

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
MUÑIZ**

**Asociación de Factores clínicos y Sociodemográficos
con la Calidad de vida y la Discapacidad en Pacientes
con Depresión Bipolar en el Instituto Nacional de
Psiquiatría.**

TESIS DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA QUE PRESENTA:

Daniela Uribe Pérez

Asesores:

Dra. Claudia Becerra Palars

Dra. Blanca Vargas Terrés

MÉXICO D.F.

2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

*Dedicada a la amada memoria del Dr. Salvador Uribe y Escandón:
Abuelo, llevo en mis venas con gran orgullo el peso de tu sangre, en mi corazón con
desconsuelo el abismo de tu ausencia y en mi mente el compromiso que un día hicimos.
Te extraño.*

Agradecimientos

A mis padres: Antonio y Margarita, por el cariño y amistad, por ser el mejor ejemplo que pude tener y por todo su apoyo durante mi formación y crecimiento, los amo con todo mi corazón.

A mis hermanas: Clau, Dry y Tony, por su amistad incondicional. A Gerardo, porque eres mi gran amor y has llenado mi residencia de alegría. A Sofía, Berenice, Andrea y Fausto, por haberse convertido en psiquiatras a mi lado y por la gran amistad que hemos formado.

A mis compañeros: Adolfo Neri y María Yoldi por ayudarme en la recolección de muestra.

A mis maestras: Claudia Becerra Palars y Blanca Vargas Terrés por su asesoramiento durante este trabajo y en general, durante toda mi formación como psiquiatra.

Contenido

1.- Introducción.....	5
2.- Pregunta de investigación.....	15
3.- Justificación.....	15
4.- Objetivos.....	16
Objetivo general.....	16
Objetivos específicos.....	16
5.- Material y métodos.....	17
6.- Implicaciones éticas.....	24
7.- Resultados.....	25
8.- Discusión.....	35
9.- Conclusión.....	36
10.- Referencias.....	38
11. Anexos.....	40

MARCO TEORICO

Episodio Depresivo Mayor.

De acuerdo con el DSM IV-TR, un episodio depresivo mayor se caracteriza por un periodo de al menos 2 semanas durante el cual, el paciente presenta tristeza y/o anhedonia, junto con al menos otros cuatro síntomas de una lista de criterios que incluyen: pérdida importante de peso sin hacer dieta o incremento de peso (por ejemplo, un cambio mayor del 5 % del peso corporal en 1 mes) con pérdida o aumento del apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor (observable por los demás), fatiga o hipoergia, sentimientos de inutilidad o de culpa inapropiados o incluso delirantes, disminución de la capacidad para concentrarse o indecisión (no solamente con miedo a la muerte) y pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida con o sin un plan específico para suicidarse. Estos síntomas deben estar presentes la mayor parte del día casi diariamente y el cuadro debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del paciente. (Rush, 2000)

Los cuadros depresivos pueden estar acompañados de otros tipos de síntomas (Rush, 2000), que de estar presentes tienen que especificarse y estos son:

1. Síntomas Psicóticos. La presencia de ideas delirantes o alucinaciones durante el episodio, que generalmente son congruentes con el estado de ánimo como son las ideas delirantes de culpa, nihilistas, de merecer un castigo o somáticas, aunque pueden presentarse síntomas incongruentes con el estado de ánimo como son las ideas delirantes de tipo persecutorias, de lectura o del control del pensamiento, etc.
2. Síntomas catatónicos. Con inmovilidad (catalepsia o estupor), actividad motora excesiva sin propósito y no provocada por estímulos externos,

negativismo o mutismo excesivo, posturas peculiares, movimientos estereotipados, manierismos, ecolalia o ecopraxia.

3. Síntomas melancólicos. Manifestados con pérdida total del interés en casi todas sus actividades, poca reactividad a estímulos antes placenteros, ánimo depresivo distinto a tristeza experimentada antes, tristeza con exacerbación matutina, agitación/retardo psicomotor marcado, anorexia o pérdida ponderal significativa, culpa excesiva o inapropiada.
4. Síntomas atípicos. Hiperreactividad emocional, incremento del apetito y ponderal significativo, hipersomnias y parálisis plúmbea.

A.	Presencia de por lo menos 5 de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa, uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o anhedonia.	1.- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día casi cada día. 2.- Anhedonia. 3.- Pérdida/incremento apetito, con aumento o decremento ponderal mayor del 5% en un mes. 4- Alteraciones en el sueño: insomnio/hipersomnias 5.- Agitación o enlentecimiento psicomotor objetivo. 6.- Fatiga i hipoergia. 7.- Ideas de minusvalía y culpa. 8.- Disminución en la concentración/indecisión. 9.- Ideas de muerte/suicidas.
B.	Los síntomas no cumplen criterios para un episodio mixto.	
C.	Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes en la vida del individuo.	
D.	Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos de alguna sustancia o enfermedad médica.	
E.	No se explican mejor por la presencia de un duelo.	

Los episodios depresivos pueden ocurrir en dos contextos: la depresión unipolar y la depresión bipolar.

Trastorno Depresivo Mayor.

La característica esencial de un trastorno depresivo mayor es un curso clínico con uno o varios episodios depresivos mayores, sin un antecedente de episodios hipomaniacos, mixtos o maniacos. Se debe especificar si se trata de un primer episodio o si es recidivante (cuando no ha habido síntomas en por lo menos 2 meses entre 2 episodios), la gravedad del episodio y si en su curso longitudinal ya no se cumplen los criterios, si el episodio se encuentra en remisión total o parcial, con o sin recuperación total interepisódica. (Rush, 2000)

El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) es un desorden de alta prevalencia y con altas tasas de incapacidad a nivel mundial, se asocia frecuentemente con altos niveles de insatisfacción en el bienestar social, físico y emocional, provocando una discapacidad ocupacional importante, disminuyendo la productividad del paciente (Ezquiaga, 2004). Al presentarse junto con otras enfermedades no psiquiátricas, empeora el pronóstico de las mismas, ya que los pacientes sufren mayor dolor y otros síntomas somáticos, mantienen un menor funcionamiento y mayores probabilidades de muerte en el primer año al compararlos con pacientes sin depresión.

El riesgo de desarrollar TDM alrededor de la vida varía en estadísticas entre el 10-25% en mujeres y 5-12% en los hombres. La prevalencia parece no estar relacionada con etnicidad, educación ni estado marital.

La edad promedio de inicio se calcula en la cuarta década de la vida. Sin embargo se ha calculado que al menos un 25% de los pacientes con trastorno depresivo mayor han tenido antes algún episodio depresivo menor o un trastorno distímico, por lo que el inicio de la disfunción afectiva, parece ser previa.

En el curso longitudinal del trastorno, se ha comprobado que la remisión incompleta y las recaídas, contrario a lo que se pensaba previamente, son muy frecuentes. El estudio de trastornos mentales de la OMS encontró que el 50% de los pacientes diagnosticados, todavía cumplen criterios para el diagnóstico, sin

remisión 1 año después y de éstos, el 10% llega a cumplir criterios para una depresión crónica (más de 2 años con el trastorno).

Se ha sugerido que los periodos de remisión completa son más frecuentes al inicio de la enfermedad y que un mayor número de episodios predice la posibilidad de un siguiente. Después de haber padecido 3 episodios, se ha calculado hasta el 90% de riesgo de padecer un cuarto.

Palma y cols, estudiaron a 100 pacientes dentro del Instituto Nacional de Psiquiatría, con el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, encontrando que un tercio de los pacientes iniciaron su sintomatología entre los 18 y los 30 años de edad, el 59% reportó haber tenido cuatro o más episodios depresivos previos al estudiado. En este estudio el 95% de los pacientes presentaron mejoría, aunque solamente el 58% logró permanecer por más de 6 meses asintomáticos. (Palma, 2011)

Trastorno Bipolar.

El trastorno bipolar se define por la presencia de al menos un episodio de elevación del ánimo (manía o hipomanía) o un episodio mixto en la vida. La presencia de un episodio maniaco implicaría el diagnóstico de TBP tipo I y la presencia de un episodio hipomaniaco, especificaría el subtipo II. El DSM IV TR pide que al hacer el diagnóstico se especifique si el individuo cursa su primer episodio afectivo o si el trastorno es recurrente (cambio en la polaridad del episodio o el mismo tipo de episodio, con un intervalo interepisódico mayor a 2 meses) y en caso de recurrencia se debe especificar el último episodio y sus características (si se encuentra en remisión parcial o total, con síntomas catatónicos, cronicidad, etc.). (Rush, 2000)

Se trata de un padecimiento importante debido a su alta prevalencia y a sus múltiples comorbilidades y complicaciones. Se ha estimado una prevalencia general de aproximadamente el 3.9% (Kessler et al. 2005) de la población en Estados Unidos. En la población mexicana se ha reportado una prevalencia general del TBPI y II del 1.9%. Afecta a hombres y mujeres por igual, sin embargo las mujeres parecen tener mayor número de episodios depresivos y son

diagnosticadas con el subtipo II con mayor frecuencia, además se ha observado que los hombres generalmente debutan con episodios maníacos. Los episodios mixtos aparecen más frecuentemente en adolescentes y jóvenes que en adultos. La edad promedio de diagnóstico es a los 27 años (Miklowitz D, 2010), sin embargo la edad de inicio se ha calculado aproximadamente a los 18.2 años, sin diferencia de género. Un inicio más temprano se ha asociado con peor pronóstico, duración mayor de los episodios y ciclos rápidos.

Por lo general, los pacientes con trastorno bipolar, tienen una mayor cantidad de episodios afectivos a lo largo de su vida que los individuos con trastorno depresivo unipolar, ya que se ha calculado que sufren al menos 4 episodios cada 10 años y hasta el 15% de los pacientes son cicladores rápidos (Solomon D, 2010). La duración promedio de los episodios es de 15 semanas, siendo los depresivos de mayor duración que los maníacos y los episodios mixtos al menos 4 veces más prolongados que los depresivos. En distintos estudios se ha comprobado que, dentro del curso longitudinal, los pacientes solamente pasan el 50% del tiempo en eutimia y solamente el 12% del tiempo en estados de elevación afectiva, lo que dejaría un 38% del curso de la enfermedad en episodios depresivos (Goodwin, 2008), en conclusión, los pacientes pasan un tercio de su vida adulta con síntomas depresivos, que implicaría de 3 a 5 veces más que los días en episodios de elevación del ánimo.

Aunque la mayoría de los pacientes logran estar asintomáticos entre episodios, la recuperación de episodios severos es 25% menor que de los episodios leves y aproximadamente el 30% de los pacientes continúan con síntomas residuales (Solomon D, 2010). Es importante destacar que se ha encontrado morbilidad acumulativa, en el que cada año adicional de enfermedad, reduce en el 8% la probabilidad de recuperación del episodio afectivo. A pesar de haber tenido remisión, al menos el 60% de los pacientes permanecen con síntomas leves, principalmente cuando estos son depresivos se experimentan dificultades ocupacionales e interpersonales importantes. (Kempt, 2011)

Prácticamente todos los pacientes sufren recurrencias, en un año el 37% de los pacientes con TBPI tienen otro episodio maniaco o depresivo, 60% en 2 años y el 73% ya tuvo una recurrencia en menos de 5 años. (Solomon D, 2010)

Como se mencionó antes, los pacientes con TBP tienen un riesgo alto de padecer comorbilidades, durante etapas tempranas con trastorno por déficit de atención, negativista desafiante, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de angustia y durante el curso de la enfermedad se hace mayor la comorbilidad con el abuso de sustancias, hasta el 46% de los pacientes llegan a cumplir criterios para abuso de alcohol (Regier et al. 1990). Estas comorbilidades necesariamente predicen un pobre pronóstico de la enfermedad, principalmente pacientes con abuso de sustancias y trastornos ansiosos.

El trastorno bipolar se asocia con las tasas mayores de suicidio dentro de los padecimientos psiquiátricos. El riesgo de cometer suicidio en comparación con la población general es 20-30 veces mayor sobre las personas con la misma edad y sexo (Angst et al, 2002) y cuatro veces mayor en comparación con los pacientes con TDM, en un estudio se encontró que el riesgo de suicidio en pacientes con episodios depresivos graves que requieren hospitalización es del 24% para los pacientes con depresión bipolar, mientras que los pacientes con depresión unipolar tuvieron un riesgo del 17% (Nierenberg et al., 2001). Se ha calculado que el 50% por cierto de los pacientes intentan suicidarse durante su vida y del 10 al 15% lo logran, esto ocurre generalmente cuando se encuentran en episodios mixtos o depresivos. La suicidabilidad se ha asociado con periodos prolongados de enfermedad y menor respuesta a los tratamientos. Se han reconocido factores de riesgo que incrementan la suicidabilidad en los pacientes como son: una presentación predominantemente depresiva, abuso de sustancias, hombres jóvenes, inicio reciente de la enfermedad, ansiedad o impulsividad significativa, historia familiar de suicidio y aislamiento social. Esta mortalidad parece reducir en pacientes que tienen un tratamiento efectivo hasta el 5%.

¿Trastorno Depresivo o Trastorno Bipolar?

La forma actual de distinguir entre estos trastornos, crea una paradoja que ha sido difícil clarificar: al intentar diferenciar el trastorno depresivo mayor del trastorno bipolar pero al caracterizar los episodios depresivos por los mismos criterios, se deja como la separación definitiva a las características maníacas de la condición bipolar. En la práctica clínica este sistema diagnóstico se vuelve complicado, ya que los síntomas hipomaniacos muchas veces son poco reconocidos o incluso pueden no haberse presentado en los pacientes al momento del diagnóstico, lo que puede llevar a un subdiagnóstico de la condición bipolar. (Ghaemi, 1999) En pocas palabras, cuando encontramos a un paciente en su primer episodio depresivo mayor, es difícil predecir si el padecimiento evolucionará eventualmente a un trastorno bipolar.

En un estudio realizado en el año 2003, se reportó que en el 69% de los casos, el trastorno bipolar no había sido diagnosticado desde el inicio (Hirschfeld et al., 2003). Se encontró que entre el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico adecuado pasaron en promedio 8.9 años.

Los factores que se han asociado al diagnóstico incorrecto son que los pacientes no tienen identificado sus síntomas de elevación de ánimo, ya que los consideran normales o incluso deseables, además estos síntomas se presentan de forma variable (impulsividad, fluctuaciones en el nivel de energía, abuso de sustancias, etc.) y son atribuidos a otros trastornos.

Se ha calculado que al menos el 15% de los adolescentes diagnosticados con un trastorno depresivo mayor, más adelante serán diagnosticados con un trastorno bipolar y el 50% de los pacientes con el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, serán diagnosticados dentro del espectro bipolar. (Akiskal, 1983), (Angst J, 2005). En un estudio de seguimiento por aproximadamente 20 años se encontró que el riesgo anual de tornarse en bipolar es del 1% (Angst., 2005).

Por este motivo, se ha intentado encontrar una diferencia, un marcador clínico definitivo que separe a la depresión unipolar de la bipolar. Diversos estudios han intentado identificar características clínicas propias de cada enfermedad en sus episodios depresivos y se han encontrado algunos datos que pudieran ser sugestivos, más nunca confirmatorios de cada enfermedad.

Los síntomas que mayormente se han asociado con la depresión unipolar son: insomnio inicial, pérdida de apetito y ponderal significativos, así como la presencia de síntomas somáticos. El curso de la enfermedad unipolar generalmente se caracteriza por un inicio tardío, duración mayor de los episodios y generalmente los pacientes no cuentan con el antecedente familiar de trastorno bipolar.

De la misma forma, se han descrito diversos síntomas o características de los episodios depresivos que podrían ser distintivos de los pacientes bipolares, siendo algunos reconocidos: episodios de inicio temprano (antes de los 25 años), de menor duración y mayor severidad, frecuentemente asociados con síntomas atípicos, melancólicos, enlentecimiento psicomotor, culpa patológica y síntomas psicóticos. (Pfennig et al., 2005). Es más frecuente que los episodios depresivos bipolares se presenten con trastornos ansiosos comórbidos, entre ellos el trastorno de ansiedad generalizada. El diagnóstico de trastorno bipolar es una causa común de los episodios depresivos resistentes al tratamiento.

Específicamente en las depresiones bipolares, es más frecuente que los pacientes con depresión bipolar tipo II presenten con mayor frecuencia síntomas atípicos y melancólicos. Los pacientes con depresión bipolar tipo I presentan con mayor frecuencia síntomas psicóticos (ideas delirantes y alucinaciones), mayor desorganización y menor insight. (Emilien, 2007).

Depresión Unipolar	Depresión Bipolar
Inicio tardío	Inicio Temprano
Episodios prolongados	Episodios cortos
Sin antecedente familiar de TBP	Antecedente familiar de TBP
Síntomas somáticos	Síntomas Atípicos

Calidad de Vida y Discapacidad.

Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida es la percepción individual de la situación en la vida del paciente, dentro del contexto cultural y del sistema de valores en el que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, parámetros y relaciones sociales. En un contexto psiquiátrico, se ha definido a la calidad de vida como el bienestar subjetivo del paciente dentro del contexto de su enfermedad y tratamiento. Aunque estos conceptos, son meramente subjetivos, se

ha sugerido que la autoevaluación del paciente no es suficiente y se ha recomendado la complementación con las evaluaciones del clínico. Distintas escalas han surgido para intentar evaluar de forma objetiva la calidad de vida en pacientes con distintos padecimientos psiquiátricos.

La discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive, para la Organización Mundial de la salud (OMS) es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Existen diversas escalas que evalúan la discapacidad, intentando medir de forma objetiva la disfunción que causan las enfermedades en la vida de los pacientes.

Debido a la alta prevalencia y la importante morbilidad, se ha puesto importante atención en el estudio de la calidad de vida en los trastornos afectivos, principalmente en la depresión unipolar. El trastorno depresivo mayor tiene importantes consecuencias en la mortalidad, discapacidad y morbilidad secundaria. De acuerdo con el estudio *Global Burden of Disease*, se calcula que para el año 2030, la depresión unipolar, actualmente situada en el tercer lugar, se convierta en la primera causa de discapacidad a nivel global (Organization, 2008). Como resultado de ese impacto, diversos estudios se han enfocado en encontrar factores que afecten la calidad de vida de los individuos afectados (Berlim et al., 2003a; Demyttenaere et al., 2002; Papakostas et al., 2004). Se ha demostrado, que diversas variables psicosociales, clínicas y biológicas se relacionan para afectar la calidad de vida en los pacientes con depresión unipolar.

En estudios realizados en nuestra institución se ha encontrado que los pacientes se afectan de forma más importante en áreas como la comunicación, la comprensión, las actividades laborales y del hogar. (Palma, 2011) Los pacientes masculinos han demostrado mayor afección en actividades laborales,

psicomotricidad y comprensión, mientras que las femeninas en las relaciones interpersonales, la comprensión y la comunicación. (Palma, 2011)

Discapacidad, Calidad de Vida y Trastorno Bipolar

En cuanto al trastorno bipolar, fue postulado como la sexta causa de discapacidad a nivel mundial. (Murray & López 1996). Este trastorno puede afectar todos los dominios de funcionamiento en la vida de los pacientes: actividades de la vida diaria, habilidad para trabajar, pérdida más frecuente de empleos y mayor dificultad para conseguir un nuevo trabajo después. Las personas con Trastorno Bipolar pasan más días sin trabajar que el resto de la población, un estudio mostró que solamente el 33% de los pacientes trabajan de forma completa y 9% mantienen un empleo de medio tiempo. (Suppes et al. 2001).

Muchos factores parecen influenciar el pronóstico funcional de los pacientes, se ha encontrado asociación con el curso clínico de la enfermedad, sus comorbilidades y distintas variables sociodemográficas. (Bonnín CM, 2012) (Goldberg J, 2005). Sin embargo parece ser que de todas las variables, la que merece una mención de mayor importancia son los síntomas depresivos. Se ha supuesto que éstos son los mayores predictores de la disfunción social y laboral. Otros factores que se han correlacionado de forma negativa con la calidad de vida son el abuso de sustancias y un bajo nivel socioeconómico.

La calidad de vida en pacientes con trastorno bipolar es menor que en la población general, en pacientes con esquizofrenia, con depresión unipolar y es comparable con la reportada por los enfermos crónicos. (Arnold L.M, 2000) (Atkinson M, 1997). La satisfacción con su vida, permanece baja aún en periodos sostenidos de eutimia. (Cooke R G, 1996).

Como se ha expuesto, los episodios depresivos son más frecuentes que los episodios de elevación y estos síntomas tienden a ser persistentes aún después de la remisión del cuadro. Estos síntomas depresivos residuales se han asociados con tasas más altas de discapacidad y disfunción. (Kessler et al., 2006), mayor riesgo de recurrencias y de suicidio.

Es importante destacar que además de la disfunción que provoca en los pacientes con trastorno bipolar, los costos de los episodios depresivos son muy altos, provocando mayores dificultades económicas y menor calidad de vida. En el 2011, Ruiz y colaboradores, realizaron un estudio con 30 pacientes cursando con depresión bipolar en la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría, midieron los costos directos mensuales de la atención en consulta externa, consultas externas, estudios de laboratorio, gabinete y fármacos, encontrando un costo mensual desde \$1,899, hasta \$4,221. pesos mexicanos, según el nivel socioeconómico del paciente, demostrando que el trastorno depresivo bipolar es 3.7 veces más costoso que la depresión unipolar. (Ruiz, 2011).

MÉTODO

PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN

¿Existirán diferencias entre la capacidad de vida y discapacidad entre pacientes con depresión unipolar, depresión bipolar y pacientes bipolares con eutimia?

JUSTIFICACIÓN

Como ya se revisó, el Trastorno Bipolar es una enfermedad crónica y recurrente que genera un elevado porcentaje de morbilidad y mortalidad. Estas complicaciones, se entorpecen aún más gracias al subdiagnóstico de la enfermedad, ya que los pacientes pueden pasar hasta 10 años con un diagnóstico equivocado, mala respuesta al tratamiento y empobrecimiento de su calidad de vida. A pesar de que actualmente es conocido que en el curso longitudinal de la enfermedad, los episodios depresivos son mucho más frecuentes, afectando en promedio el 38% del tiempo de vida de los pacientes y que éstos son los que causan mayor disfunción al paciente y un alto número de suicidios, existen pocos estudios que estudien las características clínicas de estos episodios y la repercusión en la calidad de vida y la discapacidad en los pacientes. A la fecha no conocemos de ningún estudio realizado en nuestro país que describa la discapacidad y la calidad de vida en la población bipolar que se encuentra

cursando un episodio depresivo. Como se ha revisado ya en el marco teórico, el trastorno bipolar es una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial. Conocer qué factores clínicos y socioeconómicos se asocian con una mayor discapacidad podría ayudarnos a tomarlos en cuenta al evaluar los episodios depresivos en pacientes con trastorno bipolar y predecir el impacto que tendrán en su funcionamiento.

HIPÓTESIS

H1. La discapacidad en los pacientes con episodio depresivo bipolar será mayor que la discapacidad en los pacientes con trastorno bipolar en eutimia y mayor que en los pacientes con episodio depresivo unipolar.

H2. La calidad de vida en los pacientes con episodio depresivo tipo bipolar es menor que en los pacientes con episodio depresivo unipolar y en pacientes con trastorno bipolar en eutimia.

OBJETIVOS

Objetivo General

Establecer si existe diferencia en la calidad de vida y discapacidad en pacientes que hayan cursado con un episodio depresivo unipolar, en pacientes con un episodio depresivo bipolar y en pacientes con trastorno bipolar en eutimia,

Objetivos Específicos

- Describir la discapacidad asociada a los episodios depresivos mayores en pacientes con trastorno bipolar
- Describir la calidad de vida asociada a los episodios depresivos de tipo bipolar.
- Describir la calidad de vida y discapacidad que se presenta en pacientes con trastorno bipolar sin episodios depresivos recientes.
- Determinar si existe alguna asociación entre los factores clínicos y socioeconómicos con la discapacidad reportada.

- Comparar la discapacidad reportada en pacientes con episodio depresivo bipolar reciente con la descrita en pacientes con depresión unipolar.
- Determinar si el apego al tratamiento, según la asistencia a consultas reportadas en el expediente, influye sobre la discapacidad y calidad de vida reportadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

De acuerdo a la clasificación de Feinstein se trata de un estudio transversal, comparativo, retrolectivo, de escrutinio y homodémico.

Población en Estudio: selección y tamaño de la muestra.

Se incluyeron pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar que recibían atención en el servicio de consulta externa de la clínica de trastornos afectivos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, se captaron a aquellos que habían cursado con un episodio depresivo mayor reciente y aquellos que llevaban más de 6 meses en eutimia. Se capturaron sus características clínicas y socioeconómicas y se entrevistaron, registrando su calidad de vida y discapacidad.

Muestreo

No probabilístico por conveniencia.

Tamaño de la muestra: 50 pacientes por grupo.

Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación.

Criterios de Inclusión.

Grupo I:

- Pacientes con diagnóstico de Trastorno Bipolar I, II y no especificado, que cursaban con un episodio depresivo mayor reciente, de acuerdo a los

criterios diagnósticos del DSM-IV-TR con base en la evaluación del Hamilton-D.

- Puntaje mayor de 7 puntos en la escala de depresión de Hamilton.
- Puntaje menor a 11 en escala de Young.
- Ambos sexos
- Edad entre 18 - 60 años
- Aceptaron participar y firmaron el Consentimiento Informado

Grupo II:

- Pacientes con diagnóstico de Trastorno Bipolar I, II y no especificado, que se encontraban en eutimia por un periodo mayor a 6 meses.
- Ambos sexos
- Edad entre 18 - 60 años
- Aceptaron participar y firmaron la hoja de consentimiento informado

Grupo III:

- Diagnóstico de trastorno depresivo mayor de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR.
- Ambos sexos
- Edad entre 18 - 60 años
- Cooperación para el estudio y firma de consentimiento informado

Criterios de Exclusión.

- Pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar secundario a causa médica
- Pacientes con trastorno bipolar que estén cursando con un episodio maniaco o mixto.
- Dificultad para comunicarse y cooperar
- Discapacidad cognoscitiva
- Pacientes que no acepten participar en el protocolo

Criterios de Eliminación

- Pacientes que no continúen su seguimiento en consulta externa.
- Pacientes que retiren su consentimiento durante el protocolo

Variables y Escalas de Medición.

Se utilizó un formato de datos clínicos y demográficos para obtener las características generales de cada paciente. Dicho formato incluía la siguiente información:

- Datos demográficos:
 - Nombre
 - Edad
 - Sexo
 - Ocupación
 - Estado civil
 - Antecedentes heredofamiliares
 - Nivel de escolaridad
- Datos clínicos:
 - Diagnóstico en Eje I de acuerdo con el DSM IV TR
 - Diagnóstico en Eje III
 - Tratamiento farmacológico durante el periodo de tiempo de la evaluación

Variables.

Variable	Factor	Tipo	Medición
Sexo	Social	Categórica	Femenino / Masculino
Estado civil	Social	Categórica	Con pareja / sin pareja
Escolaridad	Social	Dimensional	Años de estudio
Ocupación	Social	Dimensional	Remunerado/No remunerado
Nivel socioeconómico	Económico	Ordinal	Estudio socioeconómico

Antecedentes heredofamiliares psiquiátricos	Clínico	Categórica	Si/No (Expediente clínico)
Comorbilidad médica	Clínico	Categórica	Si/No (Expediente clínico)
Años antes de la realización del diagnóstico	Clínico	Categórica	Número de años (expediente clínico)
Subtipo de Trastorno Bipolar	Clínico	Categórica	I/II/ no especificado
Número de episodios depresivos previos	Clínico	Categórica	Número de episodios (expediente clínico)
Número de episodios maniacos previos	Clínico	Categórica	Expediente clínico
Antecedentes Psicosis	Clínico	Categórica	Si/No
Intentos Suicidas previo	Clínico	Categórica	Si/No
Antecedentes de episodios mixtos	Clínico	Categórica	Sí/No
Ciclado rápido	Clínico	Categórico	Sí/No
Apego a tratamiento en consulta	Clínico	Categórico	Expediente clínico
Discapacidad	-	Categórica	Sheehan/Whodas
Calidad de vida	-	Categórica	Dunbar

Instrumentos de Medición.

Hamilton Depresión

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (HAM-D), es una escala para ser utilizada en pacientes previamente diagnosticados con depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas. Sirve también para evaluar la evolución y la respuesta al tratamiento. (Hamilton, 1960(23)) Actualmente es aceptada como el estándar de la evaluación para depresión clínica. La versión original consta de 21 ítems, en los que 10 se califican de 0 a 4 y 11 de 0 a 2, dando un total posible de 0 a 62 puntos. La validación al castellano se realizó en 1986 y desde entonces diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez y confiabilidad de la escala. (Ramos-Brieva, 1986) La correlación entre evaluadores ha sido reportada hasta de 0.94. En cuanto a la validez, en estudios de pacientes deprimidos se han demostrado correlaciones altas 0.84, 0.89 y 0.90, entre las puntuaciones de Hamilton-D y evaluaciones clínicas globales de severidad. Esta escala se ha empleado para cuantificar el grado de síntomas depresivos en pacientes que no

tienen enfermedades depresivas primarias por ejemplo en personas con cefalea tipo migraña, dolor facial atípico, trastorno obsesivo compulsivo, alcoholismo, esquizofrenia, etcétera.

Existen distintos puntos de corte o normas de interpretación, se utilizarán los de Beck, que son los siguientes:

Puntaje	Interpretación
0-7	Sin depresión
8-12	Depresión Menor
13-17	Menos que depresión mayor
18-29	Depresión Mayor
30-52	Más que depresión mayor

El criterio de inclusión más utilizado en los ensayos clínicos es una puntuación igual o mayor a 18. Se considera remisión la puntuación igual o menor a 7.

Escala de Young para la Evaluación de la Manía (YMRS).

Instrumento de 11 ítems, diseñada para medir la intensidad de la sintomatología maniaca. Basada con una entrevista de 15 minutos, en las que el clínico entrenado puede evaluar los síntomas presentes en la última semana (1978). Cada ítem tiene 5 opciones que se puntúan del 0-4, excepto por las preguntas 5, 6,8 y 9, que se puntúan al doble. La suma de los 11 ítems es la puntuación total de la escala y oscila entre 0-60 puntos. Se interpreta de la siguiente forma:

Puntaje	Interpretación
0-6	Eutimia
7-11	Sintomatología subclínica
12-19	Hipomanía
20-60	Manía

Es el instrumento más utilizado en la investigación para los cuadros maniacos y se validó al español en el 2002 una confiabilidad de 0,88 (consistencia interna) y de 0,76 (test-retest). (Colom, 2002)

Escala de Calidad de Vida de Dunbar

Instrumento de medida de la percepción de los pacientes sobre su calidad de vida, permite cuantificar sus sentimientos de bienestar actuales en comparación con sus expectativas de un estado ideal. Consta de 28 ítems, cada uno representado por una escala análoga visual de 10 puntos, que el paciente evalúa desde los aspectos más negativos hasta los más positivos. La escala cubre 2 dominios principales: bienestar psíquico y físico, así como 8 menores: vida sexual, religión, humor, locus de control, relaciones sociales, trabajo/empleo, actividades e intereses y situación económica. Además, el paciente puede determinar qué dominios son los más importantes en su calidad de vida. Es un instrumento autoaplicable y fácil de utilizar. Este instrumento fue diseñado para pacientes psiquiátricos no psicóticos y ha sido validado para pacientes con episodios depresivos y trastornos de ansiedad. (Muñoz, 2005)

Inventario de discapacidad de Sheehan.

Evalúa la discapacidad general en pacientes que padecen de algún trastorno mental. Los autores recomiendan usar la versión heteroadministrada en el caso de pacientes ingresados intrahospitalariamente, analfabetos y en los que se piense que las puntuaciones pueden falsearse. Esta consta de 3 subescalas que se puntúan de forma independiente:

- 1.- Discapacidad: involucra 3 dominios: vida laboral, social y familiar.
- 2.- Estrés percibido
- 3.- Apoyo social recibido.

Para su interpretación se proporcionan 3 puntuaciones, una por cada escala. La puntuación de la escala de discapacidad se obtiene sumando las puntuaciones de todas ellas. Dado que cada reactivo se puntúa con una escala tipo Likert de 0 a 10, la puntuación máxima de discapacidad es de 50 puntos. No existen puntos de corte. A mayor puntuación, mayor discapacidad. Las propiedades psicométricas de esta escala muestran una consistencia interna de α : 0.72 y una fiabilidad test-retest: en las diferentes subescalas ≥ 0.82 . (Bobes 2002)

Cuestionario para la evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS).

Evalúa el nivel de deterioro y la evolución del deterioro a discapacidad, dependiendo de si la severidad limita o no la capacidad del individuo para desarrollar su función social. Está constituida por 8 áreas que son evaluadas por un entrevistador:

1. Total: evalúa la salud física, mental y la salud en general.
2. Comprensión y comunicación
3. Capacidad para moverse en su alrededor
4. Cuidado personal
5. Relación con otras personas
6. Actividades de la vida diaria
7. Actividades escolares o de trabajo
8. Participación en la sociedad

Por un lado se le pide al paciente que evalúe ciertas capacidades en una escala del 1 al 5, en donde 1 es sin dificultad y 5 es una dificultad extrema. Posteriormente se le pide que comente cuantos días en el último mes se ha presentado tal dificultad. Es así como se obtiene a manera de proporción la discapacidad, en donde 1.0 es total discapacidad y 0.0 es sin discapacidad. (WHO, 2010)

MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Procedimiento

Se realizó el reclutamiento en el área de consulta externa en la clínica de Trastornos del Afecto en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente en búsqueda de pacientes que tuvieran documentado en las notas de los expedientes un episodio depresivo reciente y de pacientes que se habían mantenido por 6 meses o más en eutimia. A los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión se les explicó el estudio y se les pidió su consentimiento para participar, brindándoles la hoja de consentimiento informado. Una vez firmado el

consentimiento informado se completó el Formato de Datos Clínicos Demográficos de cada uno de los pacientes el cual incluyó datos sociodemográficos y clínicos, además se les aplicaron las escalas de Hamilton, Young, de calidad de vida de Dunbar y las escalas de discapacidad: Sheehan y Whodas II autoaplicable.

Al terminar la recolección de datos, se dividieron los datos de los pacientes en los dos grupos ya descritos, y se realizó el estudio comparativo.

La comparación con el tercer grupo se hizo con los resultados de la Tesis "*Discapacidad y costos indirectos asociados al tratamiento de la depresión en pacientes del servicio de consulta externa en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente"*". Realizada por el Doctor Mauricio Palma y colaboradores. (Palma, 2011)

PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La descripción de las características demográficas y clínicas de la muestra se realizaron mediante frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y con medias y desviaciones estándar (D.E.) para las variables continuas. Las variables categóricas se compararán con Chi cuadrada y las dimensionales con *t* de Student.

IMPLICACIONES ÉTICAS

A todos los sujetos y familiares se les otorgó un consentimiento informado, mismo en el que se brindó la explicación del estudio, se firmó ante dos testigos y el médico responsable. El proyecto fue aprobado por el comité científico y por el comité de ética del INPRF. El no participar en el proyecto no excluyó al paciente de recibir atención médica. Los datos generados en la investigación fueron utilizados únicamente con fines científicos y no se les dio otro uso, guardando la confidencialidad de los pacientes que accedieron a participar. Se trató de una investigación con riesgo mínimo ya que se recolectaron datos directamente del paciente y su expediente clínico, sin realizar otro tipo de intervención.

RESULTADOS

Descripción de la muestra

Grupo 1. Pacientes con diagnóstico de Trastorno Bipolar en Eutimia.

Se obtuvo una muestra final de cincuenta (n=50) pacientes, de los cuales el 82% fueron mujeres y 18% hombres. La media de edad fue de 42.66 años (19 a 66 años). En cuanto a su estado civil, el 42% estaban solteros, 44% casados y 14% divorciados.

Referente al grado máximo de estudios, el 30% de la muestra cuentan con estudios de licenciatura, el 20% con preparatoria, el 20% con secundaria, 8% con primaria, 10% con carrera técnica y 8% con estudios de postgrado, mientras tanto el 4% de los pacientes negaron tener educación alguna. El 18% de la muestra no cuenta con empleo, el 4% eran estudiantes, el 22% contaban con un empleo remunerado, el 20% con uno particular de ingreso irregular y el 34% con uno no remunerado.

Dentro de los datos generales recabados se incluyeron reactivos encaminados a describir algunos factores relacionados con el trastorno bipolar. De tal manera encontramos que la mayoría de los pacientes (92%) tenían el diagnóstico de trastorno bipolar tipo 1 y solamente el 8% de la muestra padecían el subtipo 2. El 46% cuenta con un diagnóstico psiquiátrico comórbido y el 34% una comorbilidad médica no psiquiátrica diagnosticada.

En cuanto al curso de la enfermedad bipolar, en promedio los pacientes iniciaron con la sintomatología afectiva a los 24.6 años y tardaron para recibir un diagnóstico adecuado en promedio de 9.58 años. Para el momento de la evaluación, en promedio los pacientes tenían 17.68 años de evolución del trastorno bipolar, dentro de los cuales se habían documentado un promedio 2.78 episodios depresivos y 3.62 episodios de elevación del estado de ánimo. El 90%

habían presentado alguna vez síntomas psicóticos, el 24% conducta suicida, el 32% tenían al menos un episodio con síntomas mixtos documentado mientras que solamente el 6% había cumplido criterios de ciclado rápido. En promedio los pacientes tenían 2.02 internamientos.

En promedio los pacientes habían presentado un 82% de apego a la consulta durante el último año, El 66% se encontraba en tratamiento con valproato de magnesio.2% con lamotrigina, 2% con carbamazepina y el 34% con litio como estabilizador, el 52% tomaba antipsicótico, el 10% antidepresivo y el 36% benzodiazepinas como coadyuvantes.

GRUPO 2: Pacientes con Diagnóstico de depresión bipolar.

Se obtuvo una muestra final de cincuenta (n=50) pacientes, de los cuales el 78% fueron mujeres y 22% hombres. La media de edad fue de 44.6 años (22 a 80 años). En cuanto a su estado civil, el 48% estaban solteros, 40% casados, 10% divorciados y 2% viudos.

Referente al grado máximo de estudios, el 44% de la muestra cuentan con estudios de licenciatura, el 22% con preparatoria, el 18% con secundaria, 4% con primaria, 8% con carrera técnica y 4% con estudios de postgrado. El 24% de la muestra no cuenta con empleo, el 14% eran estudiantes, el 14% contaban con un empleo remunerado, el 20% con uno particular de ingreso irregular y el 28% con uno no remunerado.

De los datos generales relacionados con el trastorno bipolar encontramos que la mayoría de los pacientes (76%) tenían el diagnóstico de trastorno bipolar tipo 1, el 42% cuenta con un diagnóstico psiquiátrico comórbido y el 46% una comorbilidad médica no psiquiátrica diagnosticada.

En cuanto al curso de la enfermedad bipolar, en promedio los pacientes iniciaron con la sintomatología afectiva a los 25.52 años y tardaron para recibir un diagnóstico adecuado 10.52 años. Para el momento de la evaluación, en promedio los pacientes tenían 18.26 años de evolución del trastorno bipolar, dentro de los cuales se habían documentado un promedio 6.2 episodios depresivos y 3.5 episodios de elevación del estado de ánimo. El 86% habían presentado alguna

vez síntomas psicóticos, el 52% conducta suicida, el 32% tenían al menos un episodio con síntomas mixtos documentado mientras que solamente el 24% había cumplido criterios de ciclado rápido. En promedio los pacientes tenían 1.34 internamientos.

En promedio los pacientes habían presentado un 80% de apego a la consulta durante el último año, El 64% se encontraba en tratamiento con valproato de magnesio.22% con lamotrigina, 2% con carbamazepina y el 26% con litio como estabilizador, el 58% tomaba antipsicótico, el 36% antidepresivo y el 42% benzodiazepinas como coadyuvantes.

Grupo 3; pacientes con depresión unipolar

En cuanto al grupo de pacientes con depresión unipolar (tomado de la tesis *Discapacidad y costos indirectos asociados al tratamiento de la depresión en pacientes del servicio de consulta externa en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”*), (Palma, 2011) se obtuvo una muestra final de cien (n=100) pacientes, de los cuales el 82% fueron mujeres y 18% hombres. La media de edad fue de 43 años (21 a 67 años). Cuarenta y un por ciento son casados, el 40 % solteros o divorciados y el 19% vive en unión libre. Referente a los años de estudio, 34% cuentan con estudios de licenciatura, 18% bachillerato, 24% secundaria, 14% primaria completa, 7% primaria incompleta y 3% niegan escolaridad alguna. El 55% de la muestra cuenta con trabajo mientras que el 45% se encuentra desempleado. En cuanto al tipo de trabajo se encontró que el 8% se dedican al hogar, uno es profesionalista independiente, 3% tienen trabajo eventual, el 19% tienen un negocio propio, el 15% son empleados de empresas privadas y el 9% refirieron ser empleados de gobierno. Dentro de los datos generales recabados se incluyeron reactivos encaminados a describir algunos factores relacionados con el episodio depresivo. De tal manera encontramos que la mayoría de los pacientes (31%) iniciaron con sintomatología depresiva entre los 18 y los 30 años de edad, el 18% entre los 41 y 50 años, 16% entre los 31 y 40 años, 16% antes de los 13 años, 10% entre los 13 y 17 años, y el 9% después de los 50 años. En general, el 51% de los pacientes han utilizado un solo antidepresivo, pero al 21% se les ha

cambiado en dos ocasiones, al 12% en tres ocasiones y al 4% en cuatro o más ocasiones.

Tabla 1. Características Principales de los pacientes con TBP estudiados.

Variable	Total	Hombres	Mujeres	Eutimia	Depresión
TBP1	84	18	66	46	38
TBP2	16	2	14	4	12
Sexo					
Hombres		20		9	11
Mujeres			80	41	39
Edad	43.63	39.7	44.6	42.6	44.6
18-24 (n)	6	1	5	2	4
25-34 (n)	22	6	16	11	11
35-44 (n)	27	6	21	19	8
45-54 (n)	24	5	19	11	13
55 o más (n)	21	2	19	7	14
Edo Civil					
Soltero	45	10	35	21	24
Casado	42	8	34	22	20
Divorciado	12	2	10	7	5
Viudo	1	0	1	0	1
Ocupación					
Asalariado	18	6	12	11	7
No asalariado	31	1	30	17	14
Estudiante	9	1	8	2	7
Desempleo	21	5	16	9	12
Particular	20	7	13	10	10
Pensionado	1	0	1	1	0
Escolaridad					
Ninguna	2	2	0	2	0
Primaria	6	1	5	4	2
Secundaria	19	3	16	10	9
Preparatoria	21	6	15	10	11
Carrera Técnica	9	1	8	5	3

Licenciatura	37	8	29	15	22
Postgrado	6	1	5	4	2

Tabla 2. Características sociodemográficas de pacientes con depresión unipolar (Palma, 2011)

Variable	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)	Variable2	Hombres (%)3	Mujeres (%)4	Total (%)5
Edad				Años de Estudio			
18-24 años	3	3	6	Ninguno	2	1	3
25-34 años	5	17	22	Primaria completa	1	6	7
35-44 años	4	22	26	Primaria incompleta	1	13	14
45-54 años	3	22	25	Secundaria	2	22	24
55 o mas	3	18	21	Bachillerato/Técnico	5	13	18
Religión				Licenciatura o más	7	27	34
Catolica	13	68	81	Estado Civil			
T. Jehova	1	6	7	Soltero/Divorciado/viudo	9	31	40
Otras	0	2	2	Casado	5	36	41
Ninguna	4	6	10	Union Libre	4	15	19
Residencia				Empleo			
DF	14	51	65	Si	10	45	55
Z. Metropolitana	2	26	28	No	8	37	45
Foraneos	2	5	7				

Discapacidad.

Escala de Sheehan.

Al evaluar los pacientes con trastorno bipolar de forma general con la escala de Sheehan, se obtuvo una discapacidad moderada con un promedio de 22.58. Sin embargo, al hacer la separación entre grupos, en el grupo 1 (TBP en eutimia), se apreció una discapacidad menor, con una puntuación global de la escala de 15.34, con mayores índices de afección en la subescala de discapacidad en la vida laboral. En cambio, los pacientes con depresión bipolar mostraron en general una discapacidad mayor, con una puntuación promedio de 29.88, y con puntuaciones por encima de 6 en los 3 rubros que evalúan discapacidad. Las diferencias en el grado de discapacidad entre ambos grupos fueron significativas. (ver tablas 3 y 4).

Discapacidad	pacientes con TBP en eutimia	pacientes con depresión bipolar	pacientes con depresión unipolar
sin discapacidad	0	0	3
levemente discapacitado	20	2	5
moderadamente discapacitado	20	11	19
marcadamente discapacitado	9	33	23
extremadamente discapacitado	1	4	0

Tabla 3. Grado de discapacidad de acuerdo con escala de Sheehan según el grupo de pacientes estudiados.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	48.202	8	.000
Razón de verosimilitudes	50.452	8	.000
Asociación lineal por lineal	2.054	1	.152

Tabla 4. Pruebas chi cuadrada. Análisis comparativo entre puntuación de escala de Sheehan y los 3 grupos.

En el grupo con depresión unipolar la calificación promedio de la escala de Sheehan, fue de 20.95, menor que en la de los pacientes con depresión bipolar y mayor que los grupos con eutimia. Las comparaciones fueron significativas (tablas 3 y 4).

En cuanto a las diferentes subescalas de la escala de Sheehan, pudimos observar que en los tres grupos las áreas más afectadas por discapacidad fueron las áreas laborales y sociales, mostrando los pacientes con TBP en eutimia una discapacidad leve, los pacientes con depresión unipolar una discapacidad moderada y los pacientes con depresión bipolar una discapacidad marcada (ver tabla 5)

	Vida laboral	Relaciones Sociales	Tareas domésticas	Estrés percibido	Apoyo social recibido
TBP Eutímicos	4.35	3.29	2.92	3.09	2.25
TBP depresión	6.72	6.52	6.22	7.1	3.32
TDM	5.39	5.43	4.98	4.61	2.1

Tabla 5. Puntuaciones en subescalas de la escala de Sheehan según grupo de estudio.

Para comparar las diferencias en las subescalas de discapacidad entre los pacientes con enfermedad bipolar en depresión y en eutimia, se utilizó la prueba *t* de Student (ver tabla 6). De acuerdo con estas pruebas fue posible rechazar la hipótesis nula en las dimensiones de vida laboral, relaciones sociales, tareas domésticas y en la subescala de estrés percibido. De tal forma que los pacientes con depresión bipolar presentaron mayor discapacidad que los pacientes en eutimia en estas áreas de forma significativa.

	t	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
área laboral	-3.823	98	.000	-2.32000	.60679	-3.52416	-1.11584
relaciones sociales	-5.960	98	.000	-3.30000	.55367	-4.39875	-2.20125
trabajo doméstico	-5.813	98	.000	-3.32000	.57110	-4.45333	-2.18667
estrés percibido	-8.613	98	.000	-4.06000	.47139	-4.99547	-3.12453
apoyo percibido	-1.871	98	.064	-.98000	.52376	-2.01939	.05939

Tabla 6. Prueba T para la igualdad de muestras. Diferencias en subescalas en discapacidad de Sheehan en pacientes con TBP en eutimia y depresión.

Escala de Whodas II

La otra escala utilizada para evaluar discapacidad fue el WHODAS II. Al evaluar a los pacientes con enfermedad bipolar de forma general, se obtuvo una puntuación total promedio de 82.9, con un 41% de la muestra dentro de la discapacidad moderada (ver tabla 6).

	Frecuencia	Porcentaje
Discapacidad leve	40	40,0
Discapacidad moderada	41	41,0
Discapacidad severa	15	15,0
Discapacidad extrema	4	4,0
Total	100	100,0

Tabla 6. Porcentaje de pacientes con TBP según el grado de discapacidad de acuerdo con la escala WHODAS II

Al comparar la discapacidad en pacientes con trastorno bipolar de acuerdo con su estado clínico actual, encontramos que los pacientes con depresión presentaban mayor discapacidad de forma significativa (ver tablas 7 y 8).

	Discapacidad				Total
	Leve	Moderada	Severa	extrema	
Grupo pacientes en eutimia	24	13	9	4	50
pacientes con depresión	16	28	6	0	50
Total	40	41	15	4	100

Tabla 7. Discapacidad de acuerdo con WHODASII en pacientes con TBP, según grupo de estudio.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,688 ^a	3	,009
Razón de verosimilitudes	13,377	3	,004
Asociación lineal por lineal	,131	1	,718

Tabla 8. Análisis comparativo de discapacidad en escala de WHODAS en grupos con TBP.

El grupo con trastorno bipolar en eutimia, puntuó con una discapacidad más alta en las áreas que involucraban la participación en sociedad, el relacionarse con otros y la comunicación, mismas áreas que salieron más afectados en los pacientes con depresión bipolar, pero éstos últimos de forma mayor. En el grupo

de pacientes con trastorno depresivo mayor se encontró que las áreas más afectadas fueron, en general, la comprensión, comunicación y las actividades laborales, sin embargo el análisis comparativo con el grupo de depresión unipolar no fue significativo. Estas distintas afecciones en las áreas de la vida diaria y los días con discapacidad ocasionados se explican en las tablas 9 y 10.

Área Explorada	Pacientes con TBP eutimia	Pacientes con TBP depresión	Pacientes con TDM
Comprensión/comunicación	9.66	16.22	7.9
Capacidad para moverse	7.14	11.68	5.3
Cuidado personal	5.18	8.56	3
Relacionarse con otros	9.8	16.14	6.61
Actividades domésticas	7.64	13.42	6.74
Actividades laborales	7.9	13.34	7.77
Participación sociedad	15.74	24.16	3.07

Tabla 9. Áreas afectadas con discapacidad en los 3 grupos. (valores:0: sin discapacidad 100: discapacidad completa)

	Pacientes con TBP en eutimia	Pacientes con TBP en depresión	Pacientes con TDM
Días con Incapacidad	9.1	20.32	24.4
Días perdidos por incapacidad	1.6	7.06	5.53

Tabla 10. Días con discapacidad por grupos.

Calidad de vida

La calidad de vida se evaluó en los pacientes con trastorno bipolar con la escala de Dunbar y se obtuvieron los siguientes resultados: En el primer grupo, los pacientes promediaron su calidad de vida 7.92, considerándose esta una afección leve, mientras que pacientes con depresión bipolar calcularon su calidad de vida en 5.39, con una afección moderada. Estos resultados fueron significativos. (Ver tablas 11 y12). En el grupo con depresión unipolar se obtuvo en promedio una calificación de 6.26 en escala de Dunbar, la mayoría de los pacientes presentaron una afección moderada, al igual que los pacientes con depresión bipolar, sin embargo el porcentaje de pacientes con afección grave fue menor (ver tabla 11), estas diferencias fueron significativas.

Calidad de vida	Pacientes con TBP en eutimia	Pacientes con Depresión Bipolar	Pacientes con Depresión Unipolar
sin afección	19	0	17
levemente afectada	7	17	8
moderadamente afectada	23	25	24
gravemente afectada	1	8	1

Tabla 11. Porcentaje de pacientes con enfermedad bipolar de acuerdo con grado de afección en la calidad de vida.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	33.738	6	.000
Razón de verosimilitudes	43.927	6	.000
Asociación lineal por lineal	.223	1	.637

Tabla 12. Pruebas Chi cuadrada. Calidad de vida entre pacientes de ambos grupos.

Factores clínicos y sociodemográficos asociados con la discapacidad y la calidad de vida en pacientes con depresión bipolar.

Se hizo un análisis comparativo para determinar si existe alguna asociación entre los factores clínicos y socioeconómicos con la discapacidad y calidad de vida reportada en los pacientes con depresión bipolar.

Se encontraron únicamente 2 variables que se asociaron de forma significativa con mayores niveles de discapacidad y afección en calidad de vida: el tener una comorbilidad en el eje III y el bajo apego a consultas, ambos con valores de Chi menores de 0.004.

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue evaluar la calidad de vida y la discapacidad en pacientes con depresión bipolar y compararlos con pacientes con enfermedad bipolar en eutimia y con un grupo de pacientes con depresión unipolar según reportes en un estudio anterior. Los 3 grupos no difirieron significativamente en sus características sociodemográficas, sin embargo los pacientes con depresión bipolar mostraron mayor discapacidad y peor calidad de vida que los otros pacientes con los que se compararon.

La importancia de lograr la remisión clínica y mantener el estado de eutimia para obtener un mejor funcionamiento ya ha sido resaltada en reportes previos (Judd LL P. M., 2000), (Judd LL A. H., 2005), (Goldberg JF, 2004), a pesar de que en periodos de eutimia continúa habiendo áreas de discapacidad, es en los episodios depresivos que se presenta mayor discapacidad en áreas laborales, familiares y sociales, así como una peor apreciación en la calidad de vida, tal como se pudo corroborar en este estudio.

De acuerdo con la hipótesis inicial, los niveles de satisfacción de vida difirieron significativamente entre los pacientes con depresión unipolar y bipolar, presentando estos últimos mayores índices de afección grave. Las mediciones de calidad de vida concordaron con las de discapacidad. Estos hallazgos son consistentes con los de Atkinson. (Atkinson M, 1997).

Al evaluar por subescalas, las áreas más afectadas en todos los grupos fueron las áreas laborales y sociales, lo que concuerda con información previa (Goldberg J, 2005).

Al intentar relacionar los factores clínicos y sociodemográficos que se asociaban con una mayor discapacidad y afección en calidad de vida en los pacientes con depresión bipolar únicamente encontramos 2 que se asociaron de forma significativa: el apego a consultas y la comorbilidad médica. Un apego alto a consultas se asoció de forma positiva con una mejor calidad de vida y menor

discapacidad en pacientes con depresión bipolar. Sería importante detectar qué factores se asocian con un mal apego a consultas para llevar a cabo medidas preventivas, bien a través de intervenciones de psicoeducación, psicoterapéuticas, intervenciones familiares o mediante un mayor seguimiento clínico terapéutico que evite estos problemas.

La comorbilidad médica se asoció de forma significativa con una peor discapacidad y calidad de vida en pacientes con depresión bipolar. Esta asociación nos obligaría a incrementar medidas higiénico dietéticas en nuestros pacientes, para poder evitar que se desarrollen otras comorbilidades metabólicas en forma posible debido al tipo de medicamentos que se utilizan. De la misma forma es necesario monitorear el estado general de salud de los pacientes de forma continua para poder detectar y tratar de forma temprana y adecuada otras comorbilidades tiroideas o renales que pudieran surgir durante la evolución de los pacientes.

Independientemente del episodio en el que se encontraron, aún en periodos largos de eutimia, los pacientes con enfermedad mostraron niveles importantes de discapacidad, en áreas laborales, sociales y familiares, lo que se traduce en mayores problemas para mantener un empleo, tener un adecuado sustento económico, y una red de apoyo suficiente. Esta podría ser la razón por la que a pesar de que la mayor parte de la población estudiada presentaba un alto nivel de estudios, el porcentaje de pacientes con empleo remunerado es bajo. Estos hallazgos resaltan la importancia de realizar un diagnóstico temprano y de incluir en el tratamiento aspectos enfocados a la rehabilitación y funcionalidad de los pacientes, aspectos que han sido dejado a parte al centrarse principalmente en la remisión sintomática.

Distintas limitaciones deben ser admitidas en este estudio. Primero, al tratarse de una evaluación transversal, no es posible recabar datos individuales en distintos episodios clínicos de forma prospectiva, hecho que se intentó controlar al agregar un grupo control con pacientes en eutimia. La muestra estudiada, en promedio tiene en promedio 17 años con la enfermedad, lo que podría estar influyendo en el

estado actual de los pacientes, independientemente del episodio en el que se encontraron, sería útil comparar con pacientes con menor tiempo de evolución. Estudios posteriores son necesarios para clarificar la evolución de nuestros hallazgos a través del curso de la enfermedad bipolar y si estos persisten o son replicables.

CONCLUSIÓN

El trastorno bipolar es una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial. Nuestro estudio demostró que éste afecta varias áreas en la vida de los pacientes, principalmente las áreas laborales y sociales. Aún en eutimia los pacientes pueden pasar hasta 10 días al mes con discapacidad, afectando el tiempo que dedican a sus trabajos, de hecho el 21% de nuestra población con trastorno bipolar estudiada se encontraban desempleados y solamente el 18% recibían salario.

La discapacidad se hace mayor cuando los pacientes presentan síntomas depresivos, siendo estos los mayores predictores de la disfunción social y laboral. De la misma forma la calidad de vida en pacientes con trastorno bipolar con síntomas depresivos es menor que en la población en eutimia y con depresión unipolar.

En este estudio se encontró que el apego a consulta externa y la comorbilidad con enfermedades médicas no psiquiátricas son los factores clínicos que se asocian de forma positiva con una mejor calidad de vida y menor discapacidad. Estos factores deben ser tomados en cuenta al evaluar los episodios depresivos en pacientes con trastorno bipolar y modificados en lo posible ya que podrían predecir el impacto que tendrán en el funcionamiento de los pacientes.

Bibliografía

- Angst J, C. G. (2005). The mood spectrum: improving the diagnosis of bipolar disorder. *Bipolar Disorders* , 4–12.
- Arnold L.M, W. K. (2000). Health related quality of life using SF36 in patients with bipolar disorder compared with patients with chronic back pain and the general population. *J Affect Disord* , 235-259.
- Atkinson M, C. H. (1997). Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of self-report methodology. *Am J Psychiatry* , 99-105.
- Bonnín CM, S.-M. J.-A. (2012). Subthreshold symptoms in bipolar disorder: Impact on neurocognition, quality of life and disability . *Journal of Affective Disorders* , 650-659.
- Colom. (2002). Versión española de una evaluación de la manía: validez y fiabilidad de la escala de Young. *Med Clin* , 366-371.
- Cooke R G, R. J. (1996). Wellbeing and functioning in patients with bipolar disorder assessed using the MOS-20 item short form (SF 20). *J Affect Disord* , 93-97.
- Emilien, G. S. (2007). Bipolar Disorder How far are we from a rigorous definition and effective management? *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* , 975–996.
- Ezquiaga, E. G.-L. (2004). Clinical and psychosocial factors associated with the outcome of unipolar major depression: a one year prospective study. *Journal of Affective Disorders* , 63-70.
- Ghaemi, N. (1999). Is bipolar disorder still underdiagnosed? Are antidepressants overutilized? *Journal of Affective Disorders* , 135-144.
- Goldberg J, H. M. (2005). Subjective life satisfaction and objective functional outcome in bipolar and unipolar mood disorders: A longitudinal analysis. *Journal of Affective Disorders* , 79-89.
- Goldberg JF, H. M. (2004). Consistency of remission and outcome in bipolar and unipolar mood disorders: a 10-year prospective follow-up. *J Affect Disord* .
- Goodwin, G. A. (2008). ECNP consensus meeting. Bipolar depression. NICE, March 2007. *European Neuropsychopharmacology* , 535–549.

- Hamilton, M. (1960(23)). A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* .
- J, B. (2002). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Barcelona: Ars Medica.
- Judd LL, A. H. (2005). Psychosocial disability in the course of bipolar I and II disorders: a prospective, comparative, longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry* .
- Judd LL, P. M. (2000). Does incomplete recovery from first lifetime major depressive episode herald a chronic course of illness? *Am J Psychiatry* , 1501-4.
- Kempt, D. G. (2011). Clinical value of early partial symptomatic improvement in the prediction of response and remission during short-term treatment trials in 3369 subjects with bipolar I or II depression. *Journal of Affective Disorders* , 171-179.
- Miklowitz D, J. S. (2010). The Psychopathology and Treatment of Bipolar Disorder. *Annu Rev Clin Psychol*.
- Lara Muñoz, L. (2005). *Evaluación Clínica en Psiquiatría*. México: Intersistemas.
- Organization, W. H. (2008). *THE GLOBAL BURDEN OF DISEASE 2004 UPDATE*.
- Palma, C. B. (2011). *Discapacidad y costos indirectos asociados al tratamiento de la depresión en pacientes del servicio de consulta externa en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente"*. México: Tesis de investigación.
- Ramos-Brieva, J. (1986). Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* .
- Young RC, Y. (1978). A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry* , 429-435.
- Ruiz, K. B. (2011). *Estudio descriptivo de los costos directos asociados al tratamiento del Episodiodepresivo en pacientes con diagnóstico de Trastorno Bipolar I y II de la Clínica de Trastornos del Afecto del INPRFM*. México: Tesis de Investigación.
- Rush, J. K. (2000). Mood Disorders. En A. P. Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* . Washington.
- Simon, G. U. (1999). Health Care Utilization and Costs Among Patients Treated for Bipolar Disorder in an Insured Population. *Psychiatric Services* .
- Solomon D, L. A. (2010). Longitudinal Course of Bipolar I Disorder. *Arch Gen Psychiatry* , 339-347.
- WHO. (2010). *Measuring Health and Disability: manual for who disability aeseement schedule*. WHO library.

Anexo I.

Consentimiento informado

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:
Asociación de Factores clínicos y Sociodemográficos con la Calidad de vida y la Discapacidad en Pacientes con Depresión Bipolar en el Instituto Nacional de Psiquiatría.

Investigadores:

Nombre: Dra. Daniela Uribe Pérez.
Dra. Claudia Becerra Palars.
Dra. Blanca Vargas Terrés.

Dirección: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
Calzada Mexico-Xochimilco 101. Huipulco, Tlalpan.

Introducción

Lo invitamos a tomar parte en un estudio de investigación en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. El participar en este estudio es completamente voluntario. Usted puede decidir no tomar parte, o abandonar el estudio en cualquier momento. En cualquiera de los casos no perderá ninguno de los beneficios como paciente de esta institución. Este estudio podría darnos conocimiento valioso para ayudar a otros pacientes en el futuro.

Esta hoja de consentimiento informado puede tener términos médicos con los que usted no esté familiarizado, por favor siéntase libre de preguntar todo aquello que no entienda claramente.

Características del estudio

Cuando hablamos de la calidad de vida, nos referimos a la percepción que tiene el paciente de su situación en la vida en relación con sus objetivos, expectativas y relaciones sociales. La discapacidad refleja las limitaciones de la actividad y las restricciones en la participación en situaciones de la vida del individuo secundario a su enfermedad.

El trastorno bipolar es la sexta causa de discapacidad a nivel mundial, afectando muchos aspectos de la vida del paciente. Dentro de los factores que más afectan a los pacientes, los síntomas depresivos son muy importantes.

A pesar de esta información, existen pocos estudios que describan la discapacidad y la calidad de vida de los pacientes mexicanos con trastorno bipolar. Por esto consideramos que el conocer qué factores se relacionan con el impacto en la calidad de vida y discapacidad de los pacientes podrá ayudarnos a tomarlos en cuenta al tratar a los pacientes.

En este estudio queremos conocer si existe diferencia en la calidad de vida y la discapacidad en los pacientes con trastorno bipolar que recientemente cursaron con un episodio depresivo y pacientes con trastorno bipolar que no han cursado ningún episodio recientemente.

Evaluaciones clínicas:

Si acepta participar, se le realizará una entrevista en donde le realizaremos 5 cuestionarios: 2 para evaluar el estado clínico del trastorno bipolar (si está deprimido o en manía) y otros 3 para evaluar su calidad de vida y discapacidad. Durante la aplicación de los cuestionarios estará la investigadora con usted por si tiene alguna duda o es su deseo terminar el estudio. Esta entrevista no tendrá ningún costo para usted.

Beneficios

Aunque la participación en este estudio no tendrá beneficios directos para usted. Su participación ayudaría al proceso de investigación.

Confidencialidad

Toda la información clínica será manejada por medio de códigos que hacen imposible su identificación. La información que incluya su nombre, dirección u otros datos personales solo será registrada en el expediente clínico, el cual solo será consultado por los investigadores involucrados en el estudio. Si los resultados de esta investigación fueran presentados en congresos, publicaciones o reuniones médicas y científicas, su identidad no será revelada.

Participación Voluntaria/Suspensión de la Participación

Su participación en este estudio es voluntaria. Puede rehusarse a participar o suspender su participación en el estudio en cualquier momento. Por otro lado, si los médicos consideran que continuar en el estudio no es la mejor alternativa para su tratamiento clínico, será retirado del estudio en ese momento. Se le informará acerca de cualquier hallazgo significativo que surja durante el curso de esta investigación. En caso de que usted no desee participar en este estudio, no perderá ninguno de los beneficios como paciente de esta institución.

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio. Entiendo que no existe garantía alguna de que mi condición va a mejorar. Los eventos adversos que pueden presentarse me han sido explicados. He hablado directamente con el médico tratante y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Entiendo que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier etapa del estudio. Basado en esta información, acepto voluntariamente participar en este estudio. Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi cuidado médico. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio. Recibí una copia de la hoja de información sobre este estudio.

A quien contactar

Si usted tiene necesidad de recibir información complementaria no dude en comunicarse con la Dra. Daniela Uribe Pérez (tel. 41605436) (8:00 a 17:00 hrs)

Fecha:

Nombre y firma del paciente: _____

Fecha:

Nombre y firma del testigo: _____

Fecha:

Nombre y firma del testigo: _____

Fecha:

Nombre y firma del investigador: _____

