

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud



**“Evaluación de la Calidad de Vida en Pacientes con Trastorno Bipolar en el
Hospital Psiquiátrico de Nuevo León”**

presentada por

Luis Antonio T. Ruelas Palma

para obtener el grado de

Especialidad en Psiquiatría

Investigador Principal:

Dr. Juan Alberto Alcalá Dueñas

Médico Especialista en Psiquiatría

Jefe de Enseñanza del Hospital Psiquiátrico de Nuevo León

Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas de la Secretaría de Salud de Nuevo León y

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud TecSalud-Tecnológico de Monterrey Asesor

Clínico

Investigador Asociado:

Dra. Daniela León Rojas

Médico Especialista en Psiquiatría

Profesora de Residencia en Psiquiatría TEC-SSNL

Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas de la Secretaría de Salud de Nuevo León y

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud TecSalud-Tecnológico de Monterrey Asesor

clínico

Investigador Asociado:

Dr. Luis Antonio T. Ruelas Palma

Médico Residente de Psiquiatría de 4to año

Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas de la Secretaría de Salud de Nuevo León y

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud TecSalud -Tecnológico de Monterrey



1.0 ÍNDICE

1.0	Índice.....	3
2.0	Lista de abreviaturas.....	5
3.0	Síntesis.....	5
4.0	Planteamiento del problema.....	7
5.0	Antecedentes y Justificación.....	8
5.1.	Antecedentes.....	8
5.2.	Justificación.....	15
6.0	Pregunta de Investigación, Objetivos e Hipótesis.....	16
6.1.	Pregunta de investigación.	16
6.2.	Objetivo Principal.....	16
6.3.	Objetivos Secundarios.....	16
6.4.	Hipótesis.....	16
6.4.1	Hipótesis Nula.....	16
6.4.2	Hipótesis Alterna.....	16
6.4.3	Hipótesis de Investigación	16
7.0	Diseño del Estudio.....	16
7.1.	Descripción del estudio.....	16
8.0	Material y métodos.....	17
8.1.	Pacientes.....	17
8.2.	Criterios de Inclusión.	17
8.3.	Criterios de Exclusión.....	17
8.4.	Criterios de Suspensión	17
8.5.	Evaluaciones del Estudio.....	18
8.5.1	Formas de consentimiento informado y registro de selección.	18

8.5.2	Historia clínica y datos demográficos.	18
8.5.3	Exploraciones físicas.	18
8.5.4	Signos vitales.	18
8.5.5	Estudios de laboratorio y gabinete	18
9.0	Metodología.....	19
9.1.	Metodología de la Investigación.....	19
9.2	Cronograma.....	19
9.3.	Variables.	20
9.4.	Cuadro de Variables.....	20
9.5.	Técnicas de Análisis Estadístico.....	26
10.0	Consideraciones éticas.....	26
10.1.	Consentimiento informado.....	26
10.2.	Comité de Ética.....	26
10.3.	Confidencialidad	26
11.0	Riesgos previsibles y probables	27
12.0	Protección frente al riesgo físico y/o emocional	27
13.0	Resultados	28
14.0	Discusión de los resultados.....	36
14.1	Limitaciones y propuestas para investigaciones futuras.....	39
15.0	Conclusiones	40
16.0	Bibliografía	41

2.0 LISTA DE ABREVIATURAS

BD – Trastorno bipolar

QoL – Calidad de vida

OMS – Organización Mundial de la Salud

WHO-QOL-BREF –World Health Organization Quality of Life Instrument – Short Form

3.0 SÍNTESIS (Resumen, abstract)

Titulo	Evaluación de la Calidad de Vida en Pacientes con Trastorno Bipolar en El Hospital Psiquiátrico de Nuevo León
Fase de estudio	No Aplica
Tipo de estudio	Observacional, descriptivo y transversal
Clasificación del estudio Según el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Artículo N° 17	Estudio sin riesgo
Objetivo Principal	Se evaluó la percepción de calidad de vida de pacientes que cuenten con diagnóstico de trastorno bipolar en fase de eutimia en el Hospital Psiquiátrico de Nuevo León.
Objetivos secundarios	Analizar factores sociodemográficos asociados a Calidad de Vida en pacientes con Trastorno Bipolar.

Hipótesis Nula	No aplica por ser un estudio descriptivo.
Hipótesis alterna	No aplica por ser un estudio descriptivo.
Pregunta de Investigación	¿Cómo es la percepción de calidad de vida de los pacientes con trastorno bipolar en Nuevo León?
Grupo que se investigó	Pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar en fase de eutimia en Hospital Psiquiátrico de Nuevo León.
“N”	31
Duración aproximada del estudio	3 meses

4.0 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Trastorno Bipolar (BD) es un desorden afectivo en donde el individuo fluctúa entre episodios de eutimia, depresión, manía o hipomanía. Este trastorno afecta aproximadamente al 1% de la población general a nivel mundial, y en México esta cifra se mantiene ^{1,2}. Debido a la severidad y cronicidad de este trastorno, los pacientes se enfrentan a una variedad de problemas desde el momento en que son diagnosticados, y en conjunto todo esto lleva a que el paciente sufra una mayor carga emocional si se le compara con el individuo sano promedio. Lo anterior está reflejado en el listado de enfermedades que mayormente incapacitan a la población a nivel mundial, donde el BD ocupa el lugar número seis, y dentro del grupo de trastornos mentales es el que mayor carga emocional reporta ^{1,3}. Para darnos una idea de lo que esto implica para la función del paciente, se ha descrito que hasta un 30% de los pacientes afectados por este trastorno son incapaces de mantener un trabajo.⁴

Durante las últimas décadas, el paradigma de la medicina ha cambiado en la atención de los pacientes. El concepto de calidad de vida (QoL) no solo está cada vez más presente en los consultorios médicos, sino también en investigación científica de diversas áreas de la medicina incluyendo la Psiquiatría. La calidad de vida se define como la percepción individual y subjetiva que tiene una persona acerca de su estado físico, emocional, social y espiritual. Dicha definición representa una oportunidad para conocer el impacto que tiene la enfermedad sobre las distintas áreas de la vida del paciente; en nuestro campo en particular brinda la información que necesita el clínico para tomar mejores decisiones en la atención, cuidado y rehabilitación del paciente con enfermedad mental. La literatura nos dice que la calidad de vida en los pacientes con trastorno bipolar es menor cuando se le compara con la población general, y las investigaciones más recientes se han enfocado hacia las posibles correlaciones de acuerdo con factores sociodemográficos, presencia de deterioro cognitivo, eventos adversos durante la infancia, y comorbilidades físicas y psiquiátricas. Identificar cual de estos factores incide más sobre la calidad de vida es una tarea que el clínico debe cumplir para así dar una atención de calidad, y no solo la remisión de síntomas de la enfermedad. Un mayor entendimiento de los predictores de la calidad de vida permitirá que estos sean tomados en cuenta a la hora de decidir las intervenciones terapéuticas y de esta manera mejorar el bienestar de los pacientes ¹.

5.0 ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

5.1. Antecedentes

Trastorno bipolar

El trastorno bipolar es una enfermedad mental grave que se caracteriza por episodios afectivos bifásicos de manía/hipomanía y depresión, los cuales se expresan recurrentemente con cambios en niveles de energía y alteraciones en el comportamiento. Esta entidad se ha clasificado anteriormente como parte de un espectro de las psicosis (dentro del cual se incluía con el nombre de psicosis maniaco-depresiva), o bien, como un trastorno afectivo en un continuum que va desde la depresión unipolar al trastorno bipolar. Actualmente el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-5) incluye al trastorno bipolar dentro de la categoría “Trastornos bipolares y relacionados”, donde podemos encontrar diferentes subtipos y dentro de los cuales destacan, por su frecuencia, dos de ellos: el subtipo 1 y el subtipo 2. Estos subtipos son determinados de acuerdo con las características, manera de presentación y severidad de los episodios que manifiestan los pacientes ³. El subtipo I está condicionado por la presencia de al menos uno o más episodios de manía en el transcurso de la vida, o bien, un ánimo persistentemente elevado o irritable ³. Los episodios maníacos se caracterizan por la presencia de síntomas específicos con duración de por al menos más de una semana, y entre estos síntomas podemos encontrar un ánimo expansivo, percepción de grandiosidad, disminución en la necesidad del sueño, pensamiento acelerado, comportamiento e ideas psicóticas, aumento de ideas fugaces, discurso acelerado, distraibilidad, y un incremento en la toma de decisiones que ponen en riesgo la integridad del individuo y que lo inhabilitan para la función ^{3 5}. En cambio, los episodios depresivos pueden presentarse principalmente por síntomas caracterizados como ánimo triste, anergia, aislamiento social, hipersomnía o autoestima baja. Los síntomas psicóticos como delirios y alucinaciones pueden presentarse tanto en los episodios depresivos como maníacos, pero es más común encontrarlos durante episodios maníacos ⁵. Con frecuencia podemos encontrar la combinación de síntomas depresivos y maníacos, y a estos episodios se les conoce como mixtos.

El trastorno bipolar subtipo II se caracteriza por la presencia de al menos uno o más episodios de hipomanía (una forma más leve de manía) donde existe un periodo de ánimo elevado que dura como mínimo 4 días y donde los síntomas son menores en comparación con la manía, y además no inhabilitan al individuo en su función. Para poder hacer un diagnóstico de BD tipo II el paciente también deberá de haber presentado al menos un episodio depresivo en el transcurso de su vida ^{3 5}.

El BD suele ser comórbido de otras condiciones psiquiátricas, incluyendo los trastornos de ansiedad, trastornos del sueño, trastornos por uso de sustancias, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastornos de personalidad, y esto puede dificultar su diagnóstico y tratamiento. Se ha observado que el tener una comorbilidad se asocia a un peor pronóstico. ³. También se ha reportado que los pacientes con BD presentan un mayor riesgo de mortalidad. Cabe mencionar que las comorbilidades resultan en una menor calidad de vida y, en general, a

una menor salud mental, y de esta manera contribuyen a la persistencia de los síntomas afectivos, así como un empeoramiento del pronóstico de la enfermedad ³. Está descrito que hasta más del 50% de los pacientes con BD experimentan una o más comorbilidades médicas que se asocian a comportamientos poco saludables (p.ej. inactividad física y tabaquismo), efectos secundarios de tratamientos farmacológicos (p.ej. aumento de peso) y a una pobre adherencia a los esquemas de tratamiento³. Las comorbilidades no psiquiátricas pueden incluir al síndrome metabólico, diabetes mellitus, osteoporosis, fibromialgia, y otras condiciones endócrinas y cardiovasculares ⁵

Con un tratamiento óptimo, los pacientes con BD pueden alcanzar la remisión total de síntomas y presentar períodos libres de síntomas (eutimia), durante los cuales se asume que la enfermedad está latente. Sin embargo, en muchos casos, pueden persisten síntomas residuales y subclínicos que dificultan la recuperación funcional, sobre todo después de un segundo o tercer episodio afectivo ⁵. Dentro de estos síntomas puede haber ánimo bajo, distintos grados de deterioro cognitivo, dificultad para las relaciones interpersonales, entre otras.

El tratamiento suele implicar tanto un manejo farmacológico como no farmacológico, esto con el objetivo de estabilizar los síntomas durante la fase aguda en los episodios de manía/hipomanía y de depresión, así como una terapia a largo plazo para evitar mayor recurrencia de episodios ⁵.

Epidemiología

El BD afecta a más del 1% de la población global. La prevalencia estimada en el transcurso de la vida es de 0.6% para BD tipo I y 0.4% para BD tipo II, 1.4% para manifestaciones subclínicas y un 2.4% para BD de espectro amplio. El inicio de un BD es independiente de etnia, nacionalidad y estrato socioeconómico. La prevalencia de BD tipo I es igual tanto para hombres como mujeres, pero el BD tipo II es más común en mujeres.

Los trastornos bipolares comienzan en la juventud alrededor de los 20 años. Un inicio de la enfermedad a edad temprano se ha asociado a mayores comorbilidades y en estos casos se suele debutar con un episodio depresivo. Es muy común que el diagnóstico y manejo se empiecen hasta la adultez temprana, y se ha encontrado que el tiempo para realizar un diagnóstico es tardado para aquellos pacientes que presentan comorbilidades y una tendencia hacia la depresión. Esto último es importante ya que el tiempo en el que un BD está sin tratarse se ha asociado a un peor pronóstico, mayor riesgo suicida y duración de la enfermedad.

El BD representa la causa número 17 de carga global de enfermedad después de la depresión, los trastornos de ansiedad, la esquizofrenia y la distimia. Como se trata de una enfermedad que dura toda la vida, el BD repercute sobre la función del paciente y esto se asocia a una menor calidad de vida. Esta carga emocional se extiende además a los familiares y cuidadores quienes también presentan un mayor riesgo para desarrollar depresión ⁵.

Dentro de los trastornos afectivos, el BD es el que tiene la tasa más alta de suicidio que puede llegar a ser hasta 20 veces mayor en comparación a la población general. Aproximadamente 1 de cada 3 de los pacientes con BD intentará el suicidio al menos en una ocasión, y 15-20% de los intentos suicidas son letales. Los factores de riesgo para el suicidio incluyen una edad temprana, sexo femenino, polaridad depresiva, y comorbilidades de trastornos ansiosos, trastorno por uso de sustancias y trastornos de personalidad ⁵.

La fisiopatología del BD es compleja y de etiología multifactorial, es decir, tanto los factores genéticos como ambientales contribuyen a su aparición. Se estima que la heredabilidad de los BD es de aproximadamente un 85%, siendo el trastorno psiquiátrico con mayor componente genético identificado hasta ahora. Por otro lado, los factores ambientales que se han asociado al desarrollo de un BD incluyen parto por cesárea, infección materna de influenza, tabaquismo durante el embarazo y una edad mayor de los progenitores. Los eventos de vida adversos durante la niñez se han descrito como factor de riesgo tanto para el desarrollo del BD como para una evolución tórpida del mismo. Otro tema importante para considerar es que el uso de sustancias durante la adolescencia contribuye tanto al desarrollo del BD, así como a una mayor severidad de este. Los cambios de temporada, particularmente de invierno a primavera y verano a otoño, y el incremento de la exposición a la luz también han sido descritos como factores que podrían desencadenar un trastorno bipolar, así como predictores asociados al pronóstico ⁵.

El entendimiento de la fisiopatología y patogenia de la enfermedad ha progresado con los nuevos avances en tecnologías moleculares. Históricamente el BD se ha entendido como el resultado de un desbalance en los sistemas de neurotransmisores tipo monoamina, incluyendo serotonina, noradrenalina y en particular la dopamina, sin embargo, no se han identificado disfunciones específicas de estos sistemas. Asimismo, se han estudiado en estos pacientes las alteraciones endocrinológicas, particularmente las que conciernen al eje hipotálamo-hipófisis-tiroidea e hipotálamo-hipófisis-adrenal. Hoy en día, los estudios se han enfocado cada vez más en temas de modulación sináptica y plasticidad neuronal de regiones cerebrales específicas como la corteza prefrontal, hipocampo, amígdala y otras regiones del sistema límbico. Han surgido distintas hipótesis para explicar al trastorno bipolar, por ejemplo, la teoría del *kindling* que especula que las alteraciones en la plasticidad cerebral llevan a una mayor sensibilización a estresores que a su vez aumentan la recurrencia de episodios afectivos; también está la hipótesis alostática, que propone que un estrés neurobiológico repetido, como el que sucede durante un episodio afectivo, requiere de ajustes biológicos que incrementan una llamada *carga alostática*, de tal manera que esto lleva a los pacientes con BD hacia un mayor riesgo de presentar recaídas a futuro, así como de tener una progresión acelerada de la enfermedad. Todas estas líneas de investigación neurobiológicas van de la mano con la noción de una llamada *neuroprogresión* de los trastornos bipolares (primeramente, descrito por Kraepelin). Esta *neuroprogresión* explica que en los individuos con el BD habrá cada vez más un periodo interepisódico de menor duración y por consecuencia una menor probabilidad de que haya una respuesta al tratamiento, todo ello por consecuencia directa de procesos biológicos que se interrelacionan a nivel cerebral. Entre dichos procesos se incluyen a la neurodegeneración, la apoptosis neuronal, la susceptibilidad neurotóxica y alteraciones en la neuroplasticidad debido a cambios de citocinas inflamatorias, niveles de corticoesteroides, neurotrofinas, en la generación de energía mitocondrial, estrés oxidativo y neurogénesis ⁵.

Los cambios que se observan en los pacientes con BD a través de estudios de imagen corroboran dicha degeneración progresiva e incluyen la pérdida de materia gris en distintas regiones cerebrales como la *pars opercularis* izquierda, la circunvolución fusiforme izquierda, la corteza frontomedial rostral izquierda y el hipocampo ⁵.

Tratamiento

Los trastornos bipolares presentan una alta tasa de recurrencia aun cuando haya un diagnóstico y tratamiento adecuados. Según las guías de práctica clínica internacionales, un tratamiento efectivo será aquel que remita los síntomas agudos tipo maniacos, hipomaniacos y depresivos, y además previene que sucedan más episodios afectivos en el futuro. En términos generales un tratamiento pierde su efectividad si hay una mala adherencia por parte del paciente, y es por esto por lo que mejorar la adherencia al tratamiento es una de las cosas más importantes al momento de tratar pacientes con BD. Además, es muy importante tomar siempre consideración los efectos a corto y largo plazo, así como la seguridad de los psicofármacos al momento del tratamiento ⁵, ya que frecuentemente se asocian a sobrepeso, sedación, alteraciones metabólicas, disfunciones sexuales, entre otras.

Entre los psicofármacos descritos para el tratamiento del BD podemos encontrar distintas familias: estabilizadores del ánimo, antipsicóticos, antidepresivos e hipnóticos. La mayoría de las guías de práctica clínica recomiendan utilizar sobre todo estabilizadores de ánimo como litio y valproato, o bien antipsicóticos atípicos como quetiapina u olanzapina ^{4 2}. El resto de los fármacos se utilizan de acuerdo con los síntomas que se pretenden atender en la fase del BD en la que se encuentra el paciente (por ejemplo: ánimo alterado, fuga de ideas, insomnio, inquietud psicomotriz, etc.). El uso de la mayoría de los psicofármacos tiene efectos secundarios importantes que pueden interferir con la calidad de vida de los pacientes y esto es motivo frecuente de una mala adherencia al tratamiento e indirectamente de un mal pronóstico de la enfermedad. Entre los efectos adversos más importantes que se asocian a una mala adherencia encontramos aumento de peso, percepción de deterioro cognitivo, sedación y temblor ^{8 9}.

Calidad de vida

El paradigma emergente en la psiquiatría enfatiza que la atención no se debe dirigir exclusivamente al tratamiento de los síntomas de la enfermedad mental, sino también en atender y recuperar, en la medida que sea posible, la función del enfermo para que de esta manera se logre alcanzar una sensación de vida plena y llena de sentido ¹⁰. Es por esto que durante los últimos años, el tema de calidad de vida y los factores que se asocian a ella, han ganado terreno en la investigación científica ^{11 10 12 10}. Por ejemplo, algunos estudios indican que la mejoría en el bienestar subjetivo del paciente son un factor clave para recurrencias de la enfermedad, y por otro lado, se ha observado que cuando la QoL es baja, ella se asocian a un mayor estrés oxidativo. Por esta razón, es importante no solo evaluar los desenlaces objetivos del trastorno (prevención de episodios afectivos), sino también apoyarnos con la experiencia subjetiva del paciente, pues esta provee información valiosa que puede resultar esencial para asegurar un mejor pronóstico ^{13 10}.

La calidad de vida implica más que solo tener una buena salud, ella representa más bien la suma de bienestar físico, emocional, social, ocupacional y espiritual del individuo ¹⁴. Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la QoL se describe como “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones.” ¹⁵

En la era de la medicina moderna, la manera más común de evaluar los cambios que presentan nuestros pacientes ha sido a través de una valoración objetiva, clínica y biológica de los síntomas. Tradicionalmente los parámetros biomédicos han sido el enfoque principal para dirigir

un tratamiento médico. Si bien esta información nos es útil para conocer mejor el proceso fisiopatológico, no podemos dejar a un lado toda la experiencia subjetiva que el paciente vive y siente acerca de su enfermedad, y también las repercusiones sociales que esta provoca. Una manera en la que podemos capturar estas perspectivas particulares son las mediciones de calidad de vida. Una revisión sistemática del tema determina que la manera más utilizada de evaluar la calidad de vida en el trastorno bipolar es durante la fase de eutimia y utilizando el instrumento WHO-QOL-BREF (esto tiene que estar en las abreviaturas) de la OMS (también en las abreviaturas) ¹. Los resultados de una evaluación en calidad de vida se dividen en 4 dominios: salud física (actividades en la vida diaria, dependencia a medicamentos o atención médica, energía y fatiga, movilidad, dolor y *discomfort*, sueño y descanso, capacidad de trabajo), salud psicológica (imagen corporal y apariencia, emociones negativas y positivas, autoestima, espiritualidad/religión, creencias personales, capacidad para pensar, aprender, memoria y concentración), relaciones sociales (relaciones personales, apoyo social y actividad sexual) y ambiente (recursos financieros, libertad, seguridad, atención médica y social (acceso y calidad de ambas), ambiente en el hogar, oportunidades para adquirir información y habilidades nuevas, participación y oportunidad para realizar actividades recreativas, ambiente físico - contaminación, ruido, tráfico, clima - y transporte). Los puntajes de calidad de vida se convierten a una calificación sobre 100 y en ocasiones son tomados como referencia para comparar entre poblaciones y/o intervenciones médicas ⁴⁵.

El concepto de calidad de vida fue introducido en la literatura médica en 1975, y desde los 80's ha sido estudiada sistemáticamente principalmente en áreas de la oncología, debido a que los médicos se enfrentaban a dilemas acerca de los costos y beneficios de los tratamientos de una enfermedad, y de esta manera ponían en balanza lo que sacrifica el paciente y los beneficios del tratamiento en la expectativa de vida después del tratamiento. Más recientemente la QoL ha sido objeto de interés para la investigación clínica y el tratamiento de todos los pacientes, tomada ahora en cuenta además de los meros síntomas o la tasa de mortalidad de la enfermedad. Su uso refleja una creciente apreciación del sentir del paciente y el cómo encuentra satisfacción con un tratamiento médico.

La investigación científica del BD se ha extendido para ahora incluir a la QoL por su papel como un importante factor pronóstico además de la remisión de los síntomas de la enfermedad, y ambos pacientes y médicos han considerado que la QoL es el indicador pronóstico más importante en el manejo del TB. La QoL es prioridad para los consumidores de los servicios en salud mental y es por esto por lo que una recuperación que se refleja en ella es igual de importante que la remisión sintomática. Diversos estudios han demostrado que la QoL se encuentra afectada en los individuos con TB en comparación a la población general, incluso en periodos de eutimia, haciendo sugerencia de la importancia de atender este aspecto en el tratamiento de la enfermedad ¹⁶.

Cuando la QoL se mide adecuadamente, ella puede distinguir pacientes o grupos de pacientes para predecir los pronósticos individuales y también permite evaluar y comparar la eficacia de las intervenciones terapéuticas disponibles al momento. La evaluación rutinaria de la QoL también ayudar al clínico de otras maneras: ayuda a priorizar problemas, lleva a una mejor comunicación con los pacientes, facilita la detección de adversidades potenciales e identifica las preferencias del paciente y su familia en la toma de decisiones. Afortunadamente la medición de

la QoL está siendo cada vez más utilizada en la psiquiatría, particularmente en enfermedades de curso crónico como el trastorno bipolar.

La calidad de vida involucra varios conceptos médicos y no médicos como las funciones físicas (capacidad para realizar tareas cotidianas), psicológica (bienestar emocional y mental) y social (relaciones con los demás y participación en actividades sociales), la percepción de salud personal y dolor, y la satisfacción general con la vida.^{17 10}

Se ha considerado que una práctica clínica de calidad incluye una evaluación sistemática de la calidad de vida del paciente ya que esto tiene implicaciones éticas, es decir, la priorización del bienestar del paciente debe superar a la evaluación exclusiva de la presencia o no presencia de síntomas psiquiátricos, ignorando por completo la experiencia subjetiva del individuo y su satisfacción con la vida. La evaluación de la calidad de vida debería ser una parte integral en la atención de los pacientes, y no solo una tarea que se realice cuando el tiempo lo permita. Esta evaluación puede hacerse en conjunto a la anamnesis, siempre mostrando una actitud atenta y de escucha empática. Aprender la calidad de vida no solo permite entender más la condición del paciente, sino también lleva a que el paciente se sienta entendido, y, por lo tanto, más proclive a participar activamente en el diseño e implementación de un tratamiento psiquiátrico.¹⁸

Calidad de vida en pacientes con trastorno bipolar

La investigación científica del BD se ha extendido para ahora incluir a la QoL por su papel como un importante factor pronóstico además de la remisión de los síntomas de la enfermedad, y ambos pacientes y médicos han considerado que la QoL es el indicador pronóstico más importante en el manejo del TB. La QoL es prioridad para los consumidores de los servicios en salud mental y es por esto por lo que una recuperación que se refleja en ella es igual de importante que la remisión sintomática. Diversos estudios han demostrado que la QoL se encuentra afectada en los individuos con TB en comparación a la población general, incluso en periodos de eutimia, haciendo sugerencia de la importancia de atender este aspecto en el tratamiento de la enfermedad¹⁶.

Se ha observado que en BD hay una mayor reducción en la calidad de vida cuando se compara con otros trastornos afectivos o de ansiedad. A su vez, una peor calidad de vida está más relacionada con la presencia de síntomas depresivos, que con síntomas maníacos o hipomaniacos; también se asocia a síntomas depresivos residuales que persisten incluso en periodos de remisión del BD.

Algunos autores consideran que los síntomas afectivos del TB pueden impactar sobre como el paciente percibe su QoL. Por ejemplo, se ha observado que los síntomas depresivos se asocian a una pobre QoL, y que los síntomas maníacos pueden o no percibir una peor QoL, sin embargo, aún se necesita más evidencia para determinar las posibles relaciones entre los síntomas afectivos y la QoL percibida. Si bien se puede asumir que los síntomas afectivos pueden contribuir a cambios en la QoL, actualmente desconocemos si lo contrario pudiera ser cierto también, es decir, que una pobre QoL tenga efecto nocivo sobre el individuo y esta sea una de las causas de la recurrencia de síntomas afectivos¹⁶.

La calidad de vida no depende solamente de la remisión clínica de síntomas sino de una recuperación en la función. Una pobre calidad de vida se asocia a discapacidad social y ocupacional, incluyendo un menor rendimiento académico y capacidad para realizar o tener un trabajo, dificultades para realizar actividades básicas de la vida diaria y tener relaciones interpersonales satisfactorias. Se ha descrito una tasa de desempleo hasta 4-10 veces mayor y una tasa de divorcio o separación de 2-3 veces más en comparación a la población general. Debido a que el BD comienza comúnmente alrededor de los 20 años, esto interfiere con el nivel educativo adecuado para su edad, las tareas sociales y del desarrollo, y en la manera en que los pacientes desarrollan su *self* y un sentido de identidad. Por lo último es común encontrar, en los pacientes con un BD, bajos logros académicos o pobre integración vocacional ^{5 19}.

Otros factores que contribuyen a un pobre desempeño ocupacional incluyen la presencia de deterioro cognitivo persistente, particularmente en memoria y función ejecutiva. Se ha reportado que hasta un 50-70% de los pacientes con BD presentan un deterioro cognitivo significativo durante periodos de remisión de la enfermedad. Estos pacientes presentan una peor calidad de vida, mayores niveles de estrés y una peor capacidad para trabajar en comparación con los pacientes con BD que no presentan alteraciones en la cognición. En metaanálisis se reporta que las alteraciones en memoria y función ejecutiva contribuyen más que los síntomas afectivos en este pobre desempeño ocupacional ⁵.

Hasta hoy no ha habido una revisión para averiguar cuáles factores impactan más sobre la calidad de vida de los pacientes con BD, pero sí se han encontrado algunas asociaciones. Se ha observado que los dos factores que más repercuten en la calidad de vida de estos individuos son el apoyo social y el nivel de salud mental que cuentan ¹⁴. Otros factores que destacan son la percepción de déficit cognitivo, presencia de comorbilidades físicas (principalmente prediabetes y diabetes), trastornos de ciclo circadiano, ansiedad, impulsividad, eventos adversos en la niñez, una carga de estrés diario importante y sensibilidad al rechazo. Dentro de los factores protectores se han mencionado que la resiliencia y religiosidad están asociados a una menor reducción en la calidad de vida de estos pacientes ¹.

La medición de calidad de vida es cada vez más importante también para estimar la eficacia de las intervenciones de los médicos (a nivel clínico y de microgestión) y de los planes para la atención en salud (a nivel gerencial y de macrogestión) ¹⁸. Las evaluaciones de calidad de vida han incrementado exponencialmente junto con indicadores de satisfacción, y ello forma parte de la tendencia para una mayor calidad en la atención centrada en el paciente ¹⁹. La QoL también forma parte esencial de los protocolos de investigación e intervenciones terapéuticas, desenlaces terapéuticos, identificación de poblaciones en alto riesgo, planeación de terapias psicosociales y rehabilitación, educación en salud, prevención y creación de políticas en salud mental ²⁰.

Los pacientes psiquiátricos que reciben tratamiento si bien pueden tener mejoría de síntomas, ello no se traduce automáticamente a mejoría en la calidad de vida. En una revisión de investigaciones cualitativas se identificó que en pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar destacan 6 temáticas principales que los pacientes piensan constantemente sobre su enfermedad mental: la cuestión de “estar bien” y “estar mal”, el control sobre la enfermedad, la autonomía y la libertad para tomar decisiones, la auto-percepción, la sensación de pertenencia, la actividad diaria, y la sensación de esperanza y desesperanza ²¹. En hospitales públicos de atención en salud mental, esto se pudiera estar agravado por el hecho de que no se cuenta en ocasiones con

recursos suficientes para atender holísticamente estos aspectos más sutiles del paciente en consulta, ya que pragmáticamente puede ser más sencillo hacer un abordaje sobre el listado de síntomas y la presencia o no de ellos para ajustes en tratamiento farmacológico.

Los servicios de atención en salud mental modernos no solo deben ayudar a los pacientes a controlar sus síntomas, sino también a mantener sus actividades en la vida diaria y llevarlos a vivir la mejor vida posible. Un metaanálisis describe una asociación entre buena calidad de vida y la satisfacción de pacientes psicóticos con los servicios de salud mental. También se vio que los pacientes que son atendidos en hospital tienen peor calidad de vida que aquellos que son atendidos en centros comunitarios ²². La relación entre el profesional de salud que brinda un tratamiento y la persona que recibe este es el pilar de la atención en salud, y es calificada por los pacientes como la parte que consideran más importante en salud mental ²³.

En el caso de nuestro hospital, hasta la fecha no contamos con ninguna evaluación de calidad de vida en pacientes con trastorno bipolar, a pesar de que esta es una de las entidades clínicas que más recaídas tiene y que es motivo de internamiento recurrente. Encontrar los factores que más aquejan a los pacientes en estado de remisión podría facilitar al personal de salud en planear intervenciones terapéuticas más eficaces que permitan una menor tasa de recaídas y deterioro de los pacientes.

5.2. Justificación

Hoy en día el BD afecta aproximadamente a más del 1% de la población a nivel mundial y las investigaciones de QoL de estos pacientes demuestran que esta es menor cuando se le compara a la de la población general ¹. En nuestra experiencia dentro del Hospital Psiquiátrico de Nuevo León, el BD es uno de los trastornos mentales graves que requieren mayor número de consultas y además es uno de los principales diagnósticos que encontramos en aquellos pacientes que requieren hospitalización. Estos pacientes tienen una tendencia a deteriorarse tanto cognitivo y funcionalmente, y según la literatura, son una causa importante de discapacidad y mortalidad en nuestro continente ²². Además, representan una carga emocional significativa para sus familiares quienes se han descrito como más proclives a sufrir desgaste por el cuidado, e incluso un riesgo mayor para tener depresión ²³. En México desconocemos los costos exactos en la atención de este trastorno, pero estudios realizados en Estados Unidos y Europa estiman que el costo estimado por año para la atención de estos pacientes es aproximadamente de 151 billones de dólares y 21.4 billones de euros respectivamente ²⁴.

Por otro lado, la atención que se le brinda a los pacientes en instituciones públicas en ocasiones no permite ahondar en temas de calidad de vida o rehabilitación de los pacientes, debido al volumen de pacientes que los clínicos ven por día, y el tiempo y recursos limitados ²⁵. En nuestro Estado no conocemos la calidad de vida de nuestros pacientes. Al evaluar la calidad de vida podríamos establecer una línea de referencia para comparar los efectos que tienen el tratamiento farmacológico, psicológico y social, y los clínicos podrían dirigir más específicamente sus esfuerzos para atender las necesidades que el paciente percibe como más apremiantes. Por último, evaluar la QoL de los pacientes permite una mejor planeación e implementación de programas de rehabilitación atendiendo necesidades específicas de los pacientes (p.ej: relaciones interpersonales, apego al tratamiento, psicoeducación), y de esta manera, mejorar su tratamiento y pronóstico a futuro.

6.0 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN OBJETIVOS E HIPÓTESIS

6.1. Pregunta de investigación

¿Cómo es la percepción de calidad de vida de los pacientes con trastorno bipolar atendidos en la consulta externa del hospital psiquiátrico del estado?

6.2. Objetivo Principal

Se evaluó la calidad de vida de los pacientes con trastorno bipolar atendidos en el hospital psiquiátrico del Estado de Nuevo León.

6.3. Objetivos Secundarios

Ninguno.

6.4. Hipótesis

6.4.1 Hipotesis Nula

No aplica por ser estudio descriptivo.

6.4.2 Hipotesis Alterna

No aplica por ser estudio descriptivo.

6.4.3 Hipótesis de investigación

No aplica por ser estudio descriptivo.

7.0 DISEÑO DEL ESTUDIO

7.1. Descripción del estudio

Este es un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal, que se realizó en Hospital Psiquiátrico de Nuevo León en el periodo Agosto-October 2021.

8.0 MATERIALES Y MÉTODOS

8.1. Pacientes

Se estudiaron a los pacientes que contaban con el diagnóstico de Trastorno Bipolar en remisión y que acudieron a la consulta externa del Hospital Psiquiátrico de Nuevo León durante el periodo de Agosto y Septiembre del 2021. Los pacientes no presentaban comorbilidades de trastorno por uso de sustancias, trastorno de personalidad, discapacidad intelectual o algún impedimento sensorial que no les permitiera participar en la evaluación.

Si bien de acuerdo con las características de nuestra población consideramos un muestro por conveniencia, tomamos en cuenta la prevalencia de trastorno bipolar en México de 1%, un nivel de significancia de 95% y una precisión de 0.05, por lo que se consideró necesario para nuestro estudio un mínimo de 31 participantes para lograr medir nuestras variables de estudio.

8.2. Criterios de Inclusión

- Pacientes que cumplan con los criterios diagnósticos de la CIE-10 para trastorno afectivo bipolar.
- Pacientes con edad entre los 18 y 59 años.

8.3. Criterios de Exclusión

- Pacientes con diagnóstico de discapacidad intelectual.
- Pacientes con alguna incapacidad sensorial que impida contestar las pruebas.
- Paciente que cumplan criterios diagnósticos para un trastorno por uso de sustancias.
- Pacientes que cumplan criterios diagnósticos para un episodio depresivo, hipomaniaco o maníaco.
- Pacientes que cumplan criterios diagnósticos para un trastorno de la personalidad

8.4. Criterios de Suspensión

- Pacientes que no cooperen o no puedan participar debido a una incapacidad en la aplicación de pruebas.
-

- Pacientes que revoquen su participación en el estudio y/o que no firmen el consentimiento informado.

8.5. EVALUACIONES DEL ESTUDIO

8.5.1 Formas de consentimiento informado y registro de selección

A todos los participantes del estudio se les solicitará firmar un consentimiento informado donde nos autorizan la aplicación de pruebas con el fin de determinar si el paciente se encuentra en eutimia o no, su calidad de vida percibida y una entrevista semiestructurada para valorar los factores que el paciente percibe que impactan más sobre su calidad de vida. El reclutamiento de los participantes se realizará en el área de consulta externa. Se solicitará la autorización de los pacientes por medio de consentimiento informado al comienzo de la entrevista.

8.5.2 Historia clínica y datos demográficos

Se creará una base de datos de los pacientes y exclusiva del equipo de investigación que incluirá: número de expediente, fecha de nacimiento, edad actual, escolaridad, religión, diagnóstico principal, fecha de su diagnóstico, tratamiento actual, apego al tratamiento durante el último año y resultados de las escalas aplicadas.

8.5.3 Exploraciones físicas

Se tomará la información del expediente clínico del hospital.

8.5.4 Estudios de laboratorio y gabinete

No aplica para este estudio

8.5.5 Signos vitales

Se tomará la información del expediente clínico del hospital.

9.0 METODOLOGÍA

Se trató de un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal que reunió datos respecto a la calidad de vida de los pacientes con trastorno bipolar. Se entrevistaron a los pacientes de la consulta externa de la Hospital Psiquiátrico de Nuevo León que ya contaban con un diagnóstico de trastorno bipolar y se encuentran en estado de eutimia. Se aplicaron durante una misma visita diversas escalas con el objetivo de valorar el estado de ánimo al momento de la entrevista y la calidad de vida percibida. La información recopilada se reunió en una base de datos para después realizar un análisis estadístico y determinar los puntajes en los 4 dominios de calidad de vida y su posible relación con variables sociodemográficas.

9.1. Metodología de la Investigación

Una vez que los pacientes que cumplían los criterios de inclusión y habían firmado el consentimiento informado, el equipo de investigación les realizó las siguientes pruebas y escalas:

Escala de Young para la Evaluación de Manía (YMRS) (5.1.2)

Es una de las escalas más utilizadas para la evaluación de síntomas maníacos. Es aplicado por un profesional y tiene 11 ítems que se basan principalmente en el reporte subjetivo del paciente durante las últimas 48 horas. Cada ítem 5 opciones para la severidad del síntoma. Cuenta con buenas propiedades psicométricas: validez interna <0.001 consistencia interna 0.88, fiabilidad re-test 0.76 ²⁶.

Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS)

Es un instrumento heteroaplicable y validado para la medición de síntomas depresivos. Tiene 10 ítems que se responden de acuerdo con la severidad de los síntomas. Cuenta con buenas propiedades psicométricas: validez discriminante: <0.01 , validez convergente <0.05 , consistencia interna 0.88, fiabilidad re-test y entre observadores 0.94 y 0.98 y sensibilidad al cambio 2.05 ²⁷.

Escala Breve de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud

Es un cuestionario autoaplicable que permite al investigador conocer la capacidad subjetiva del paciente para disfrutar sus actividades diarias. Tiene 26 ítems que se responden de acuerdo a la opinión del individuo sobre su calidad de vida, salud y función. Cuenta con buenas propiedades psicométricas: consistencia interna 0.89 ²⁸.

9.2. CRONOGRAMA

Actividades del año (2021)	Agosto	Septiembre	Octubre
Evaluación de pacientes			
Procesamiento de datos			
Análisis de datos			
Redacción de tesis			
Defensa de tesis			

9.3. VARIABLES

VARIABLES DEL ESTUDIO

Edad actual, sexo, escolaridad, estado civil, religión, edad de diagnóstico del trastorno bipolar, tiempo de evolución del trastorno bipolar, tratamiento actual, apego al tratamiento durante el último año, y resultados de Escala de Young para la Evaluación de Manía (YMRS), Escala de Depresión Montgomery-Asberg, y Escala Breve de Calidad de Vida de la OMS.

9.4. CUADRO DE VARIABLES

<u>Variable</u>	<u>Definición conceptual</u>	<u>Definición operacional</u>	<u>Tipo de variable</u>	<u>Escala de medición</u>	<u>Valor de variable</u>
-----------------	------------------------------	-------------------------------	-------------------------	---------------------------	--------------------------

Edad actual	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Años cumplidos al momento de entrar al estudio.	Cuantitativa	Discreta	Edad en años (18-59)
Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras	Sexo biológico del paciente	Cualitativa	Discreta	1 = Masculino 2 = Femenino
Escolaridad	Período de tiempo que un niño o joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria	Máximo grado de estudios alcanzados hasta el momento del estudio	Cualitativa	Ordinal	Grado académico alcanzado: 0 = Ninguna 1 = Primaria 2 = Secundaria 3 = Preparatoria 4= Carrera técnica 5= Licenciatura
Estado civil	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro	Estado civil reportado por los pacientes durante la entrevista	Cualitativa	Ordinal	1= Soltero 2= Casado 3= Unión libre 4= Divorciado

	sexo o de su mismo sexo				5= Separado 6= Viudo
Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano	Religión reportada por los pacientes durante la entrevista	Cualitativa	Ordinal	1= Católico 2= Cristiano 3= Testigo de Jehová 4 = Ninguna
Edad de diagnóstico del trastorno bipolar	Edad que tenía el paciente cuando presentó el primer episodio afectivo	Edad reportada en la que el paciente recibió su diagnóstico por un profesional	Cuantitativo	Discreto	Edad en años con la que comienzan síntomas afectivos (10-100)

<p>Tiempo de evolución del trastorno bipolar</p>	<p>Diferencia en años desde edad en la que el paciente recibe su diagnóstico de trastorno bipolar y su edad actual</p>	<p>Edad calculada desde edad de diagnóstico y edad actual</p>	<p>Cuantitativo</p>	<p>Discreto</p>	<p>0-100</p>
<p>Tratamiento actual</p>	<p>Medicamentos que toma actualmente</p>		<p>Cualitativo</p>	<p>Nominal</p>	<p>Subcategorías</p> <p><u>Estabilizadores de ánimo</u></p> <p>1=Litio</p> <p>2=Valproato</p> <p>3=Carbamazepina</p> <p>4=Lamotrigina</p> <p>5=Topiramato</p> <p>6= Litio y valproato</p> <p>7 = Litio y topiramato</p> <p>8= Lamotrigina y topiramato</p> <p><u>Antipsicótico</u></p> <p>1=Risperidona</p>

					<p>2=Olanzapina</p> <p>3=Quetiapina</p> <p>4=Haloperidol</p> <p>5=Haloperidol de depósito</p> <p>6=Clozapina</p> <p>7= Zuclopentixol</p> <p>8= Trifluoperazina</p> <p>9= Aripiprazol</p> <p>10= olanzapina y quetiapina</p> <p>11=Risperidona y haloperidol de depósito</p> <p>12 = quetiapina y haloperidol</p> <p><u>Antidepresivo</u></p> <p>1=Sertralina</p> <p>2=Fluoxetina</p> <p>3=Desvenlafaxina</p> <p>4=Citalopram</p> <p>5=Paroxetina</p> <p>6=Duloxetina</p> <p>7=Venlafaxina</p> <p>8=Escitalopram</p> <p>9=Vortioxetina</p>
--	--	--	--	--	---

					<u>Benzodiazepina</u> 1=Clonazepam 2=Diazepam 3=Alprazolam 4=Lorazepam
Apego a tratamiento	Grado en que el paciente está tomando sus medicamentos		Cualitativo	Nominal	1 = Apego adecuado 2= Apego irregular 3 = Apego nulo
Escala de Young para la Evaluación de Manía (YMRS)	Prueba que valora presencia de síntomas maníacos clínicamente significativos		Cuantitativo	Discreto	0-60
Escala de Depresión de Montgomery-Asberg	Prueba que valora presencia de síntomas depresivos clínicamente significativos		Cuantitativo	Discreto	0-60



Escala Breve de Calidad de Vida de la OMS	Prueba que valora grado en que el individuo disfruta de las actividades de la vida diaria		Cuantitativo	Discreto	4 dominios: -Salud física (0-100) -Salud psicológica (0-100) - Relaciones sociales (0-100) - Ambiente (0-100)
---	---	--	--------------	----------	---

9.5. TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos obtenidos fueron introducidos en el programa “Statistical Package for Social Sciences (SPSS)” versión 25.0. Se realizó estadística descriptiva, obteniendo frecuencias y porcentajes para datos categóricos. Se realizaron tablas cruzadas y se realizó la prueba de chi cuadrada (X^2) para obtener distribuciones de frecuencias. Se hicieron correlaciones de Spearman y Pearson (según correspondiera de acuerdo con los datos) entre las variables de la escala de calidad de vida y variables demográficas obtenidas. El valor de los coeficientes de correlación de Pearson y Spearman puede variar de -1 a $+1$. Cuando una relación es aleatoria o no existe, el coeficiente de correlación es cercano a cero. Se considera entonces 0.1 a 0.4 correlación baja, 0.5 a 0.8 correlación moderada, >0.8 correlación fuerte. Para todas las pruebas estadísticas realizadas se considero un nivel de significancia P de 0.05.

10.0 CONSIDERACIONES ÉTICAS



Este estudio se realizó en total conformidad con la guía de la ICH E6 de las Buenas Prácticas Clínicas y con los principios de la Declaración de Helsinki y con las leyes y regulaciones del país.

10.1 Consentimiento informado

A todos los participantes se les pidió que firmen un consentimiento informado el cual se encuentra en los anexos de este protocolo. Dicho consentimiento fue entregado y firmado por el participante.

10.2 Comité de ética

El investigador principal presentó su protocolo, formas de consentimiento informado, e información proporcionada al paciente y la información de apoyo pertinente al Comité de Ética en Investigación del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey y del Hospital Psiquiátrico de Nuevo León, quienes revisaron y aprobaron para realizar el estudio. Además, los Comités de Ética en Investigación deben aprobaron todo material de reclutamiento para los pacientes.

10.3 Confidencialidad

Los resultados obtenidos fueron salvaguardados por el investigador principal en una computadora cuyos archivos estarán protegidos con contraseña. Los documentos físicos del estudio fueron resguardados bajo llave.

El investigador principal mantuvo estándares de confidencialidad asignando un código a cada paciente incluido en el estudio mediante un número de identificación único del paciente. Esto significa que los nombres de los pacientes no se incluyeron en los conjuntos de datos que se transmiten.

La información médica obtenida del paciente en este estudio fue confidencial y solo pudo divulgarse a terceros según lo permite la forma de consentimiento informado (o la autorización por separado para usar y revelar la información personal sobre la salud) firmada por el paciente, a menos que lo permitiera o lo requiriera la ley.

La información médica podía entregarse al médico personal del paciente u otro personal médico adecuado responsable del bienestar del paciente con fines de tratamiento.

11.0 RIESGOS PREVISIBLES Y PROBABLES

Ninguno

12.0 PROTECCIÓN FRENTE AL RIESGO FÍSICO Y/O EMOCIONAL

A los pacientes se les otorgó los datos de contacto del investigador principal para que lo contactaran si tenían algún problema, se proporcionaría la consulta sin costo en el hospital psiquiátrico para atender problemas emocionales o físicos en caso de necesitarlo.

13.0 RESULTADOS

Un total de 45 pacientes con TB fueron incluidos en este estudio, de los cuales 34 (75.6%) fueron mujeres y 11 (24.4%) fueron hombres. La edad media de los pacientes fue de 43.5 ± 11.8 años. En la tabla 1 se resumen sus características demográficas. Del total, 30% había cursado hasta educación básica (primaria y/o secundaria), 33.3% tuvo estudios de bachillerato o técnica y 26.6% tuvo estudios superiores (figura 1). La mayoría de los pacientes se encontraban solteros (40%) o casados (28.8%) y la mayoría eran creyentes de alguna religión cristiana/católica (86.7%) (figura 2).

Tabla 1. Características demográficas de los pacientes.

Variable	
Género	
Mujer	34 (75.6%)
Hombre	11 (24.4%)
Edad	43.5 \pm 11.8
Escolaridad	
Primaria	6 (13.3%)
Secundaria	12 (26.7%)
Preparatoria	14 (31.1%)
Carrera técnica	1 (2.2%)
Licenciatura	12 (26.6%)
Estado civil	
Casado	13 (28.8%)
Soltero	18 (40%)
Separado	3 (6.7%)
Divorciado	5 (11.1%)
Unión libre	3 (6.7%)
Viudo	3 (6.7%)
Religión	
Católica	36 (80%)
Cristiana	2 (4.4%)
Testigo de Jehová	1 (2.2%)
Ninguna	6 (13.3%)

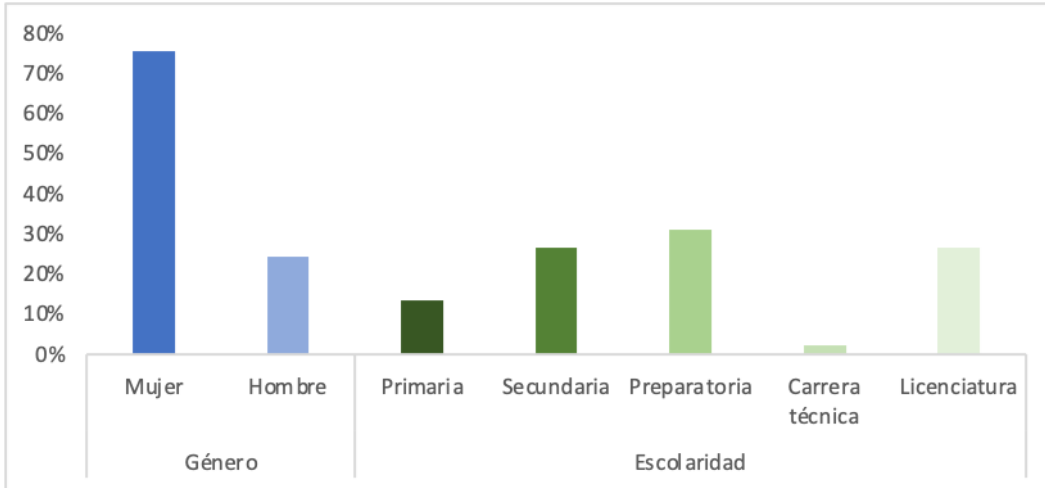


Figura 1. Proporción de pacientes por género y escolaridad.

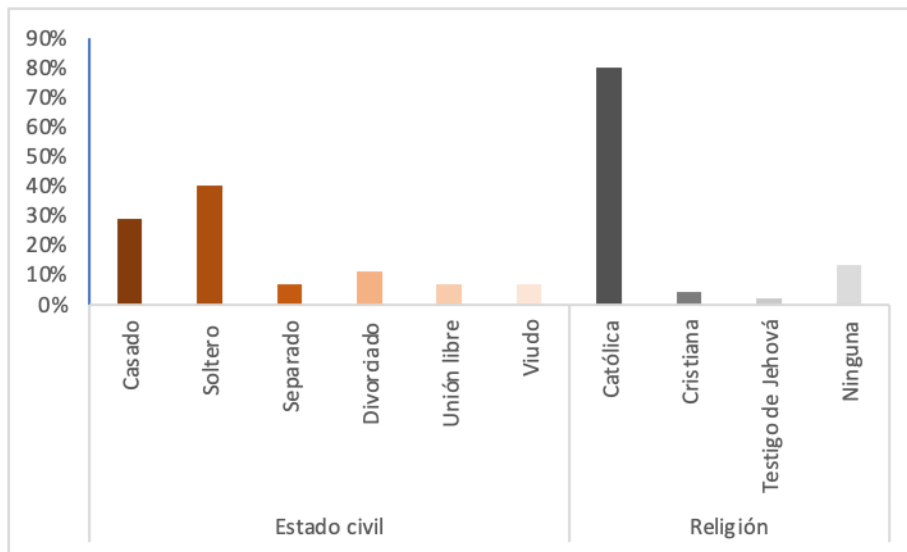


Figura 2. Proporción de pacientes por estado civil y religión.

La media de edad al diagnóstico de los pacientes fue de 30 ± 10.9 años, y la mediana de tiempo de evolución con su diagnóstico de TB fue de 11 (5.5-20) años. Todos los pacientes demostraron tener un apego adecuado al tratamiento y puntuaron por debajo de 6 en las pruebas Montgomery Asberg para depresión y Young de manía, por lo se les consideró al momento de la entrevista en estado de eutimia.

El 93.3% de los pacientes utilizaron algún fármaco estabilizador del estado del ánimo: el más frecuentemente utilizado fue valproato, en monoterapia (69%) o en combinación con litio (7.1%). El segundo estabilizador del estado del ánimo más utilizado fue litio, como monoterapia (11.9%), o combinado con valproato (7.1%) o con topiramato (2.4%). El 91.1% de los pacientes utilizaron algún antipsicótico, siendo la quetiapina el más utilizado, como monoterapia (41.5%), o combinado con haloperidol (2.4%). El segundo más utilizado fue olanzapina, que fue utilizado como monoterapia en 26.8%. La quetiapina y la olanzapina fueron combinados en 1 (2.4%) paciente (tabla 2).

Tabla 2. Uso de estabilizadores del estado del ánimo y antipsicóticos.

Variable	
Uso de estabilizador del estado del ánimo	42 (93.3%)
Tipo de estabilizador	
Litio	5 (11.9%)
Valproato	29 (69%)
Carbamazepina	3 (7.1%)
Litio y valproato	3 (7.1%)
Litio y topiramato	1 (2.4%)
Lamotrigina y topiramato	1 (2.4%)
Uso de antipsicótico	41 (91.1%)
Tipo de antipsicótico	
Risperidona	5 (12.2%)
Olanzapina	11 (26.8%)
Quetiapina	17 (41.5%)
Haloperidol	1 (2.4%)
Clozapina	1 (2.4%)
Trifluoperazina	1 (2.4%)
Aripiprazol	2 (4.9%)
Olanzapina y quetiapina	1 (2.4%)
Risperidona y haloperidol de depósito	1 (2.4%)
Quetiapina y haloperidol	1 (2.4%)

El 20% de los pacientes utilizaba algún antidepresivo, el más utilizado fue fluoxetina, en un tercio. Además, alrededor de la mitad de los pacientes utilizaba alguna benzodiazepina, siendo clonazepam el más frecuentemente utilizado de los pacientes que consumían alguna benzodiazepina (91.7%).

Tabla 3. Uso de antidepresivos y benzodiazepinas.

Uso de antidepresivo	9 (20%)
Tipo de antidepresivo	
Sertralina	2 (22.2%)
Fluoxetina	3 (33.3%)
Citalopram	1 (11.1%)
Paroxetina	2 (22.2%)
Duloxetina	1 (11.1%)
Uso de benzodiazepinas	24 (53.3%)
Tipo de benzodiazepina	
Clonazepam	22 (91.7%)
Diazepam	1 (4.2%)
Alprazolam	1 (4.2%)

El total de puntos obtenidos en los pacientes en la escala de calidad de vida WHO-QoL-BREF fue de 99.4 ± 12.7 puntos. De acuerdo con cada dimensión de la escala, los pacientes mostraron un puntaje de 69.6 ± 14.7 puntos en salud física, 73.8 ± 15.0 en salud psicológica, 74.1 ± 20.9 en relaciones sociales y 74.6 ± 14.9 en ambiente (figura 3).

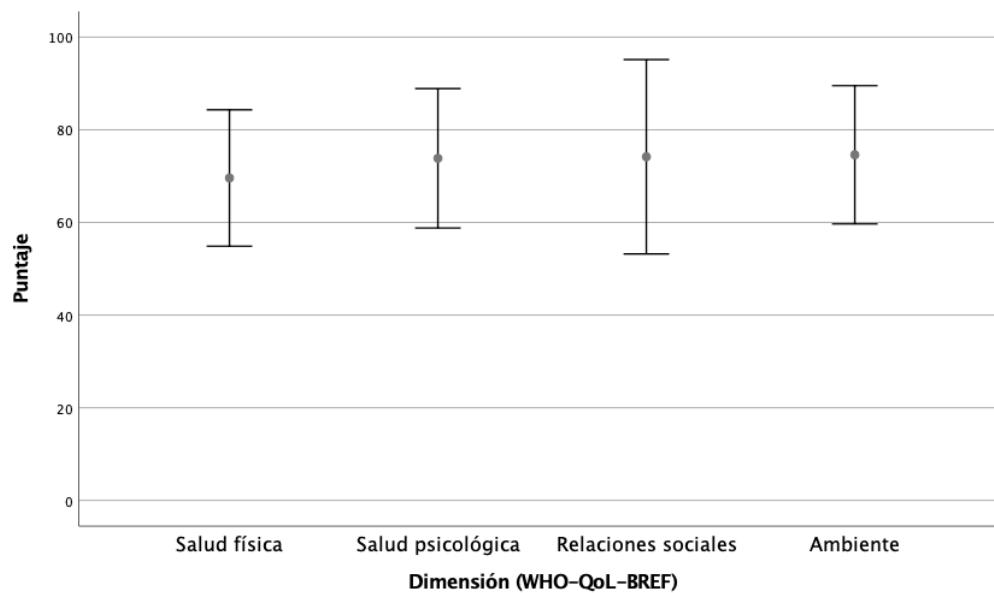


Figura 3. Gráfica de error (media y desviación estándar) de los puntajes obtenidos en las dimensiones de calidad de vida de la escala WHO-QoL-BREF.

Al analizar los puntajes de las dimensiones de calidad de vida, hubo dos hallazgos estadísticamente significativos: los pacientes con escolaridad más baja (básica, o primaria y/o secundaria) demostraron un mayor puntaje en la dimensión de ambiente, comparado con los pacientes con mayor escolaridad (80 vs 71 puntos, P=0.046) (figura 4), y los pacientes con edad mayor a 40 años tuvieron un mayor puntaje en la dimensión de ambiente (79.3 vs. 66.7, P=0.002) (figura 5). No encontramos diferencias en el resto de las características demográficas de los pacientes con las dimensiones de la escala (Tabla 4).

Tabla 4. Comparación de puntajes de las dimensiones de la escala WHO-QoL-BREF con características demográficas de los pacientes.

Variable	Salud física	Salud psicológica	Relaciones sociales	Ambiente
Género				
Mujer	69.6 ± 16.0	74.5 ± 14.1	77.0 ± 20.2	76.2 ± 15.1
Hombre	69.4 ± 10.2	71.6 ± 18.0	65.2 ± 21.6	69.6 ± 13.5
P	0.963	0.581	0.106	0.208
Edad				
18-40 años	66.7 ± 16.3	71.4 ± 13.0	75.4 ± 15.6	66.7 ± 11.4
>40 años	71.3 ± 13.6	75.3 ± 16.1	73.4 ± 23.8	79.3 ± 14.9
P	0.498	0.253	0.877	0.002
Escolaridad				
Básica	71.3 ± 17.4	73.3 ± 18.5	76.0 ± 22.3	80.0 ± 15.4
Media a superior	68.4 ± 12.8	74.1 ± 12.6	72.9 ± 20.3	71.0 ± 13.6
P	0.525	0.87	0.629	0.046
Estado civil				
Casado/unión libre	72.0 ± 16.2	75.5 ± 14.5	82.0 ± 22.3	77.5 ± 16.7
Soltero	68.1 ± 16.3	71.9 ± 17.3	70.1 ± 20.3	69.6 ± 14.1
Otro	68.4 ± 9.4	74.4 ± 12.3	69.2 ± 18.0	78.4 ± 12.0
P	0.727	0.781	0.173	0.194
Tener pareja				
Sí	72.0 ± 16.2	75.5 ± 14.5	82.0 ± 22.3	77.5 ± 16.7
No	68.2 ± 13.9	72.9 ± 15.4	69.8 ± 19.1	73.0 ± 13.8
P	0.423	0.575	0.060	0.339
Creyente				
Sí	69.6 ± 15.3	74.4 ± 15.0	73.0 ± 21.1	73.0 ± 15.1
No	69.0 ± 11.2	70.0 ± 15.7	81.3 ± 20.1	84.5 ± 9.5
P	0.916	0.508	0.375	0.081

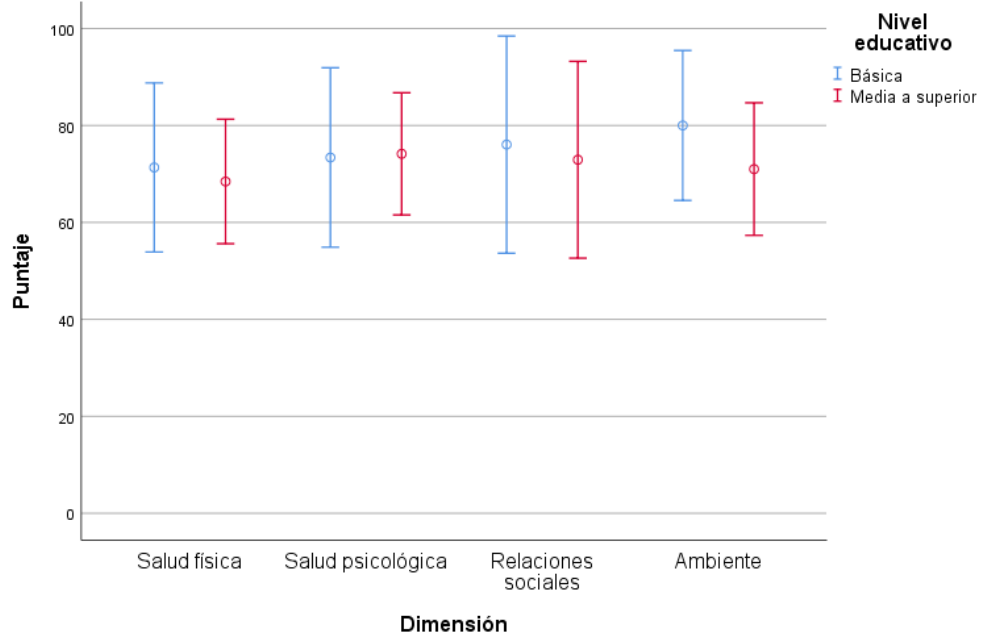


Figura 4. Puntajes de cada dimensión de acuerdo con nivel educativo.

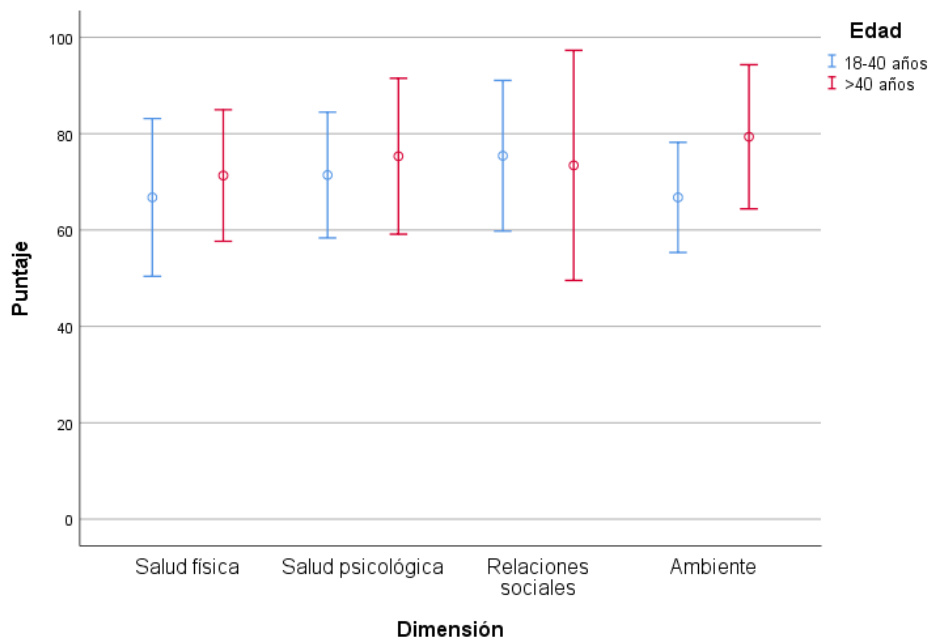


Figura 5. Puntajes de cada dimensión de acuerdo con el grupo etario.

Encontramos una correlación moderada entre la edad y el puntaje de la dimensión de ambiente en los pacientes ($r = 0.329$, $p=0.028$). Sin embargo, no se encontró una correlación entre los puntajes de las demás dimensiones con la edad del paciente ni con el tiempo de evolución del TB (tabla 5).

Tabla 5. Correlación con el coeficiente de correlación de Pearson (r) entre los puntajes de las dimensiones de la escala WHO-QoL-BREF con la edad y el tiempo de evolución de los pacientes.

Variable	-	Salud física	Salud psicológica	Relaciones sociales	Ambiente
Edad	r	0.118	0.094	-0.056	0.329
	P	0.44	0.537	0.715	0.028
Evolución de la enfermedad	r	0.167	0.049	-0.031	0.121
	P	0.274	0.748	0.842	0.428

No encontramos alguna diferencia entre las dimensiones de la escala de calidad de vida con el uso de psicofármacos en los pacientes (tabla 6).

Tabla 6. Comparación de puntajes de las dimensiones de la escala WHO-QoL-BREF con el uso de psicofármacos en los pacientes.

Variable	Salud física	Salud psicológica	Relaciones sociales	Ambiente
Uso de estabilizador	-			
Sí	69.6 ± 15.2	73.6 ± 15.4	75.0 ± 21.3	75.1 ± 15.1
No	69.0 ± 0	77.0 ± 6.9	62.3 ± 10.9	66.6 ± 9.7
P	0.943	0.711	0.317	0.436
Uso de valproato	-			
Sí	69.9 ± 15.3	73.9 ± 15.7	74.2 ± 20.7	75.4 ± 14.5
No	71.4 ± 15.7	72.5 ± 15.4	77.5 ± 24.1	74.4 ± 17.8
P	0.682	0.797	0.679	0.857
Uso de antipsicótico	-			
Sí	69.0 ± 14.9	73.8 ± 15.3	73.4 ± 21.6	74.6 ± 14.8
No	75.2 ± 12.5	73.7 ± 13.7	81.2 ± 12.5	73.7 ± 17.2
P	0.428	0.99	0.486	0.907
Uso de quetiapina y/o olanzapina	-			
Sí	68.9 ± 16.2	72.5 ± 16.8	71.6 ± 22.6	73.7 ± 15.2
No	69.4 ± 11.3	77.4 ± 9.7	78.4 ± 18.3	77.3 ± 14.0
P	0.918	0.369	0.379	0.492
Uso de antidepresivo	-			
Sí	67.5 ± 16.5	64.0 ± 20.1	70.2 ± 31.4	71.6 ± 13.1
No	70.1 ± 14.4	76.3 ± 12.6	75.1 ± 17.9	75.3 ± 15.4
P	0.647	0.112	0.533	0.516
Uso de benzodiazepinas	-			
Sí	70.4 ± 16.7	74.2 ± 14.5	77.3 ± 19.6	75.4 ± 15.4
No	68.6 ± 12.3	73.3 ± 15.8	70.5 ± 22.2	73.6 ± 14.6
P	0.681	0.834	0.279	0.7

14.0 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A nuestro conocimiento, este es el primer estudio que evalúa la calidad de vida en los pacientes con trastorno bipolar del Hospital Psiquiátrico de Nuevo León. La evaluación de la calidad de vida se hizo a través del instrumento WHO-QoL-BREF, el cual se considera el más apto y disponible en nuestro país ¹². Incluimos un total de 45 pacientes en nuestro estudio. Para poder tener una consideración confiable de la evaluación de la calidad de vida de los pacientes, se seleccionaron solamente pacientes en fase eutímica, excluyendo pacientes en fase de depresión o manía; 75.6% de los pacientes fueron mujeres y la edad media de los pacientes fue de 43.5 años. La media de edad al diagnóstico de los pacientes fue de 30 años. El 30% tenía como máximo nivel educativo la educación básica. La mayoría eran solteros (40%) o casados (28.8%) y creyentes (86.7%). La mediana de tiempo de evolución con la enfermedad fue de 11 años. Todos los pacientes mostraron tener un apego terapéutico adecuado.

El 93.3% de los pacientes utilizaron algún fármaco estabilizador del estado del ánimo, y el más frecuentemente utilizado fue valproato. El 91.1% de los pacientes utilizaban algún antipsicótico, siendo la quetiapina y la olanzapina los más utilizados. El 20% de los pacientes utilizaba algún antidepresivo, de los cuales un tercio usaba fluoxetina, y la mitad de los pacientes utilizaba alguna benzodiazepina, siendo el clonazepam el más frecuente.

La calidad de vida en los pacientes fue evaluada con el inventario WHO-QoL-BREF, el cual es autoaplicable y consta de 26 ítems que evalúan la QoL en cuatro dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. En nuestra población, el puntaje de salud física fue de 69.6 ± 14.7 puntos, 73.8 ± 15.0 en salud psicológica, 74.1 ± 20.9 en relaciones sociales y 74.6 ± 14.9 en ambiente. No existe un punto de corte para considerar que la calidad de vida de una persona es buena o mala, sin embargo, se le puede comparar con la reportada en población general, y algunos autores determinan que una calidad de vida es buena o mala cuando se encuentra 1 desviación estándar por arriba o debajo en comparación a la población general ³¹. De las cuatro dimensiones, la que mostró el menor puntaje fue la salud física. No hay manera de comparar nuestros resultados con países como Estados Unidos o de la Unión Europea porque los estudios que han evaluado la QoL en pacientes con BD se han hecho utilizando instrumentos que no están validados al español, y tienen discrepancias en cuanto a los dominios que reporta, por lo que no son comparables con nuestra investigación ¹². Al buscar en la literatura, se encontraron dos estudios realizados en India y Nigeria utilizando el instrumento WHO-QoL-BREF en pacientes con trastorno bipolar en estado de eutimia. Al comparar los resultados con India ³² (salud física 81, psicológico 69, ambiente 63, relaciones sociales 69) y Turquía ³³ (salud física 56, psicológico 44, ambiente 50, relaciones sociales 25), nuestra población obtuvo menor satisfacción con su salud física en comparación a los pacientes de India, pero puntuaron más alto en los demás dominios; esto podría explicarse por las diferencias socioculturales entre ambos países y el mayor estigma hacia las enfermedades mentales que en ellos se presenta ⁴⁶, o bien, podría explicarse por las diferencias en el grado de sofisticación y calidad en la atención de los sistemas de salud mental. Si lo último se refleja indirectamente a través de la calidad de vida que reportan los pacientes en las instituciones psiquiátricas, México (un país recientemente industrializado de nivel alto) obtendría entonces mejores resultados en comparación a India (país recientemente industrializado de nivel bajo) y Nigeria (país no industrializado), de acuerdo con lo reportado en la literatura ^{47,48,49}.

Hubo dos hallazgos estadísticamente significativos: 1) una correlación pequeña ($r = 0.329$, $p = 0.028$) entre los pacientes con edad mayor a 40 años y una mejor puntuación en el dominio ambiente, y 2) los pacientes con escolaridad básica puntuaron mejor en el dominio ambiente de QoL ($p = 0.046$). Cabe recordar que en la evaluación de calidad de vida por WHO-QoL-BREF, el resultado del dominio ambiente incorpora distintas facetas de la vida del individuo: recursos financieros, libertad, seguridad, atención médica y social (acceso y calidad de ambas), ambiente en el hogar, oportunidades para adquirir información y habilidades nuevas, participación y oportunidad para realizar actividades recreativas, ambiente físico (contaminación, ruido, tráfico, clima) y transporte. Desde la perspectiva clínica, hay evidencia insuficiente que explique las correlaciones encontradas en nuestro estudio en cuanto un mejor puntaje en el dominio ambiente de los subgrupos de edad mayor a 40 años y escolaridad básica. Van Kamp et al. (2003) describen en su estudio acerca de modificaciones en las escalas que evalúan calidad de vida para incluir cada vez más variables relacionadas al ambiente en el que vive el individuo, puesto que ello se relaciona indirectamente con su desarrollo personal ³⁴. Asimismo, Cheung (1997) describe en su modelo teórico de calidad de vida que el ambiente juega un papel crucial para que la persona sienta que tiene una “buena vida”. Basándose en 4 teorías de la ética, Cheung describe las distintas maneras en las que una persona puede percibir su propio ambiente y la oportunidad que se tiene para perseguir una “buena vida” dentro de él: 1) hedonismo, donde la buena vida sería aquella en donde el individuo persigue el placer a corto plazo y evita el dolor en la medida que sea posible, 2) perspectiva dialéctica, la cual es una extensión de la visión hedonista con énfasis en el área interpersonal y de “negociaciones” constantes con las personas que nos rodean, por ejemplo, la calidad de vida de un paciente dependería del estado mental de los proveedores de salud, intercambio de dinero, tiempo, emociones y destreza del personal de salud, 3) humanismo, donde una buena vida sería aquella donde el individuo desarrolla su potencial humano, enfatizando también su dignidad, autonomía y el uso de la inteligencia, así como el valor de la vida, la libertad y las sensaciones de aislamiento o sinsentido de la vida, 4) formalismo, donde se busca hacer la acción “correcta” de acuerdo a principios universales racionales, es decir, obligaciones éticas y responsabilidad moral ³⁵. Tomando en cuenta el modelo de calidad de vida de Cheung, hipotetizamos que la correlación que encontramos en nuestro estudio respecto a la edad mayor a 40 años y una mayor puntuación en el dominio ambiente se podría explicar indirectamente asumiendo que conforme el paciente envejece, y tiene una mejor adherencia a tratamiento e *insight* ³⁶, y mejor control de su enfermedad, este pudiera apreciar su propio ambiente como suficiente para su propio desarrollo humano a pesar de que pudieran existir las mismas carencias que a edad más temprana hubiera apreciado como obstáculos (perspectiva humanista). También podríamos asumir que esta condición sería influenciada negativamente si la enfermedad bipolar ha afectado a la persona en su capacidad de apreciar objetivamente sus condiciones ambientales, aún si se encuentra en estado de eutimia, por ejemplo, por síntomas depresivos residuales o psicóticos, o bien debido a un deterioro en la cognición. Por otro lado, la correlación entre escolaridad básica y mejor puntuación en el dominio ambiente podría entenderse como una diferencia de filosofía de vida y sistema de valores predominante en este subgrupo de pacientes. Bivián Castro et al (2011) describen en su estudio acerca del bienestar subjetivo de la población general de Guanajuato que las personas con escolaridad básica presentan mayores índices en frecuencia e intensidad de hedonismo cuando se les compara con los grupos que contaban con educación media y superior ³⁷. Podríamos hipotetizar entonces que, al igual que en nuestro subgrupo de pacientes, las personas más jóvenes encontrarían como menos desfavorables las condiciones ambientales en las que

viven, a pesar de que pudieran existir algunas carencias, puesto que el enfoque principal sería la oportunidad para realizar actividades placenteras, y no los aspectos relacionados al desarrollo personal (perspectiva hedonista). Para hacer conjeturas más fiables sería necesario ahondar más en cada una de las facetas que evalúa el dominio ambiente y determinar inclinaciones para los diversos sistemas de valores y/o filosofías de vida en nuestros pacientes.

Al momento de relacionar los demás puntajes de cada dominio con las características sociodemográficas de los pacientes (edad, sexo, estado civil, religión), el uso de psicofármaco, edad de diagnóstico y tiempo de evolución de la enfermedad no se encontraron hallazgos estadísticamente significativos. Estos hallazgos coinciden con lo encontrado en el estudio de Sierra et al., quienes tampoco encontraron correlaciones significativas entre calidad de vida y las variables sociodemográficas, contrario a lo que está descrito en la literatura ³⁸. Al igual que ellos, pensamos que nuestros resultados se pueden encontrar limitados por el tamaño pequeño de muestra, y para confirmarlo tendríamos que continuar la línea de investigación.

A pesar de que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, los resultados de la evaluación mostraron que los puntajes fueron más altos en los 4 dominios de los pacientes de sexo femenino. A nuestro conocimiento, no existe literatura que indique diferencias en la calidad de vida de los pacientes con trastorno bipolar según el género, sin embargo, un estudio reporta que la calidad de vida asociada a la salud de las pacientes con trastorno bipolar era peor y era explicada por presencia de dolor secundario a enfermedades médicas, las cuales eran más frecuentes en el sexo femenino ³⁹.

Otro hallazgo interesante que se encontró, aunque no estadísticamente significativo, fue que los pacientes que vivían sin pareja tuvieron un puntaje menor que su contraparte. Esto pudiera explicarse porque la condición de vivir sin pareja representa una peor red de apoyo social y mayor sensación de soledad, las cuales se asocian a una peor evolución y pronóstico ⁴⁰.

Por otra parte, no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas en cuanto al uso de antipsicóticos y calidad de vida, sin embargo, encontramos que los puntajes de los pacientes que tomaban antipsicóticos eran menores en comparación a los pacientes que no tomaban este tipo de fármaco. Esto puede deberse a la presencia de síntomas graves de la enfermedad, o bien puede deberse a los efectos adversos intolerables asociados al uso de este tipo de medicamento ⁴¹, como somnolencia o aumento de peso, que podrían afectar negativamente la calidad de vida por otro mecanismo, por ejemplo, mala autoestima o autoimagen o menor nivel de energía para realizar actividades físicas. Encontramos también que los pacientes que no tomaban olanzapina y quetiapina presentaron mejores puntajes en comparación con los pacientes que tomaban otro tipo de antipsicóticos. Esta diferencia en puntuación puede explicarse por los efectos secundarios ya reportados en la literatura de que estos dos fármacos se asocian a un mayor aumento de peso y apetito, y somnolencia en comparación a otro tipo de antipsicóticos ⁴³.

De igual manera, aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas, encontramos que los pacientes que no tomaban un medicamento antidepresivo tenían mejores puntajes en los 4 dominios en comparación con el grupo que si los tomaba, a pesar de que no demostraron síntomas depresivos clínicamente significativos según el score de MADRS. Este hallazgo puede deberse a que estos pacientes estuvieron en alguna etapa de la enfermedad pasando por un episodio depresivo y ello requirió tratamiento antidepresivo en su momento, pero pudieran

persistir algunos síntomas depresivos residuales, o bien puede deberse a efectos adversos asociados a este tipo de medicamentos ⁴².

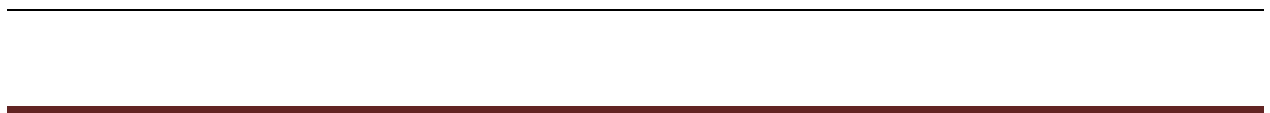
Otro aspecto estudiado fue la relación entre el uso de benzodiazepinas y la calidad de vida. Los resultados de nuestro estudio no demostraron que hubiera diferencias estadísticamente significativas, pero sí se reportó mejor puntuación en el grupo de pacientes que usaban este tipo de fármaco. Esto pudiera explicarse a que el efecto ansiolítico e hipnótico del medicamento mejorara aspectos como síntomas de insomnio o ansiedad relacionada a sus relaciones interpersonales o preocupaciones en general ⁴⁴.

14.1 LIMITACIONES Y PROPUESTAS PARA INVESTIGACIONES FUTURAS

Como limitaciones del estudio encontramos que nuestro número de muestra es pequeño, y ello podría explicar los resultados que no se pudieron determinar estadísticamente significativas. Otro aspecto que pudo haber afectado nuestra muestra es que existe la posibilidad de que algunos pacientes pudieron no haber acudido al hospital al momento de la colección de datos por motivos de pandemia por COVID-19, y ello pudo haber sesgado los resultados.

Para ampliar esta investigación podríamos comparar la calidad de vida de nuestros pacientes con la población general y subgrupos de pacientes con otros trastornos mentales graves. Dichas comparaciones permitirían conocer en que aspectos de sus vidas se podrían estar presentando inconformidades y esto permitiría que la administración del hospital dirija más puntualmente sus esfuerzos para mejorar la vida de los pacientes.

Por último, y tomando en cuenta los resultados de nuestra investigación, proponemos examinar más a fondo los hallazgos relacionados al dominio ambiente de nuestra población de pacientes, e investigar en conjunto con Trabajo Social que intervenciones serían posibles para mejorar las condiciones de las colonias en donde se desenvuelven nuestros pacientes.



15.0 CONCLUSIONES

La evaluación de calidad de vida en los pacientes con enfermedades psiquiátricas representa un método por el cual podemos conocer, de manera objetiva, aquellos aspectos en la vida de nuestros pacientes con los cuales no se sienten conformes o satisfechos. Este esfuerzo va más allá de una medicina enfocada en la remisión de síntomas, y pretende ser un medio de contacto con el enfermo y sus necesidades, en distintas áreas de la vida dentro de las cuales se pretende recuperar la función. Este es el primer estudio que se realiza para evaluar a la población de pacientes con trastorno bipolar, una de las enfermedades mentales graves que vemos más frecuentemente en nuestro hospital.

En nuestra investigación evaluamos calidad de vida con el instrumento WHO-QOL-BREF en pacientes con trastorno bipolar en remisión. Los resultados para los 4 dominios de la vida fueron los siguientes: 69.6 ± 14.7 puntos en salud física, 73.8 ± 15.0 en salud psicológica, 74.1 ± 20.9 en relaciones sociales y 74.6 ± 14.9 en ambiente. De todos los dominios, el que menor puntaje tuvo fue el de salud física.

Hubo dos hallazgos estadísticamente significativos: 1) una correlación pequeña ($r = 0.329$, $p = 0.028$) entre los pacientes con edad mayor a 40 años y una mejor puntuación en el dominio ambiente, y 2) los pacientes con escolaridad básica puntuaron mejor en el dominio ambiente de QoL ($p = 0.046$). Para un mayor entendimiento de estas correlaciones es necesario explorar cada una de las facetas evaluadas en el dominio de ambiente, así como el sistema de valores y filosofía de vida de los pacientes que pudieran influenciar en dichas puntuaciones.

Si bien no se pudieron confirmar otros hallazgos reportados en la literatura por insignificancia estadística, este estudio es valioso porque sienta un precedente que permite continuar ahondando en el tema de calidad de vida ya sea en el grupo de pacientes con trastorno bipolar u otros subgrupos de pacientes con trastornos mentales graves que también buscan atención en nuestro hospital. Una mayor comprensión acerca de la calidad de vida permitirá optimizar nuestros esfuerzos terapéuticos y mejorar la vida de los pacientes.

15.0 BIBLIOGRAFÍA

1. Pascual-Sánchez A, Jenaro C, Montes-Rodríguez JM. Quality of life in euthymic bipolar patients: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2019;255(December 2018):105-115. doi:10.1016/j.jad.2019.05.032
 2. Córdova, A., Platas, E. C., Torres L.P. & Zamora MA. Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de Trastorno Bipolar. 2009:10-14. www.cenetec.salud.gob.mx.
 3. Gold AK, Sylvia LG. The role of sleep in bipolar disorder. *Nat Sci Sleep.* 2016;8:207-214. doi:10.2147/NSS.S85754
 4. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh S V., et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2018. doi:10.1111/bdi.12609
 5. Vieta E, Berk M, Schulze TG, et al. Bipolar disorders. *Nat Rev Dis Prim.* 2018;4. doi:10.1038/nrdp.2018.8
 6. Mago R, Borra D, Mahajan R. Role of adverse effects in medication nonadherence in bipolar disorder. *Harv Rev Psychiatry.* 2014;22(6):363-366. doi:10.1097/HRP.000000000000017
 7. Yen CF, Cheng CP, Huang CF, Yen JY, Ko CH, Chen CS. Quality of life and its association with insight, adverse effects of medication and use of atypical antipsychotics in patients with bipolar disorder and schizophrenia in remission. *Bipolar Disord.* 2008;10(5):617-624. doi:10.1111/j.1399-5618.2007.00577.x
 8. Bonnín CDM, Reinares M, Martínez-Arán A, et al. Improving Functioning, Quality of Life, and Well-being in Patients With Bipolar Disorder. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2019;22(8):467-477. doi:10.1093/ijnp/pyz018
 9. Berghöfer A, Martin L, Hense S, Weinmann S, Roll S. Quality of life in patients with severe mental illness: a cross-sectional survey in an integrated outpatient health care model. *Qual Life Res.* 2020;29(8):2073-2087. doi:10.1007/s11136-020-02470-0
 10. Post F, Pardeller S, Frajo-Apor B, et al. Quality of life in stabilized outpatients with bipolar I disorder: Associations with resilience, internalized stigma, and residual symptoms. *J Affect Disord.* 2018;238:399-404. doi:10.1016/j.jad.2018.05.055
 11. Haraldstad K, Wahl A, Andenæs R, et al. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Qual Life Res.* 2019;28(10):2641-2650. doi:10.1007/s11136-019-02214-9
 12. Michalak EE, Yatham LN, Lam RW. Quality of life in bipolar disorder: A review of the literature. *Health Qual Life Outcomes.* 2005;3:1-17. doi:10.1186/1477-7525-3-72
-

13. Botero de Mejía BE, Pico Merchán ME. Quality of Life Related to Health (QLRH) in Seniors over 60 Years of Age: A Theoretical Approach. *Hacia la Promoción la Salud*. 2007;12(1):11-24. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772007000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=es.
 14. Morton E, Murray G, Michalak EE, et al. Quality of life in bipolar disorder: Towards a dynamic understanding. *Psychol Med*. 2018;48(7):1111-1118. doi:10.1017/S0033291717002495
 15. Berlim MT, Fleck MPA. "Quality of life": A brand new concept for research and practice in psychiatry. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003;25(4):249-252. doi:10.1590/S1516-44462003000400013
 16. Mezzich JE, Schmolke MM. An introduction to ethics and quality of life in comprehensive psychiatric diagnosis. *Psychopathology*. 1999;32(3):119-120. doi:10.1159/000029077
 17. Alloy LB, Ng TH, Titone MK, Boland EM. Circadian Rhythm Dysregulation in Bipolar Spectrum Disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19(4). doi:10.1007/s11920-017-0772-z
 18. Psychiatry S, Epidemiol P. Quality of life as an outcome measure in evaluating mental health services : a review of the empirical evidence. 1997:38-47.
 19. Azpiazu Garrido M, Cruz Jentoft A, Villagrasa Ferrer JR, Abanades Herranz JC, García Marín N, Álvarez de Mon Rego C. Quality of life in noninstitutionalized persons older than 65 years in two health care districts in Madrid. *Aten primaria*. 2003;31(5):285-292; discussion 293-4. doi:10.1157/13045701
 20. Basu D. Quality-Of-Life Issues in Mental Health Care : *Ann Intern Med*. 1966;(April).
 21. Connell J, Brazier J, O’Cathain A, Lloyd-Jones M, Paisley S. Quality of life of people with mental health problems: A synthesis of qualitative research. *Health Qual Life Outcomes*. 2012;10(1):1. doi:10.1186/1477-7525-10-138
 22. Petkari E, Pietschnig J. Associations of quality of life with service satisfaction in psychotic patients: A meta-analysis. *PLoS One*. 2015;10(8):1-17. doi:10.1371/journal.pone.0135267
 23. McGuire-Snieckus R, McCabe R, Catty J, Hansson L, Priebe S. A new scale to assess the therapeutic relationship in community mental health care: STAR. *Psychol Med*. 2007;37(1):85-95. doi:10.1017/S0033291706009299
 24. OPS. *La Carga de Los Trastornos Mentales En La Región de Las Américas, 2018.*; 2018.
 25. Maji KR, Sood M, Sagar R, Khandelwal SK. A follow-up study of family burden in patients with bipolar affective disorder. *Int J Soc Psychiatry*. 2012;58(2):217-223. doi:10.1177/0020764010390442
-

26. Hidalgo-Mazzei D, Undurraga J, Reinares M, et al. Los costos y consumo de recursos sanitarios asociados a episodios maníacos en la práctica clínica diaria: el estudio MANACOR. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2015;8(2):55-64. doi:10.1016/j.rpsm.2015.01.003
 27. Lehman AF. Quality of care in mental health: The case of schizophrenia. *Health Aff.* 1999;18(5):52-65. doi:10.1377/hlthaff.18.5.52
 28. Colom F, Vieta E, Martínez-Arán A, et al. Versión española de una escala de evaluación de la manía: validez y fiabilidad de la Escala de Young. *Med Clin (Barc).* 2002;119(10):366-371. doi:10.1016/s0025-7753(02)73419-2
 29. Lobo A, Chamorro L, Luque A, et al. Validation of the Spanish versions of the Montgomery-Asberg Depression and Hamilton Anxiety Rating Scales. *Med Clin (Barc).* 2002;118(13):493-499. doi:10.1016/S0025-7753(02)72429-9
 30. Huerta JAL, Romo RAG, Tayabas JMT. Psychometric properties of a Spanish version of quality of life scale WHO Qol BREF in a Mexican adult sample. *Rev Iberoam Diagnostico y Eval Psicol.* 2017;2(44):105-115. doi:10.21865/RIDEP44.2.09
 31. Olusina AK, Ohaeri JU. Subjective quality of life of recently discharged Nigerian psychiatric patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2003;38(12):707-714. doi:10.1007/s00127-003-0691-7
 32. 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(3):311-318. doi:10.1111/j.1440-1819.2004.01237.x
 33. Doğan S, Sabanciogullari S. The effects of patient education in lithium therapy on quality of life and compliance. *Arch Psychiatr Nurs.* 2003;17(6):270-275. doi:10.1053/j.apnu.2003.10.001
 34. Van Kamp I, Leidelmeijer K, Marsman G, De Hollander A. Urban environmental quality and human well-being towards a conceptual framework and demarcation of concepts; a literature study. *Landsc Urban Plan.* 2003;65(1-2):5-18. doi:10.1016/S0169-2046(02)00232-3
 35. Cheung CK. Toward a Theoretically Based Measurement Model of the Good Life. *J Genet Psychol.* 1997;158(2):200-215. doi:10.1080/00221329709596662
 36. Gutiérrez-Rojas L, Martínez-Ortega JM, Pérez-Costillas L, Jiménez-Fernández S, Carretero MD, Gurpegui M. Illness Insight and Medication Adherence among Patients with Bipolar Disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2020;208(6):481-487. doi:10.1097/NMD.0000000000001151
 37. Bivián Castro P de la L, García Campos T, García y Barragán LF. Perfil del Bienestar Subjetivo en el estado de Guanajuato, México. *Acta Univ.* 2011;21(3):34-42. doi:10.15174/au.2011.19
-

38. Sierra San Miguel P, Livianos L, Rojo L. Quality of life for patients with bipolar disorder: Relationship with clinical and demographic variables. *Bipolar Disord.* 2005;7(2):159-165. doi:10.1111/j.1399-5618.2005.00186.x
 39. Maria Syl D. de la Cruz, Zongshan Lai, David E. Goodrich and AMK. Gender Differences in Health-Related Quality of Life in Patients with Bipolar Disorder. *Arch Womens Ment Heal.* 2013;16(4):317-323. doi:10.1007/s00737-013-0351-1.Gender
 40. Wang J, Mann F, Lloyd-Evans B, Ma R, Johnson S. Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: A systematic review. *BMC Psychiatry.* 2018;18(1):1-16. doi:10.1186/s12888-018-1736-5
 41. Yen CF, Cheng CP, Huang CF, Yen JY, Ko CH, Chen CS. Quality of life and its association with insight, adverse effects of medication and use of atypical antipsychotics in patients with bipolar disorder and schizophrenia in remission. *Bipolar Disord.* 2008;10(5):617-624. doi:10.1111/j.1399-5618.2007.00577.x
 42. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, et al. Comparative Efficacy and Acceptability of 21 Antidepressant Drugs for the Acute Treatment of Adults With Major Depressive Disorder: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Focus (Madison).* 2018;16(4):420-429. doi:10.1176/appi.focus.16407
 43. Huhn M, Nikolakopoulou A, Schneider-Thoma J, et al. Comparative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi-episode schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet.* 2019;394(10202):939-951. doi:10.1016/S0140-6736(19)31135-3
 44. Rakofsky, J. J., & Dunlop, B. W. (2011). Treating nonspecific anxiety and anxiety disorders in patients with bipolar disorder: a review. *The Journal of clinical psychiatry*, 72(1), 81–90. <https://doi.org/10.4088/JCP.09r05815gre>
 45. Alice Harper. (1996). Scoring Quality of Life. 2021, de World Health Organization Sitio web: https://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf
 46. Mascayano F, Armijo JE, Yang LH. Addressing stigma relating to mental illness in low- and middle-income countries. *Front Psychiatry.* 2015;6(MAR):1-4. doi:10.3389/fpsyt.2015.00038
 47. Semrau M, Evans-Lacko S, Alem A, et al. Strengthening mental health systems in low- and middle-income countries: The Emerald programme. *BMC Med.* 2015;13(1):1-9. doi:10.1186/s12916-015-0309-4
 48. Jacob K, Sharan P, Mirza I, et al. Mental health systems in countries: where are we now? *Lancet.* 2007;370(9592):1061-1077. doi:10.1016/S0140-6736(07)61241-0
 49. Jacob KS. Mental health services in low-income and middle-income countries. *The Lancet Psychiatry.* 2017;4(2):87-89. doi:10.1016/S2215-0366(16)30423-0
-

Consentimiento Informado para Pacientes versión 1.0

Protocolo: ID - CVTB

Título: "Evaluación de la Calidad de Vida en pacientes con Trastorno Bipolar en Nuevo León"

Centro del estudio:	Hospital Psiquiátrico
Domicilio:	Capitán Mariano Azueta 680, Colonia Buenos Aires 64800, Monterrey, N.L.
Número telefónico de oficina:	(81) 8128-5858
Número telefónico de atención las 24 horas al día	811 236 3464
Médico del estudio:	Dr. Juan Alberto Alcalá Dueñas Dra. Daniela León Rojas Dr. Luis Antonio T. Ruelas Palma
Comité de Ética:	Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico
Persona de contacto:	Lic. Aurora González Cepeda Dr. Isaac Salvador Fernández Castillón Presidente del Comité de Investigación
Domicilio:	Capitán Mariano Azueta 680, Colonia Buenos Aires 64800, Monterrey, N.L.
Número telefónico:	81 88 88 21 07



Introducción

A través de este documento queremos invitarle a participar de manera voluntaria en un estudio de investigación clínica cuyo objetivo es determinar qué calidad de vida tiene usted como paciente con diagnóstico de trastorno bipolar.

Antes de que usted acepte participar en este estudio, se le presenta este documento de nombre "Consentimiento Informado", que tiene como objetivo comunicarle de los posibles riesgos y beneficios para que usted pueda tomar una decisión informada.

El consentimiento informado le proporciona información sobre el estudio al que se le está invitando a participar, por ello es de suma importancia que lo lea cuidadosamente antes de tomar alguna decisión y si usted lo desea, puede comentarlo con quien desee (un amigo, un familiar de confianza, etc.) Si usted tiene preguntas puede hacerlas directamente a su médico tratante o al personal del estudio quienes le ayudarán a resolver cualquier inquietud.

Una vez que tenga conocimiento sobre el estudio y los procedimientos que se llevarán a cabo, se le pedirá que firme esta forma para poder participar en el estudio. Su decisión de que es voluntaria, lo que significa que usted es totalmente libre de ingresar a o no en el estudio. Podrá retirar su consentimiento en cualquier momento y sin tener que explicar las razones sin que esto signifique una disminución en la calidad de la atención médica que se le provea, ni deteriorará la relación con su médico. Si decide no participar, usted puede platicar con su médico sobre los cuidados médicos regulares. Su médico puede retirarlo o recomendarle no participar en caso de que así lo considere.

Propósito del Estudio

La razón por la que estamos realizando el presente estudio es para determinar cómo percibe su calidad de vida, o sea, su sensación de bienestar físico, emocional, social, ocupacional y espiritual como individuo. Al reunir este tipo de información, podremos conocer de en qué áreas de la vida se percibe afectado y esto nos será útil para conocer a nuestra población de pacientes. Se le ha pedido que participe en este estudio porque actualmente forma parte del grupo de pacientes que cumple con los criterios de inclusión para este estudio, y a través de esta entrevista podremos conocer su calidad de vida. Su participación tendrá una duración de aproximadamente 30 minutos, lo cual corresponde a la extensión de la entrevista.

¿Cuánto durará la Participación?

Aproximadamente de 30 a 45 minutos.

¿Qué sucederá durante el estudio de Investigación?

Después de firmar el consentimiento informado se verificará que usted cumpla con todos los Criterios de Inclusión que son:

- Tener entre 18 y 59 años.
- Tener diagnóstico de trastorno afectivo bipolar, actualmente en fase de remisión.
- Tener nacionalidad mexicana.
- Haber firmado el consentimiento informado.

Y que no presente ningún criterio de Exclusión:

- Tener diagnóstico de retraso mental, trastorno debido al uso de sustancias y/o o trastorno de personalidad
- Presente al momento algún tipo de incapacidad sensorial que le impida contestar las preguntas.
- Presente al momento criterios diagnósticos para un episodio afectivo depresivo, maniaco o mixto.

Procedimientos del Estudio

La participación en este estudio se limita a asistir a una entrevista durante la cual se le aplicarán tres cuestionarios y una entrevista semiestructurada. Basado en el DSM-V, un psiquiatra entrevistará a los pacientes. Tras haber firmado el consentimiento informado, se aplicarán las escalas “Escala de Montgomery-Asberg para depresión”, “Escala de Young para evaluación de manía” y la “Escala breve de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud”.

Responsabilidades del Paciente

Contestar las preguntas con la mayor sinceridad posible.

Riesgos

Los temas que se tocarán durante la entrevista pueden desencadenar reacciones emocionales tales como llanto, ansiedad o malestar. Si llega a presentar alguna de estas, puede suspenderse la entrevista en ese momento. En caso de llegar a presentar malestar emocional muy severo, o incluso llegar a pensar en la muerte, en dañarse a sí mismo o a otros, o pierde el contacto con la realidad, se detendrá la entrevista y se le atenderá en ese instante, o se le referirá a una unidad de urgencias si lo amerita o solicita.

Beneficios

El beneficio de participar en este estudio es que se realizará una evaluación más profunda del perfil clínico del paciente, lo que puede adecuar el diagnóstico y el tratamiento, le brindará información acerca de su salud mental, y en caso de encontrar datos de alarma, se le brindará la atención psiquiátrica necesaria.

¿Qué opciones están disponibles además de participar en este estudio?

Seguir acudiendo regularmente a sus citas de seguimiento en nuestra unidad o en donde desee.

Compensación por lesiones

Si durante la entrevista resulta necesario brindar otro tipo de atención, se referirá inmediatamente.

¿Participar en el estudio es voluntario?

Sí. Participar en este estudio de investigación es decisión de usted. Usted puede decidir no participar o cambiar de opinión y después retirarse (abandonar). No habrá ninguna penalidad y usted no perderá ningún beneficio que reciba ahora o que tenga derecho a recibir.

Le diremos si tenemos información nueva que pueda hacerlo cambiar de opinión acerca de su participación en este estudio de investigación. Si usted desea salirse, deberá decirnos. Nos aseguraremos de que usted pueda terminar el estudio de la manera más segura. También le hablaremos sobre la atención de seguimiento, si fuera necesaria.

El médico del estudio o el patrocinador del estudio pueden decidir retirarlo del estudio sin su consentimiento si:

- No contesta todas las preguntas de los cuestionarios.

Si usted abandona el estudio por cualquier razón, el médico del estudio puede solicitarle que se realice algunas pruebas de fin de tratamiento por su seguridad.

Costo de la participación

No habrá ningún costo por su participación en este estudio.

Usted será responsable por el costo de su atención médica habitual, incluidos los procedimientos y/o medicamentos no relacionados con el estudio que su médico del estudio o su médico de cabecera requieran durante el estudio como parte de su atención médica habitual.

¿Me pagarán por participar en este estudio?

No habrá compensación económica.

Si participo en este estudio de Investigación, ¿Cómo se Protegerá mi privacidad? Confidencialidad

Se les permitirá el acceso directo a los investigadores del estudio a sus registros médicos para verificación de los procedimientos y/o datos del estudio, sin violar su confidencialidad del hasta donde lo permitan las leyes y regulaciones aplicables y que, al firmar una forma de consentimiento de informado escrita, el sujeto o su representante legalmente aceptado está autorizando dicho acceso.

- ✦ Los registros que la identifican se mantendrán en forma confidencial y, hasta donde lo permitan las leyes y/o regulaciones aplicables, no se harán del conocimiento público. Si los resultados del estudio se publican, la identidad del sujeto se mantendrá confidencial.

Con su consentimiento, su médico familiar (médico general) será informado que usted decidió participar en este estudio de investigación.

Sus registros obtenidos mientras usted participa en este estudio, así como los registros de salud relacionados, permanecerán estrictamente confidenciales en todo momento.

Al firmar la forma de consentimiento, usted otorga este acceso para el estudio actual y cualquier investigación posterior que pueda llevarse a cabo utilizando esta información. Sin embargo, el investigador del estudio tomará las medidas necesarias para proteger su información personal, y no incluirá su nombre en ningún formato, publicaciones o divulgación futura. Si se retira del estudio, no obtendremos más información personal acerca de usted, pero podremos necesitar continuar utilizando la información ya recopilada.

Usted no será identificado en ninguno de los reportes o publicaciones que resulten de este estudio, ya que, en todo momento, sus datos de identificación serán reemplazados por un código que no permitan su reconocimiento por alguien que no pertenezca al estudio.

¿A quién podre contactar si tengo preguntas?

Antes de que usted firme este documento, deberá preguntar acerca de cualquier cosa que no haya entendido. El equipo del estudio responderá sus preguntas antes, durante y después del estudio. Si usted piensa que su pregunta no ha sido contestada completamente o si no entiende la respuesta, por favor continúe preguntando hasta que esté satisfecho. Si presencialmente no se resuelven sus dudas, tendrá acceso al teléfono del Dr. Luis Antonio T. Ruelas Palma, que aparece en la primera página como el Número telefónico de atención las 24 horas del día.

No firme este formato a menos que usted haya tenido la oportunidad de hacer preguntas y de que haya obtenido respuestas satisfactorias a todas sus preguntas.

SUS DERECHOS NO SON AFECTADOS BAJO NINGUNA LEY DE PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

¿A quién poder contactar si tengo preguntas sobre mis derechos?

Si tiene alguna preocupación o queja acerca de este estudio o sobre cómo se está realizando, o alguna pregunta con respecto a sus derechos como un paciente de investigación, usted puede comunicarse al (01) 81 88882107.

FIRMAS:

Marcar con una X si se cumplió con lo que se menciona.

He sido informado acerca del estudio y tuve mi primer diálogo con el médico del estudio o el personal de la investigación acerca de dicha información el (Fecha) _____ a la hora (si es necesario) _____. (La hora es necesaria solamente si la información y el consentimiento fueron entregados el mismo día.)

He leído y entendido la información en este documento de consentimiento informado.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas fueron contestadas a mi satisfacción.

Consiento voluntariamente participar en este estudio. No renuncio a ninguno de mis derechos legales al firmar este documento de consentimiento.

Entiendo que recibiré una copia firmada y fechada de este documento, que tiene # páginas.

Nombre del participante

Firma del Participante

Fecha de la firma

Hora (si es necesaria)*

Nombre del representante legalmente autorizado

Parentesco

Firma del representante legalmente autorizado

Fecha de la firma

Testigos Imparciales

Nombre del Testigo Imparcial 1

Dirección del Testigo Imparcial 1

Parentesco

Firma del Testigo Imparcial 1

Fecha

Hora

Nombre del Testigo Imparcial 2

Dirección del Testigo Imparcial 2

Parentesco

Firma del Testigo Imparcial 2

Fecha

Hora

Persona que Obtiene el Consentimiento

Nombre de la persona que condujo el Proceso del consentimiento

Fecha de la firma

Firma

- **Certifico que me han entregado una copia de este documento firmado, así como he entregado una copia de mi identificación oficial.**

Firma del paciente

5.1.2. Escala de Young para la Evaluación de la Manía (Young Mania Rating Scale, YMRS)

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. Claramente eufórico/a, risa inadecuada, canta durante la entrevista, etc.

2. *Hiperactividad*

- 0. Ausente
- 1. Subjetivamente aumentada
- 2. Vigoroso/a, hipergestual
- 3. Energía excesiva, hiperactividad fluctuante, inquietud (puede ser calmado/a)
- 4. Agitación o hiperactividad constante (no puede ser calmado/a)

3. *Impulso sexual*

- 0. Normal, no aumentado
- 1. Posible o moderadamente aumentado
- 2. Claro aumento al preguntar
- 3. Referido como elevado de forma espontánea, contenido sexual del discurso, preocupación por temas sexuales
- 4. Actos o incitaciones sexuales evidentes (hacia pacientes, personal o entrevistador)

4. *Sueño*

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

5. *Irritabilidad*

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

6. *Expresión verbal*

- 0. No aumentada
- 2. Sensación de locuacidad
- 4. Aumentada de forma fluctuante, verborrea ocasional
- 6. Claramente aumentada en ritmo y cantidad, difícil de interrumpir, intrusiva
- 8. Verborrea ininterrumpible y continua

7. *Trastornos del curso del pensamiento y el lenguaje*

- 0. Ausentes
- 1. Circunstancialidad, distraibilidad moderada, aceleración del pensamiento
- 2. Distraibilidad clara, descarrilamiento, taquipsiquia
- 3. Fuga de ideas, tangencialidad, discurso difícil de seguir, rimas, ecolalia
- 4. Incoherencia, ininteligibilidad, comunicación imposible

8. *Trastornos del contenido 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, colaborador/a
2. Sarcástico/a, enfático/a, lacónico/a
4. Querulante, pone en guardia
6. Amenaza al entrevistador, habla a gritos, entrevista difícil
8. Claramente agresivo/a, destructivo/a, entrevista imposible

10. *Apariencia*

0. Higiene e indumentaria apropiada
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 extravagante

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
-

6.1.2. Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS)

1. Tristeza aparente

El paciente expresa abatimiento, tristeza y desesperación a través de la voz, el gesto y la expresión mímica. Evalúese en función de la gravedad e incapacidad para ser animado.

0. No tristeza
- 1.
2. Parece desanimado, pero se anima fácilmente
- 3.
4. Parece triste e infeliz la mayor parte del tiempo
- 5.
6. Parece desgraciado todo el tiempo. Extremadamente abatido

2. Tristeza expresada

El enfermo aporta datos verbales sobre su humor deprimido, independientemente de que lo exprese por su apariencia o no.

Incluye ánimo bajo, abatimiento, desesperanza, sentimiento de desamparo.

Evalúese de acuerdo con la intensidad, duración e influenciabilidad del humor por las circunstancias:

0. Tristeza ocasional en consonancia con las circunstancias ambientales
- 1.
2. Tristeza que cede (se anima) sin dificultad
- 3.
4. Sentimientos de tristeza o abatimiento profundo, pero el humor es todavía ligeramente influenciable por las circunstancias externas
- 5.
6. Continua e invariable tristeza, abatimiento, sentimiento de desgracia

3. Tensión interior

El paciente expresa sentimientos de malestar indefinido, nerviosismo, confusión interna, tensión mental que se vuelve pánico, temor o angustia.

Evalúese de acuerdo con la intensidad, frecuencia o duración de la tranquilidad perdida:

0. Placidez aparente. Sólo manifiesta tensión interna
- 1.
2. Ocasionales sentimientos de nerviosismo y malestar indefinido
- 3.
4. Continuos sentimientos de tensión interna o sentimientos de pánico que aparecen intermitentemente y que el paciente puede dominar, pero con dificultad
- 5.
6. Angustia o temor no mitigado. Pánico abrumador

4. Sueño reducido

El paciente expresa una reducción en la duración o en la profundidad de su sueño en comparación a cómo duerme cuando se encuentra bien.

0. Sueño como los normales
 - 1.
 2. Leve dificultad para dormir o sueño ligeramente reducido: sueño ligero
 - 3.
 4. Sueño reducido o interrumpido al menos durante 2 horas
 - 5.
 6. Menos de 2 o 3 horas de sueño
-

5. Disminución del apetito

El paciente expresa una reducción del apetito respecto al que tiene cuando se encuentra bien. Evalúese la pérdida del deseo de alimento o la necesidad de forzarse uno mismo a comer.

0. Apetito normal o aumentado
- 1.
2. Apetito ligeramente disminuido
- 3.
4. No apetito. Los alimentos saben mal
- 5.
6. Necesidad de persuasión para comer

6. Dificultades de concentración

El paciente expresa dificultades para mantener su propio pensamiento o para concentrarse. Evalúese de acuerdo con la intensidad, frecuencia y grado de la incapacidad producida.

0. Ninguna dificultad de concentración
- 1.
2. Dificultades ocasionales para mantener los propios pensamientos
- 3.
4. Dificultades en la concentración y el mantenimiento del pensamiento que reduce la capacidad para mantener una conversación o leer
- 5.
6. Incapacidad para leer o conversar sin gran dificultad

7. Laxitud. Abulia

El paciente expresa o presenta dificultad para iniciar y ejecutar las actividades diarias.

0. Apenas hay dificultades para iniciar las tareas. No hay inactividad
- 1.
2. Dificultad para iniciar actividades
- 3.
4. Dificultades para comenzar sus actividades rutinarias, que exigen un esfuerzo para ser llevadas a cabo
- 5.
6. Completa laxitud, incapacidad para hacer nada sin ayuda

8. Incapacidad para sentir

El paciente expresa un reducido interés por lo que le rodea o las actividades que normalmente producían placer. Reducción de

la capacidad para reaccionar adecuadamente a circunstancias o personas.

0. Interés normal por las cosas y la gente
- 1.
2. Reducción de la capacidad para disfrutar de los intereses habituales
- 3.
4. Pérdida de interés en lo que le rodea, incluso con los amigos o conocidos
- 5.
6. Manifiesta la experiencia subjetiva de estar emocionalmente paralizado, anestesiado, con incapacidad para sentir placer o desagrado, y con una falta absoluta y/o dolorosa pérdida de sentimientos hacia parientes y amigos

9. Pensamientos pesimistas

El paciente expresa pensamiento de culpa, autorreproche, remordimiento, inferioridad, ideas de ruina, ideas de pecado.

0. No hay pensamientos pesimistas
 - 1.
 2. Ideas fluctuantes de fallos, autorreproches o autodepreciaciones
 - 3.
 4. Persistentes autoacusaciones o ideas definidas, pero todavía razonables de culpabilidad o pecado. Pesimismo
 - 5.
 6. Ideas irrefutables de ruina, remordimiento o pecado irremediable. Autoacusaciones absurdas e irreducibles
-

10. Ideación suicida

El paciente expresa la idea de que la vida no merece vivirse, de que una muerte natural sería bienvenida, o manifiesta ideas o planes suicidas.

0. Se alegra de vivir. Toma la vida como viene

1.

2. Cansado de vivir. Ideas suicidas fugaces

3.

4. Manifiesta deseos de muerte, ideas suicidas frecuentes. El suicidio es considerado como una solución, pero no se han elaborado planes o hecho intención

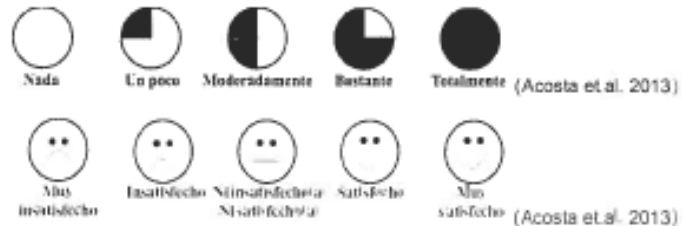
5.

6. Planes explícitos de suicidio cuando exista una oportunidad. Activa preparación para el suicidio

CUESTIONARIO WHOQOL BREF[®]

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste todas las preguntas. Si no está segura (o) de qué respuesta dar, elija la que le parezca más apropiada. Concéntrese en las últimas dos semanas.

Instrucciones: Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos, y marque el número de la escala que represente la mejor respuesta para usted.



1.- ¿Cómo calificaría su calidad de vida?

Muy mala	Mala	Ni bien Ni mal	Buena	Muy buena
1	2	3	4	5

2.- ¿Qué tan satisfecho está con su salud?

Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho Ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a qué tanto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas

	Nada	Poco	Moderado	Bastante	Totalmente
3.- ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4.- ¿Qué tanto necesita de cualquier tratamiento médico para llevar a cabo su vida diaria?	1	2	3	4	5
5.- ¿Qué tanto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6.- ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene significado?	1	2	3	4	5
7.- ¿Qué tan capaz es de concentrarse?	1	2	3	4	5
8.- ¿Qué tan seguro (en general) se siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9.- ¿Qué tan saludable es su entorno físico?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas cuestionan su experiencia o que tan capaz fue de hacer ciertas cosas, en las últimas dos semanas.

	Nada	Poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10.- ¿Qué tanta energía tiene para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11.- ¿Qué tanto acepta su apariencia física?	1	2	3	4	5
12.- ¿Qué tanto su economía le permite cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13.- ¿Qué tan disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14.- ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades recreativas?	1	2	3	4	5
15.- ¿Qué tan capaz es de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a qué tan satisfecho se ha sentido en varios aspectos de su vida, en las últimas dos semanas.

	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho Ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
16.- ¿Qué tan satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17.- ¿Qué tan satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18.- ¿Qué tan satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19.- ¿Qué tan satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20.- ¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21.- ¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22.- ¿Qué tan satisfecho está con el apoyo que le brindan sus amistades?	1	2	3	4	5
23.- ¿Qué tan satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24.- ¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	1	2	3	4	5
25.- ¿Qué tan satisfecho está con el medio de transporte que utiliza?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido ciertos sentimientos en las últimas dos semanas.

26. ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
1	2	3	4	5

Curriculum vitae



Nombre: Juan Alberto Alcalá Dueñas.

Fecha de nacimiento: 20 de marzo de 1982.

Lugar de nacimiento: Guadalajara, Jalisco.

Lugar de residencia: Monterrey, Nuevo León.

Formación Académica.

Primaria: 1988-1994 Instituto Pierre Faure.

Secundaria: 1994-1997 Instituto Pierre Faure.

Preparatoria: 1997-2000 Preparatoria No. 9. Universidad de Guadalajara.

Licenciatura: Médico, Cirujano y Partero, Centro Universitario de Ciencias de la Salud (C.U.C.S.), Universidad de Guadalajara. 2001-2007

Internado de Pregrado: Antiguo Hospital Civil de Guadalajara “Fray Antonio Alcalde”. 2005-2006.

Servicio Social: Antiguo Hospital Civil de Guadalajara “Fray Antonio Alcalde”, Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular. 2006-2007.

Fecha de examen profesional: 27/08/2007.

Título Obtenido: Médico, Cirujano y Partero.

Expedición de Título: 22/11/2007.

Residencia médica: Especialidad en psiquiatría en la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de la Secretaría de salud de Nuevo León, del 1º de marzo del 2010 al 28 de febrero del 2014, Programa multicéntrico de Residencias Médicas del Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey y la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León.

Psiquiatra recertificado por el Colegio Mexicano de Psiquiatría (2019-1024)

Maestría: Orientación en clínica psicoanalítica, Facultad de psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León. Inicio en enero 2015 (título pendiente).

Idiomas

Español: Lengua natal

Inglés: Curso Semintensivo Interlingua (90%).

Italiano: Curso Semintensivo Casa de Italia, Società Dante Alighieri (40%).

Experiencia Laboral

Consultorio de medicina general “Intermédica”, Zapopan, Jalisco. 2008-2009.

Consulta privada de psiquiatría, Monterrey, Nuevo León. 2014 a la fecha.
Psiquiatra, Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León,
2015 a la fecha.

Cargos

- Secretario en la mesa directiva de la Asociación de Psiquiatría del Noreste (APNE), 2014-2017.
- Tesorero en la mesa directiva de la Asociación de Psiquiatría del Noreste (APNE), 2017- 2019.
- Vicepresidente de la Asociación de Psiquiatría del Noreste (APNE) 2021-a la fecha.
- Gestor de calidad, Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León (2018)
- Profesor titular del área clínica especialidad en psiquiatría de la Programa Multicéntrico de Residencias Médicas del Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey y la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León (2018-a la fecha).
- Jefe de enseñanza, Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de los Servicios de Salud de Nuevo León, 2020 a la fecha.

Trabajos y ponencias.

- Tesis de posgrado: Impacto del modelo de atención psiquiátrica en la percepción de los pacientes de un hospital público “Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica” del Estado de Nuevo León. Diciembre 2013.
- 2das Jornadas de Residentes de Psiquiatría, IMSS-UDEM; tema “Sexualidad en el adulto mayor”. 24 de enero del 2014.
- 44- Congreso de Investigación y Desarrollo: Investigación que Transforma Vidas, Instituto Tecnológico de Monterrey. Tema: “Calidad en modelos de atención de los hospitales psiquiátricos afiliados al Programa Multicéntrico de Residencias Médicas de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud del ITESM, Campus Monterrey: Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica del edo. de N.L.”, enero 2014.
- 44- Congreso de Investigación y Desarrollo: Investigación que Transforma Vidas, Instituto Tecnológico de Monterrey. Tema: “Calidad en los modelos de atención de los hospitales psiquiátricos afiliados al Programa Multicéntrico de Residencias Médicas de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud del ITESM, Campus Monterrey: Centro Estatal de Salud Mental, Saltillo, Coahuila”, enero 2014.
- Speaker para laboratorio Asofarma 2016- a la fecha.
- IV Jornadas de Residentes de Psiquiatría, IMSS-UDEM; tema “Manejo de trastornos del afecto con riesgo suicida en urgencias”. 14 de julio del 2017.
- Sesión de la Asociación de Parkinson de Monterrey, “Psicosis en Parkinson”, Julio 2017.

Investigaciones.

- Sub investigador en Protocolo EVP-6124-015, Clínica Accelerium, 2015-2016, Monterrey, Nuevo León.
 - Sub investigador en Protocolo EVP-6124-017, Clínica Accelerium, 2015-2016, Monterrey, Nuevo León.
-

Cursos y congresos.

-XXVI Curso de Actualización Médica, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. 30/04/2007-01/08/2007.

-Curso "Toma Correcta de la Presión Arterial, Laboratorio de Presión Arterial, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, 2004.

-Curso ACLS, American Heart Association, Escuela de medicina del Instituto Tecnológico de Monterrey, 15 de febrero del 2010.

-XXVI Congreso de la Asociación Psiquiátrica de América Latina. Puerto Vallarta, Jalisco, del 29 de octubre al 2 de noviembre del 2010.

-IV Neuroencuentro de residentes, Programa ESFUERZA Instituto Lilly, Hacienda San Antonio El Puente, Xochitepec, Morelos. Junio 2012.

-Curso "Del pasado al futuro en terapia ansiolítica". Livemed Institute, Asociación Psiquiátrica Mexicana. Monterrey, Nuevo León, 23 de octubre del 2012.

-I Congreso Regional de la Asociación Psiquiátrica del Noreste "Psicopatología actual: intervenciones para la secuela de violencia, agresión y maldad", Monterrey, Nuevo León. 8,9 y 10 de noviembre del 2012.

-Curso "Rehabilitación neuropsicológica del deterioro cognitivo. Aplicación de nuevas tecnologías (Programa Grador)", fundación INTRAS. Zamora, España; Septiembre 2013.

Reconocimientos.

Por el servicio prestado en la Unidad Móvil de Salud brindando atención a los habitantes del Municipio de Tenamaxtlan. H. Ayuntamiento de Tenamaxtlan, Jal. 26/05-2006.

Curriculum vitae



Daniela León Rojas

Email: Daniela.rojas@gmail.com

Formación Académica

Doctorante en Ciencias Clínicas

Tecnológico de Monterrey (ITESM) Agosto 2018-Agosto 2022
Estudios Doctorales en Curso (4to Semestre)

Especialidad en Psiquiatría

Tecnológico de Monterrey (ITESM) Marzo 2014-Febrero 2018
Sede Clínica: Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica – Servicios de Salud de NL (SSNL)
Rotaciones Clínicas: Doctors Hospital at Renaissance McAllen, Texas EU, Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina UNAM, CDMX.

Licenciatura Médico Cirujano

Tecnológico de Monterrey (ITESM) Marzo 2007-Febrero 2014
Internado Multicéntrico: Hospital San José Tec de Monterrey / SSNL

Certificación de Especialista en Psiquiatría

Consejo Mexicano de Psiquiatría AC perteneciente al CONACEM 2017-2022

Mención Honorífica de Excelencia Académica en Posgrado

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud Tecnológico de Monterrey 2018

Reconocimiento Mejor Proyecto de Tesis – Especialidad en Psiquiatría

Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas SSNL TEC Salud Tecnológico de Monterrey 2018

Reconocimiento Jefa de Residentes – Especialidad en Psiquiatría

Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas SSNL TEC Salud Tecnológico de Monterrey
2018

Experiencia en Investigación

Doctorante en Ciencias Clínicas

Tecnológico de Monterrey (ITESM) Agosto 2018-Agosto 2022
Protocolo de Investigación Aprobado Comité de Ética ITESM

Asesora de Tesis Licenciatura Médico Cirujano

Universidad de Quintana Roo, Febrero 2018
Protocolo: Prevalencia de Depresión en Adultos Mayores en el Municipio de Othón P. Blanco

Protocolo de Investigación para Obtención de Grado Especialidad en Psiquiatría

Tecnológico de Monterrey (ITESM) Agosto 2018-Agosto 2022
Protocolo: Salud Mental en Mujeres Migrantes Irregular en NL

Modalidad de Investigación e Innovación

Tecnológico de Monterrey (ITESM) Agosto 2018-Agosto 2022
Cátedra de Investigación – Terapia Celular

Ponencia: El Suicidio en los Trastornos Mentales

Centro de Salud Mental de Saltillo Coahuila (CESAME) Octubre 2019

Ponencia: Salud Mental del Migrante en Nuevo León

Servicios de Salud de Nuevo León (SSNL) Diciembre 2018

Short Oral Communication: Salud Mental y Características Migratorias

Congreso Mundial de Psiquiatría, Septiembre 2018

Ponencia: Salud Mental y Estrés Percibido en Mujeres Migrantes

Reunión Regional Noreste Asociación Psiquiátrica Mexicana, Abril 2018

Ponencia: Necesidades de Salud Mental y Apoyo psicosocial en población en tránsito migratorio a través de Nuevo León

Foro sobre Migrantes, Refugiados y Derechos Humanos, Marzo 2018

Experiencia en Docencia

Profesor de Cátedra Especialidad en Psiquiatría

Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas Tecnológico de Monterrey, Marzo 2019 – Presente

Profesor en Cátedra en Línea Licenciatura Médico Cirujano

Universidad Anáhuac Cancún, Enero 2019 – Presente

Curso de Formación Docente en Línea : Diseño Instruccional

Universidad de Quintana Roo, Marzo 2018 – Agosto 2018

Inglés avanzado

Comprensión de lectura

Traducción

Public Speaking

TOEFL IPT: 653 puntos

Curriculum Vitae

Luis Antonio T. Ruelas Palma

Contacto

- Teléfono: 811 236 3464
- Email: dr.antonioruelas@gmail.com
- Domicilio: Ave. del Estado 268, Col. Roma. Monterrey, Nuevo León

Educación

Residencia en Psiquiatría
Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas del ITESM
2018-Actual

Médico Cirujano y Partero
Universidad Autónoma de Nuevo León
Generación 2009-2015

Preparatoria
Prepa Tec Campus Santa Catarina
Generación 2006-2009

Servicio social

Centro de Salud El Barrial
Santiago, Nuevo León
2015-2016

Cursos

- Understanding Clinical Research: Behind the Statistics. University of Cape Town, Coursera 2016
- Advanced Neurobiology I. Peking University, Coursera 2016
- IV Congreso nacional de Neurociencias. Monterrey, Nuevo León 2016
- Modalidades de Intervención en
- Psicoterapia de Pareja y Familia. Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de Nuevo León 2019
- XXI Jornadas Nacionales de Residentes de Psiquiatría, Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino en Ciudad de México, 2019

Idiomas

Inglés avanzado y francés básico
