

## CALIDAD DE VIDA EN TRASTORNO BIPOLAR Y ESQUIZOFRENIA

**María Josefa Campillo-Cascales<sup>1\*</sup>, Mónica Dompablo<sup>\*,\*\*</sup>, Iosune Torio\*,  
Alexandra Bagney<sup>\*,\*\*</sup>, Marta Moreno-Ortega\*, David Rentero\*, Francisco  
Arias\*, Javier Rodríguez-Torresano\*, Miguel Ángel Jiménez-Arriero<sup>\*,\*\*</sup>  
y Roberto Rodríguez-Jiménez<sup>\*,\*\*</sup>**

*\*Servicio de Psiquiatría, Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre (i+12),  
Madrid, España*

*\*\*Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), España*

**RESUMEN. Antecedentes:** El estudio de la calidad de vida en los trastornos mentales graves ha cobrado especial relevancia en las últimas décadas. El objetivo del presente estudio es analizar las diferencias en calidad de vida (CV) subjetiva en personas con trastorno bipolar (TB), trastorno esquizofrénico (TE) y controles (C). **Método:** Estudio transversal. La muestra está compuesta por 103 pacientes con diagnóstico de TE ( $n = 55$ ) y TB ( $n = 48$ ) según criterios DSM-IV, y 71 controles sanos. La muestra clínica está compuesta de pacientes clínicamente estables de las consultas ambulatorias del área sanitaria del Hospital Universitario 12 de Octubre. Instrumentos: WHOQOL-BREF. Se comparan las puntuaciones mediante un análisis de varianza (ANOVA) de un factor y prueba post hoc de Tukey. **Resultados:** El ANOVA muestra diferencias significativas entre grupos en todos los dominios: salud física [ $F(2,171) = 13,61; p < 0,01$ ], psicológica [ $F(2,171) = 11,35; p < 0,01$ ], relaciones sociales [ $F(2,171) = 21,08; p < 0,01$ ] y entorno [ $F(2,171) = 9,05; p < 0,01$ ]. En las comparaciones post hoc, en salud física y dominio psicológico aparecen diferencias entre los grupos clínicos y los controles ( $p = 0,000$ ), pero no entre TB y TE. En relaciones sociales, encontramos las puntuaciones más elevadas en el grupo C, seguido por TB y por último TE, con diferencias significativas entre los tres grupos. Respecto a entorno, aparecen diferencias significativas sólo entre controles y TE ( $p = 0,000$ ). **Conclusiones:** En líneas generales, el nivel de CV percibido es más elevado en el grupo C, seguido por el grupo de TB y por último, por el grupo TE. Se observa que los grupos TB y TE perciben de forma similar su CV en salud física y psicológica. Sin embargo, en el dominio entorno, sólo se encuentran diferencias significativas entre TE y C. Se establecen diferentes perfiles de percepción de CV en los diferentes trastornos, siendo necesario tenerlos en cuenta de cara a la planificación de los tratamientos.

**Palabras clave:** calidad de vida, trastorno bipolar, esquizofrenia, WHOQOL-BREF.

**ABSTRACT. Background:** The relevance of studying quality of life in severe mental illness has been increasing in the last decades. The aim of the present study is to analyze the differences in subjective quality of life (QL) in persons

<sup>1</sup>Correspondencia: María Josefa Campillo-Cascales. Servicio de Psiquiatría, Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre (i+12), Madrid, España. E-mail: mjcampi@um.es

with bipolar disorder (BD), schizophrenic disorder (SD) and controls (C). **Method:** Cross-sectional study. The sample consists of 103 patients diagnosed with SD ( $n = 55$ ) or BD ( $n = 48$ ) according DSM-IV criteria, and 71 healthy controls. The clinical sample includes clinically stable patients from outpatient clinics in the Hospital Universitario 12 de Octubre health area. Instruments: WHOQOL-BREF (WHO, 1998). Scores are compared using Analysis of Variance (ANOVA) (one-way and Tukey post-hoc). **Results:** ANOVA shows significant differences between groups in all domains: physical health [ $F(2.171) = 13.61$ ;  $p < 0.01$ ], psychological [ $F(2.171) = 11.35$ ;  $p < 0.01$ ], social relationships [ $F(2.171) = 21.08$ ;  $p < 0.01$ ] and environment [ $F(2.171) = 9.05$ ;  $p < 0.01$ ]. In the post-hoc comparisons, for the physical health and psychological domains differences appear between the clinical group and controls ( $p = 0.000$ ), but not between BD and SD. In social relationships, scores are much higher in the C group, followed by the BD group and finally the SD group, with significant differences between the three groups. Regarding the environment domain, there are significant differences only between controls and SD ( $p = 0.000$ ). **Conclusions:** In general, perceived quality of life is much higher in the control group, followed by the BD group and finally the SD group. The BD and SD groups were found to have similar perceptions of their QL in physical and psychological health. However, in the environment domain, there were significant differences only between SD and controls. Thus, there are different profiles of perceived QL in the different disorders, which should be taken into account in treatment planning.

**Keywords:** Quality of life, bipolar disorder, schizophrenia, WHOQOL-BREF.

### Introducción

Desde hace décadas existe un interés por la calidad de vida de las personas con trastorno mental (Lehman, 1983), sin embargo, el aumento de la importancia de su evaluación y su inclusión como uno de los objetivos terapéuticos de las intervenciones es relativamente reciente. Este incremento en el interés por la calidad de vida parece estar unido a un mayor reconocimiento de la autonomía del paciente, de sus necesidades y a un mayor respeto de su perspectiva (Saxena y Orley, 1997).

Aunque no hay una definición unánime de calidad de vida, la OMS basándose en una serie de estudios transculturales la define de forma amplia como "la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses" (Group WHOQOL, 1995). Esta definición implica un concepto subjetivo y amplio que incluye múltiples dimensiones.

El deterioro de la calidad de vida se observa en múltiples trastornos psiquiátricos y somáticos, observándose un importante deterioro en el 46% de los pacientes con enfermedad mental grave, como la esquizofrenia y el trastorno bipolar (Hansson, 2006). Tanto los pacientes con trastorno bipolar como esquizofrénico muestran menor calidad de vida que la población general (Akvardar et al., 2006; Chand, Mattoo y Sharan, 2004). Sin embargo, los estudios que han comparado la calidad de vida en trastorno bipolar y esquizofrenia muestran resultados contradictorios. Algunos estudios muestran una calidad de vida relativamente mejor en trastorno bipolar comparado con esquizofrenia (Martínez-Arán et al., 2002), mientras que otros estudios apuntan que los pacientes con

trastorno bipolar tienen una calidad de vida menor en comparación con los de esquizofrenia (Atkinson, Zibin y Chuang, 1997).

La calidad de vida suele ser medida a través de evaluaciones objetivas y subjetivas. Las medidas objetivas de la calidad de vida incluyen indicadores de salud, condiciones vitales e ítems sociodemográficos y de funcionamiento, sin embargo, las medidas subjetivas incluyen una evaluación de la satisfacción vital general y de los diferentes ámbitos de la vida (Harvey, Velligan y Bellack, 2007). Aunque durante mucho tiempo se ha asumido que los autoinformes de pacientes con algunos trastornos mentales graves (ej: esquizofrenia, bipolar, etc.) debían interpretarse con cautela, se ha demostrado que la autoevaluaciones de calidad de vida son más validas que las de los clínicos, y deben ser realizadas por ellos, especialmente en fases no agudas de la enfermedad (Becchi, Rucci, Placentino, Neri y De Girolamo, 2004).

El objetivo del presente trabajo se centra en analizar las diferencias en calidad de vida subjetiva en personas con trastorno bipolar, trastorno esquizofrénico y personas sanas.

## Método

### Participantes

La muestra final de pacientes la constituyeron 55 pacientes con diagnóstico de trastorno esquizofrénico y 48 con diagnóstico de trastorno bipolar, siguiendo los criterios DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) y utilizando la entrevista SCID-I (First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1995). La muestra control la formaron 71 sujetos sanos del mismo medio sociocultural que los pacientes. Las características sociodemográficas de los grupos se muestran en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Variables sociodemográficas entre pacientes con trastorno esquizofrénico, trastorno bipolar y sujetos sanos.

	Trastorno Esquizofrénico (n = 55)	Trastorno Bipolar (n = 48)	Controles (n = 71)
Edad, media (DT)	40,8 (7,9)	44,69 (8,7)	41,2 (10,5)
Género, n (%)			
Hombres	33 (60,0)	19 (39,6)	34 (47,9)
Mujeres	22 (40,0)	29 (60,4)	37 (52,1)
Educación, %			
Sin estudios	1 (1,8)	0 (0,0)	1 (1,4)
Primarios	22 (40)	11 (22,9)	25 (35,2)
Medios	20 (36,4)	27 (56,3)	27 (38,1)
Universitarios	12 (21,8)	10 (20,8)	18 (25,3)
Estado civil, %			
Solteros	44 (81,5)	17 (35,4)	26 (36,7)
Casados	7 (13,0)	27 (56,3)	40 (56,3)
Separados/divorciados	2 (3,7)	3 (6,3)	4 (5,6)
Viudos	1 (1,9)	1 (2,1)	1 (1,4)
Situación laboral, %			
Parado	8 (14,5)	12 (25)	14 (19,7)
Activo	15 (27,3)	14 (29,2)	54 (76,1)
ILT	0 (0,0)	4 (8,3)	2 (2,8)
Pensionista	32 (58,2)	18 (37,5)	1 (1,4)

### *Instrumentos utilizados*

WHOQOL-BREF: Se trata de una escala autoadministrada y multidimensional que consta de 26 ítems: dos preguntas de salud general, más 24 preguntas correspondientes a cuatro dominios: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y entorno. El dominio de salud física incluye cuestiones relacionadas con la actividad cotidiana, dependencia del tratamiento, dolor y malestar, sueño y descanso, energía y fatiga y capacidad de trabajo. El dominio psicológico incluye preguntas acerca de sentimientos positivos y negativos, autoestima, imagen corporal, apariencia física, espiritualidad y creencias personales. El dominio relaciones sociales evalúa las relaciones personales, el apoyo social y la actividad sexual. Por último, el dominio entorno explora la seguridad física, los recursos económicos, la disponibilidad de atención social y sanitaria, las oportunidades de adquirir habilidades e información y la disponibilidad de tiempo libre y transporte. Los ítems son evaluados a través de una escala de respuesta tipo Likert que oscila del 1 al 5, en la que 1 indica una percepción baja o negativa y 5 una percepción alta o positiva. En este estudio, utilizamos la versión española del instrumento (Lucas-Carrasco, 1998), la cual presenta unas propiedades psicométricas satisfactorias en fiabilidad y consistencia interna, así como evidencias de validez convergente y discriminante (Lucas-Carrasco, 2012).

### *Procedimiento*

Los pacientes fueron reclutados de las consultas ambulatorias del área sanitaria del Hospital Universitario 12 de Octubre. Todos los pacientes estaban clínicamente estables durante, al menos, los seis meses anteriores a su inclusión en el estudio. La muestra de controles sanos se compuso de sujetos sanos que pertenecían al mismo entorno sociocultural. Tanto pacientes como controles fueron informados de las características del estudio y firmaron el consentimiento informado previamente a ser incluidos en el mismo. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética.

Para el análisis estadístico descriptivo se utilizaron las medias y desviaciones típicas para variables cuantitativas y los porcentajes para variables cualitativas. Para la comparación de la calidad de vida entre los grupos se utilizó ANOVA de un factor y prueba post hoc de Tukey aplicada a las comparaciones múltiples entre grupos. Los análisis se llevaron a cabo con el paquete estadístico IBM SPSS v.21.0.

### *Diseño*

Estudio transversal.

## **Resultados**

La Tabla 2 muestra las puntuaciones medias obtenidas por los diferentes grupos en los distintos dominios. Los pacientes de ambos grupos (trastorno esquizofrénico y trastorno bipolar) obtienen puntuaciones más bajas en calidad de vida que los sujetos sanos en todos los dominios de WHOQOL-BREF. El grupo de pacientes con diagnóstico de trastorno esquizofrénico muestra las puntuaciones más bajas en todos los dominios.

La prueba ANOVA revela que existen diferencias significativas entre los grupos para el dominio físico [ $F(2,171) = 13,61; p < ,01$ ], psicológico [ $F(2,171) = 11,35; p < ,01$ ], relaciones sociales [ $F(2,171) = 21,08; p < ,01$ ] y entorno [ $F(2,171) = 9,05; p < ,01$ ].

**Tabla 2.** Comparación de puntuaciones en los dominios de la WHOQOL-BREF entre el grupo de pacientes con diagnóstico de trastorno esquizofrénico, trastorno bipolar y grupo control.

Dominio	Trastorno Esquizofrénico (n = 55)	Trastorno Bipolar (n = 48)	Controles (n = 71)	ANOVA F(2,171)	Sig. (valor p) Comparaciones múltiples post-hoc
Salud física	22,38±7,578	22,85±5,044	27,06±3,934	13,61**	C vs TE** C vs TB** TB vs TE
Salud psicológica	19,05±5,642	19,73±4,560	22,56±3,119	11,35**	C vs TE** C vs TB** TB vs TE
Relaciones Sociales	8,29±2,713	9,50±2,843	11,17±2,078	21,08**	C vs TE** C vs TB** TB vs TE*
Entorno	26,29±4,637	28,20±4,862	29,74±4,110	9,05**	C vs TE** C vs TB TB vs TE

*Nota.* Abreviaturas: TE = Trastorno esquizofrénico; TB = trastorno bipolar y C = grupo control.

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ .

Las comparaciones múltiples post-hoc se llevaron a cabo entre grupos como muestra la Tabla 2. Tanto en el dominio salud física como en salud psicológica, los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia ( $p = 0,000$ ) y de trastorno bipolar ( $p = 0,000$ ) muestran puntuaciones significativamente más bajas que los sujetos sanos.

Los pacientes con diagnóstico de trastorno esquizofrénico ( $p = 0,000$ ) y trastorno bipolar ( $p = 0,001$ ) muestran puntuaciones significativamente más bajas que los sujetos sanos en el dominio de relaciones sociales. En este dominio, los pacientes con esquizofrenia tienen puntuaciones significativamente más bajas que los diagnosticados de trastorno bipolar ( $p = 0,042$ ).

En el dominio entorno, los pacientes con esquizofrenia muestran puntuaciones más bajas ( $p = 0,000$ ) que los sujetos controles, pero no encontramos diferencias significativas entre el grupo con diagnóstico de trastorno bipolar y los controles, ni entre pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar.

### Discusión/Conclusiones

Los resultados de nuestro trabajo apoyan los obtenidos por otros estudios previamente, mostrando que la calidad de vida de los pacientes con trastornos mentales graves es menor que la de los sujetos sanos (Akvardar et al., 2006; Chand et al., 2004). Las puntuaciones de los pacientes con trastorno bipolar y esquizofrenia son significativamente menores que en sujetos sanos, tanto en el dominio físico como en el psicológico, lo cual indica que la enfermedad mental afecta tanto a la valoración de aspectos como la energía, el sueño y el funcionamiento diario, así como a la valoración de la autoestima y la imagen corporal de las personas que sufren estos trastornos.

En el dominio relaciones sociales el grupo bipolar obtiene puntuaciones significativamente más altas que el grupo de trastorno esquizofrénico, aunque menores que los controles, lo cual concuerda con los resultados hallados previamente (Chand et al., 2004). Por otra parte, en el dominio entorno, son de nuevo los pacientes con

esquizofrenia los que peor perciben su seguridad física, sus recursos económicos, el acceso a recursos sociosanitarios y su tiempo libre. No encontrando diferencias en este dominio entre el grupo de trastorno bipolar y los sujetos sanos.

Estos resultados indican, que el perfil de puntuaciones obtenido por los pacientes con trastorno bipolar sugiere un menor deterioro de la calidad de vida que los pacientes con esquizofrenia en algunos dominios (relaciones sociales y entorno). Una posible explicación de estos datos podría ser el impacto diferencial de los periodos eutímicos en el trastorno bipolar o de los síntomas negativos en el caso de la esquizofrenia a la hora de poder desarrollar una red de apoyo satisfactoria, así como de conseguir una reintegración social.

Aunque al utilizar una media de carácter subjetivo debemos ser cautelosos a la hora de interpretar sus resultados, la calidad de vida es un concepto de carácter subjetivo, por lo que su evaluación debe ser realizada por el propio paciente, siempre que sea posible. Sin embargo, en algunos casos, la obtención de medidas paralelas por parte de los familiares y los clínicos puede aportar una visión complementaria de la calidad de vida, principalmente en aquellas áreas que pueden estar más distorsionadas por los síntomas (Becchi et al., 2004).

Este estudio cuenta con ciertas limitaciones que limitan la generalización de los resultados, como son el tamaño muestral y la utilización de un diseño transversal. Cabe señalar que en futuros estudios se debe incluir el análisis de otras variables o efectos mediadores como la sintomatología, la duración de la enfermedad, el funcionamiento neurocognitivo o el insight, entre otras, presentes en la literatura (Hansson, 2006; Yen et al., 2009). Además, utilizamos el WHOQOL-BREF, un instrumento genérico para evaluar la calidad de vida, que aunque tiene la ventaja de poder comparar distintas muestras, puede no estar teniendo en cuenta aspectos importantes de cada uno de los trastornos.

Por último, estos datos resultan de gran relevancia a nivel clínico y asistencial, ya que personas con trastorno bipolar y esquizofrenia, muestran diferencias en las áreas de la calidad de vida afectada y en los perfiles de salud, lo cual apoya las diferentes variables implicadas y por tanto, las posibles vías de intervención necesitarían estrategias psicológicas diferentes.

### **Agradecimientos**

Trabajo realizado en parte gracias al PI080514 (Fondo de Investigaciones Sanitarias, FIS), al Gobierno Regional de Madrid (S2010/BMD-2422 AGES) y Fondos Estructurales de la Unión Europea, al Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM) del Instituto de Salud Carlos III, y al Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre (i+12).

### **Referencias**

- Akvardar, Y., Akdede, B. B., Ozerdem, A., Eser, E., Topkaya, S. y Alptekin, K. (2006). Assessment of quality of life with the WHOQOL-BREF in a group of Turkish psychiatric patients compared with diabetic and healthy subjects. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(6), 693-699.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4<sup>a</sup> ed.). Washintong, DC: Autor.

- Atkinson, M., Zibin, S. y Chuang, H. (1997). Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of the self-report methodology. *The American Journal of Psychiatry*, 154(1), 99-105.
- Becchi, A., Rucci, P., Placentino, A., Neri, G. y De Girolamo, G. (2004). Quality of life in patients with schizophrenia: a comparison a self-report and proxy assessment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 397-401.
- Chand, P. K., Mattoo, S. K. y Sharan, P. (2004). Quality of life and its correlates in patients with bipolar disorder stabilized on lithium prophylaxis. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58(3), 311-318.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. y Williams, J. B. W. (1995). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – Patient Edition (SCID-I/P, Version 2.0)*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- Group WHOQoL. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Quality of Life in Social Science and Medicine*, 41, 1403-1409.
- Hansson, L. (2006). Determinant of quality of life in people with severe mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 429, 46-50.
- Harvey, P. D., Velligan, D. I. y Bellack, A. S. (2007). Performance-based measures of functional skills: usefulness in clinical treatment studies. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 1138-1148.
- Lehman, A. F. (1983). The well-being of chronic mental patients. Assessing their quality of life. *Archives of General Psychiatry*, 40, 369-373
- Lucas-Carrasco, R. (1998). *Versión Española del WHOQOL*. Editorial Ergón: Madrid.
- Lucas-Carrasco, R. (2012). The WHO quality of life (WHOQOL) questionnaire: Spanish development and validation studies. *Quality Life Research*, 21(1), 161-165.
- Martínez-Arán, A., Penadés, R., Vieta, E., Colom, F., Reinares, M., Benabarre, A., Salamero, M. y Gastó, C. (2002). Executive function in patients with remitted bipolar disorder and schizophrenia and its relationship with functional outcome. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71(1), 39-46.
- Saxena, S. y Orley, J. (1997). Quality of life assessment: the World Health Organization perspective. *European Psychiatry*, 12, 263-266.
- Yen, C. F., Cheng, C. P., Huang, C. F., Ko, C. H. yen, J. Y., Chang, Y. P. y Chen, C. S. (2009). Relationship between psychosocial adjustment and executive function in patients with bipolar disorder and schizophrenia in remission: the mediating and moderating effects of insight. *Bipolar Disorders*, 11, 190-197.