁵ D'Ercole, A., Skokol, A.E., Struening, E., Curtis, J., Millman, J., 1991. Diagnosis of physical illness in psychiatric patients using Axis III and a standardized medical history. *Hos. Community Psychiatry* 42, 395– 400.

³⁶ Felker, B., Yazel, J.J., 1996. Short D. Mortality and medical comorbidity among psychiatric patients: a review. *Psychiatr. Serv.* 47, 1356– 1363.

³⁷ Booth, B.M., Blow, F.C., Cook, C.A., 1998. Functional impairment and co-occurring psychiatric disorders in medically hospitalized men. *Arch. Intern. Med.* 158, 1551–1559.

³⁸ Shulman, K.I., Herrmann, N., 1999. The nature and management of mania in old age. *Psychiatr. Clin. North Am.* 22, 649– 665.

³⁹ Black, D.W., 1998. Iowa record-linkage study: death rates in psychiatric patients. *J. Affect. Disord.* 50, 277– 282.

⁴⁰ Fagiolini, A., Frank, E., Houck, P.R., Mallinger, A.G., Swartz, H.A., Buysse, D.J., Ombao, H., Kupfer, D.J., 2002. Prevalence of obesity and weight change during treatment in patients with bipolar I disorder. *J. Clin. Psychiatry* 63, 528– 533

⁴¹ Fagiolini, A., Kupfer, D.J., Houck, P.R., Novick, D.M., Frank, E., 2003. Obesity as a correlate of outcome in patients with bipolar I disorder. *Am. J. Psychiatry* 160, 112–117.

⁴² Winokur, G., Coryell, W., Endicott, J., Akiskal, H., 1993. Further distinctions between manic-depressive illness (bipolar disorder) and primary depressive disorder (unipolar depression). *Am. J. Psychiatry* 150, 1176–1181.

⁴³ Howard H. Fenna, Mark S. Bauerb, Lori Alshulerc, Denise R. Evansd, William O. Willifordef, Amy M. Kilbourneg, Thomas P. Beresfordh,i, Gail Kirke, Margaret Stedmanh,i, Louis Fioreh,i Medical comorbidity and health-related quality of life in bipolar disorder across the adult age span *Journal of Affective Disorders* 86 (2005) 47–60

⁴⁴ Keller, M.B., 2006. Prevalence and impact of comorbid anxiety and bipolar disorder. *J. Clin. Psychiatry* 67 (suppl.1), 5–10

⁴⁵ Simon, N., Otto, M.W., Wisniewski, S.R., Fossey, M., Sagduyu, K., Frank, E., Sachs, G.S., Nierenberg, A.A., Thase, M.E., Pollack, M.H., for the STEP-BD Investigators, 2004. Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients: data from the first 500 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Am. J. Psychiatry* 161, 2222–2229.

⁴⁶ Maina, G., Albert, U., Bellodi, L., Colombo, C., Faravelli, C., Monteleone, P., Bogetto, F., Cassano, G.B., Maj, M., 2007. Healthrelated quality of life in euthymic bipolar disorder patients: differences between bipolar I and II subtypes. *J. Clin. Psychiatry* 68, 207–212.

⁴⁷ Umberto Albert, Gianluca Rosso, Giuseppe Maina , Filippo BogettoImpact of anxiety disorder comorbidity on quality of life in euthymic bipolar disorder patients: differences between bipolar I and II subtypes *Journal of Affective Disorders* 105 (2008) 297–303

⁴⁸ Hamilton M. Rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23: 56-62.

⁴⁹ Conde V, Franch JI. Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología de los trastornos angustiosos y depresivos. Madrid: Upjohn SA, 1984

⁵⁰Ramos-Brieva JA, Cordero A. Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1986; 14: 324-334.

-
- ⁵¹ Bech P. The Bech, Hamilton and Zung scales for mood disorders: screening and listening: a twenty years update with reference to DSM-IV and CIE-10.2nd ed. New York: Springer-Verlag 1996; p 53
- ⁵² Young R., Biggs T., Ziegler V. y Meyer D.(1978). A Rating Scale for Mania: Reliability, Validity and Sensitivity. *British Journal of Psychiatry*, 133, 429-435.
- ⁵³ Apiquian, Rogelio; Páez, Francisco; Tapia, Rosa oralia; Fresán, Ana; Vallejo, Gabriela; Nicolini, Humberto. Validez y confiabilidad de la Escala para la Evaluación de la Manía. *Salud mental* 1997;20(3):23-9.
- ⁵⁴ Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short form health survey (SF-36) I. *Med Care* 1992; 30: 473-83.
- ⁵⁵ Aaronson NK, Acquadro J, Alonso J, Apolone G, Bucquet D, Bullinger M et al. Internacional quality of life assessment (IQOLA) project. *Qual Life Res* 1992; 1: 349-51.
- ⁵⁶ Wu AW, Rubin HR, Matthews WC. A health status questionnaire using 30 items from the Medical Outcomes Study: preliminary validation in persons with early HIV infection. *Med Care* 1991; 29: 786-98.
- ⁵⁷ Stewart RL, Hays RD, Ware JE. The MOS short-form General Health Survey. *Med Care* 1988; 26: 724-35.
- ⁵⁸ Ayuso-Mateos JL, Lasa L, Vázquez-Barquero JL, Oviedo A, Díez-Manrique JF. Measuring health status in psychiatric community surveys: internal and external validity of the Spanish version of the SF-36. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99: 26-32.
- ⁵⁹ Durán-Arenas L, Gallegos-Carrillo K, Salinas-Escudero Guillermo, Martínez-Salgado Homero Towards a mexican normative standard for measurement of the Short Format 36 health-related quality of life instrument *Salud pública Méx* 46 (4) Cuernavaca July/Aug. 2004
- ⁶⁰ Brazier JE, Harper R, Jones NMB, O’Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T, Westlake L. Validating the SF-36 Health Survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *Br Med J* 1992; 305: 160-4.
- ⁶¹ Beaton DE, Bombardier C, Hogg-Johnson S. Choose your tool: a comparison of the psychometric properties of five generic health status instruments in workers with soft tissue injuries. *Qual Life Res* 1994; 3: 50-6.

⁶² Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide. Boston MA: The Health Institute, New England Medical Center, 1993.

⁶³ Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Suppl. 20):22-33.

⁶⁴ Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora I, et al. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P. *Eur Psychiatry* 1997; 12: 232-41

⁶⁵ Durán-Arenas Luis, Gallegos-Carrillo Katia, Salinas-Escudero Guillermo, Homero Martínez-Salgado. Hacia una base normativa mexicana en la medición de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el Formato Corto 36. *Salud pública de México* 2004; .46(4):306-315.

Anexos

MINI: episodio (hipo- maniaco)

Responder con Sí o No

C1.- ¿Ha tenido alguna vez un periodo en que se sintiese tan exaltado/a o lleno/a de energía que esto le supuso problemas, o en el que las personas de su entorno pensaron que usted no estaba en su estado habitual?

C2.- ¿Ha tenido usted alguna vez, un periodo en el que estuviera tan irritable que llegaba a insultar, a gritar o incluso a pelearse con la gente?

C3: ¿Ha tenido usted estos problemas en el transcurso del último mes?

C4.- Cuando se sentía más exaltado/a o irritable:

(Si actualmente maníaco explore el episodio actual, si NO explore el más grave)

a) ¿Tenía el sentimiento de que podía hacer cosas que los demás serían incapaces, o de que era una persona particularmente importante?

b) ¿Necesitaba dormir menos de lo habitual (ej.: se sentía descansado con sólo pocas horas de sueño)?

c) ¿Hablaba sin parar o tan deprisa que la gente no podía comprenderle?

d) ¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que no podía seguirlos bien?

e) ¿Se distraía tan fácilmente, que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que estaba haciendo o pensando?

f) ¿Estaba tan activo, con una actividad física continua, que los demás se inquietaban por usted?

g) ¿Ciertas actividades le parecían tan agradables o tentadoras que tendía a olvidar los riesgos o las dificultades que podían entrañar (hacer compras indiscriminadas, conducir imprudentemente, tener una actividad sexual inusual)?

C5.- ¿Los problemas de los que estamos hablando han persistido alguna vez durante al menos una semana y le han entrañado dificultades en casa, en el trabajo o en los estudios, o ha sido usted hospitalizado/a a causa de estos

problemas?

RESULTADO.

MANIA.

1. *Euforia*

- 0 Ausente
- 1 Posible o moderada, sólo cuando se le pregunta
- 2 Clara aunque subjetiva y apropiada al contenido: optimista, seguro de sí mismo/a, alegre.
- 3 Elevada e inapropiada
- 4 Grave y desorganizada

2. *Hiperactividad*

- 0 Ausente
- 1 Subjetivamente aumentada
- 2 Vigoroso/a, hipergestual
- 3 Energía excesiva, hiperactividad fluctuante, inquietud
- 4 Agitación o hiperactividad constante

3. *Impulso sexual*

- 0 No aumentado
- 1 Posible o moderadamente aumentado
- 2 Claro aumento al preguntar
- 3 Espontáneamente referido como elevado, contenido sexual del discurso, preocupación por temas sexuales
- 4 Actos o incitaciones sexuales evidentes

4. *Sueño*

- 0 No reducido
- 1 Disminución en menos de una hora
- 2 Disminución en más de una hora
- 3 Refiere disminución de la necesidad de dormir
- 4 Niega necesidad de dormir

5. *Irritabilidad*

- 0 Ausente
- 2 Subjetivamente aumentada
- 4 Irritabilidad fluctuante, episodios recientes de rabia o enfado
- 6 Predominantemente irritable, brusco y cortante
- 8 Hostil, no colaborador/a, no entrevistable

6. *Expresión verbal*

- 0 No aumentada
- 2 Sensación de locuacidad

-
- 4 Aumentada de forma fluctuante, prolijidad
 - 6 Claramente aumentada, difícil de interrumpir, intrusiva
 - 8 Verborrea ininterrumpible y continua

7. *Trastornos del curso pensamiento*

- 0 Ausentes
- 1 Circunstancialidad, distracción moderada, aceleración del pensamiento
- 2 Distracción clara, descarrilamiento, taquipsiquia
- 3 Fuga de ideas, tangencialidad, rimas, ecolalia
- 4 Incoherencia, ininteligibilidad

8. *Trastornos formales del pensamiento*

- 0 Ausentes
- 2 Planes discutibles, nuevos intereses
- 4 Proyectos especiales, misticismo
- 6 Ideas grandiosas o paranoides, ideas de referencia
- 8 Delirios, alucinaciones

9. *Agresividad*

- 0 Ausente
- 2 Sarcástico/a, enfático/a, lacónico/a
- 4 Querulante, pone en guardia
- 6 Amenazador/a, habla a gritos, entrevista difícil
- 8 Agresivo/a, destructivo/a, entrevista imposible

10. *Apariencia*

- 0 Indumentaria apropiada y limpia
- 1 Ligeramente descuidada
- 2 Mal arreglado/a, moderadamente despeinado/a, indumentaria sobrecargada
- 3 Despeinado/a, semidesnudo/a, maquillaje llamativo
- 4 Completamente desaseado/a, adornado/a, indumentaria bizarra

11. *Conciencia de enfermedad*

- 0 Presente, admite la enfermedad, acepta tratamiento
- 1 Según él/ella, posiblemente enfermo/a
- 2 Admite cambio de conducta, pero niega enfermedad
- 3 Admite posible cambio de conducta, niega enfermedad
- 4 Niega cualquier cambio de conducta

TOTAL.

1.- En general, usted diría que su salud es:

Excelente Muy buena Buena Regular Mala

2.- ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparado con la de hace un año?

Mucho mejor ahora que hace un año Algo mejor ahora que hace un año
 Más o menos igual que hace un año Algo peor ahora que hace un año
 Mucho peor ahora que hace una año

3.- Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual**¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?**

Sí, me limita mucho Sí me limita un poco No, no me limita nada

- a) Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores
- b) Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora
- c) Coger o llevar la bolsa de la compra
- d) Subir varios pisos por la escalera
- e) Subir un solo piso por la escalera
- f) Agacharse o arrodillarse
- g) Caminar un kilómetro o más
- h) Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)
- i) Caminar una sola manzana (unos 100 metros)
- j) Bañarse o vestirse por sí mismo

4.- Durante las últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

SI NO

- a) ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?
- b) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?
- c) ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas? !!
- d) ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ej, le costo más de lo normal

5.- Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

SI o NO

- a) ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional
- b) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?
- c) ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?

6.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada Un poco Regular Bastante Mucho

7.- ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No ninguno Sí, muy poco Sí, un poco Sí, moderado Sí, mucho Sí, muchísimo

8.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada Un poco Regular Bastante Mucho

1.- Humor deprimido

(Tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)

0. Ausente

1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado.
2. Estas sensaciones se relatan oral o espontáneamente.
3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto.
4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea

2.- Sensación de culpabilidad

0. Ausente

1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.
2. Ideas de culpabilidad o meditación sobre errores pasados o malas acciones.
3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad.
4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.

3. Suicidio.

0. Ausente.

1. Le parece que la vida no vale la pena de ser vivida.
2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir.
3. Ideas de suicidio o amenazas.
4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se clasifica como 4)

4.- Insomnio precoz.

0. No tiene dificultades para dormirse.

1. Se queja de dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora.
2. Se queja de dificultades para dormirse cada noche.

5.- Insomnio medio.

0. No hay dificultad.

1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche.

2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2

(excepto por motivos de evacuar).

6.- Insomnio tardío.

0. No hay dificultad.

1. Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir.

2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.

7. Trabajo y actividades.

0. No hay dificultad.

1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones.

2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación (siente que debe esforzarse en su trabajo o actividades).

3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso de la productividad. En el hospital clasificar en 3 si el paciente no dedica por lo menos 3 horas al día a actividades relacionadas

exclusivamente con las pequeñas tareas del hospital o aficiones.

4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad. En el hospital, clasificar en 4 si el paciente no se

compromete en otras actividades más que a las pequeñas tareas, o si no puede realizar éstas sin ayuda.

8.- Inhibición

(Lentitud de pensamiento y de palabra; facultad de concentración empeorada; actividad motora disminuida).

0. Palabra o pensamiento normales.

1. Ligero retraso en el diálogo.

2. Evidente retraso en el diálogo.

3. Diálogo difícil.

4. Torpeza absoluta.

9.- Agitación.

0. Ninguna.

1. “Juega” con sus manos, cabellos. etc.

2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios, etc.

10.- Ansiedad psíquica.

0. No hay dificultad.

1. Tensión subjetiva e irritabilidad.

2. Preocupación por pequeñas cosas.

3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla.

4. Temores expresados sin preguntarle.

11.- Ansiedad somática

Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como: gastrointestinales (boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retorcijones, eructos); cardiovasculares (palpitaciones, cefalalgias);

respiratorios (hiperventilación, suspiros); frecuencia urinaria; sudación.

0. Ausente.

1. Ligera.

2. Moderada.

3. Severa

4. Temores expresados sin preguntarle.

12.- Síntomas somáticos gastrointestinales.

0. Ninguno.

1. Pérdida de apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen.

2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales.

13.- Síntomas somáticos generales.

0. Ninguno.

1. Pesadez en extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgia, algias musculares.

Pérdida de energía y fatigabilidad.

2. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.

14.- Síntomas genitales

Síntomas como pérdida de libido y trastornos menstruales.

- 0. Ausente.
- 1. Débil.
- 2. Grave.
- 3. Incapacitante

Consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR EN FASE DE EUTIMIA

El propósito del presente estudio es investigar la calidad de vida sobre el trastorno Bipolar. Con mi participación contribuiré a determinar cuál es la calidad de vida en pacientes en fase de Eutimia que padecen de Trastorno bipolar.

Mi participación consistirá en responder las escalas necesarias para determinar mi estado actual y calidad de vida, lo cual llevará aproximadamente 10 minutos.

Beneficios

Los fines del estudio son sólo de investigación y proporcionará información estadística sobre la calidad de vida relacionada con el trastorno Bipolar de Pacientes que se ven en La Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez

Confidencialidad

Toda la información clínica será manejada por medio de códigos que hacen imposible mi identificación. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o en la publicación de los resultados. La información solo será consultada por los investigadores involucrados en el estudio.

Riesgos

Durante la aplicación de los cuestionarios, es posible que se traten temas sensibles por lo que recibiré ayuda inmediata por alguno de los psiquiatras involucrados en el proyecto

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio, de tal manera, acepto participar voluntariamente. Estoy enterado de que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en el cuidado médico que recibo en esta Institución. De la misma manera, mi información (*o muestras, etc.*) será destruida en el momento en que yo decidiera no participar en el estudio.

Contacto

Si tuviera alguna pregunta o duda acerca del estudio, puedo contactar Dra Fabiola Osiris Olmedo Figueroa al teléfono 55 34 55 98 26

Nombre y firma del Paciente

Fecha

Testigo

Fecha

Testigo

Fecha