

Evaluación de la funcionalidad y el bienestar subjetivo de pacientes bipolares con el Functioning Assessment Short Test (FAST) y el World Health Organisation - Five Well-Being Index (WHO-5)

Evaluation of the functionality and subjective well-being of bipolar patients with the Functioning Assessment Short Test (FAST) and the World Health Organisation - Five Well-Being Index (WHO-5)

Enzo Guzzo¹, Alejo Agranatti¹, José Smith¹, Nicolás Larre¹, Pablo Rozic¹, Hugo Krupitzki², Eduard Vieta³, Gustavo Vázquez^{4,5,6}, Carlos Vinacour⁷

<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i156.175>

Resumen

Introducción: Los Trastornos Bipolares (TB) son un grupo de trastornos del estado de ánimo caracterizados por episodios maníacos o hipomaniacos recurrentes, alternados con episodios depresivos. Su prevalencia es cercana al 4% y son fuente de discapacidad. Existen opciones terapéuticas eficaces para los episodios agudos, pero el objetivo último es lograr recuperación funcional y un adecuado bienestar. **Material y métodos:** Se realizó un estudio de corte transversal, que comparó funcionamiento psicosocial Escala de Evaluación Funcional y el Índice de bienestar subjetivo en una muestra de pacientes con TB, estabilizados, en tratamiento ambulatorio en el Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC) y la Fundación Bipolares de Argentina (FUBIPA), contra un grupo control. **Resultados:** Se incluyeron 154 sujetos, 102 pacientes con TB y 52 controles. La media de la Escala de Evaluación Funcional para pacientes y controles fue 20,71 y 9.73, respectivamente ($P=0.0000$). La media del Índice de bienestar subjetivo para pacientes fue 59.11 y 69.76 para los controles ($P=0.0011$). Más del 70% de los pacientes presentó alteración funcional ($FAST \geq 12$), y casi 35% presentó inadecuado bienestar subjetivo ($WHO-5 \leq 52$). Los síntomas depresivos condicionaron peores puntajes en ambas escalas. Los puntajes de la Escala de Evaluación Funcional fueron mejores entre quienes realizaban grupos de ayuda mutua ($P=0.026$). Mientras que los pacientes que realizaban psicoeducación y los que recibían fármacos anticonvulsivantes, presentaron mejores puntajes del Índice de bienestar subjetivo ($P=0.028$ y $P=0.048$ respectivamente). **Conclusiones:** Los pacientes con TB presentan alteraciones en su funcionalidad y bienestar a pesar de estar estabilizados. Existe una relación directa entre ambas condiciones. La presencia de síntomas depresivos condicionó peores puntajes en las escalas.

Palabras clave: Trastorno bipolar - Discapacidad - Funcionamiento - Bienestar subjetivo.

Abstract

Introduction: Bipolar Disorders (BD) are a mood disorders group characterized by recurrent manic or hypomanic episodes, alternating with depressive episodes. Its prevalence is 4%, and several studies have shown that they generate

RECIBIDO 17/3/2022 - ACEPTADO 22/4/2022

¹Departamento de Psiquiatría, Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

²Unidad Académica de Investigación, CEMIC-IUC. Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CEMIC-CONICET), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

³Bipolar Unit, Institute of Neuroscience, Hospital Clinic, University of Barcelona, IDIBAPS, CIBERSAM, Barcelona, Cataluña, España.

⁴Departments of Psychiatry and Psychology, Queen's University, Kingston, ON, Canadá.

⁵Departments of Psychiatry, School of Medicine, Queen's University, Kingston, ON, Canadá.

⁶Research Centre for Neurosciences, Universidad de Palermo, Buenos Aires, Argentina.

⁷Asociación de Psiquiatras Argentinos. Capítulo de Trastornos del Humor, Argentina.

Autor de referencia:

Enzo Guzzo

enzoeduardoguzzo@gmail.com

disability. There are effective therapeutic options for acute episodes. However, the ultimate goal is to achieve functional recovery and adequate well-being. **Material and methods:** There was done in Buenos Aires, Argentina a cross-sectional study comparing psychosocial functioning, with the Functioning Assessment Short Test (FAST) and subjective well-being with the Five Well-Being Index (WHO-5), among a sample of stabilized BD patients undergoing treatment at the Center of Medical Education and Clinical Research (Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas) and the Bipolar Foundation (Fundación Bipolares de Argentina), with a control group. **Results:** A total of 102 BD patients and 52 controls were included. The FAST mean for patients and controls was 20.71 and 9.73 respectively ($P=0.0000$). The WHO-5 mean for patients was 59.11 and 69.76 for controls ($P=0.0011$). More than 70% of the patients presented functional alteration ($FAST \geq 12$), and almost 35% presented inadequate subjective well-being ($WHO-5 \leq 52$). Depressive symptoms conditioned worse scores on both scales. FAST scores were better among those who participated in mutual aid groups ($P=0.026$). While patients who underwent psychoeducation and those who received anticonvulsant drugs, presented better WHO-5 scores ($P = 0.028$ and $P=0.048$ respectively).

Conclusions: Patients with BD showed poor Functionality and poor Well-being despite being stabilized. There is direct relationship between both conditions. Depressive symptoms generated worst scores on the scales.

Keywords: Bipolar disorder - Disability - Functioning - Well-being.

Introducción

Los trastornos bipolares (TB) son un grupo de trastornos del estado de ánimo que incluyen, según el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales, 5a edición, al TB I, al TB II y al trastorno ciclotímico. Los TB que no se ajustan a los anteriores se incluyen en la categoría: otro TB y trastorno relacionado (American Psychiatric Association, 2013).

La principal característica que distingue a los TB de otros trastornos afectivos es la presencia de episodios maníacos o hipomaníacos recurrentes, que pueden alternarse o combinarse con episodios depresivos (Carvalho et al., 2020). Los TB se presentan con una prevalencia aproximada al 1% para el TB tipo I, 1,1% para el TB tipo II y 2,4% para el TB no especificado (Merikangas et al., 2007). En Argentina se ha estimado una prevalencia general anual y de por vida de 2% y 3,6% respectivamente (Stagnaro et al., 2018a; Stagnaro et al., 2018b).

Los TB se ubican como la decimoséptima causa de discapacidad entre todas las enfermedades en el mundo (Vigo et al., 2016), y se han asociado a un deterioro significativo en el funcionamiento en el ámbito laboral, familiar y la vida social de los pacientes afectados (Sanchez-Moreno et al., 2009). El mayor deterioro funcional se observa durante los episodios, aunque persiste durante los períodos de remisión (Rosa et al., 2010; Lolich et al., 2015).

Los tratamientos actuales han hecho de la remisión sintomática, un objetivo alcanzable para muchos pacientes con TB. Las diversas Intervenciones terapéuti-

cas han ayudado a que muchos permanezcan estables durante largos períodos de tiempo. Sin embargo, Vieta señala que "...muchos pacientes viven en las cenizas de lo que fue su vida social antes de que todo se hubiera ido con el fuego de la enfermedad" (Vieta & Torrent, 2016).

En la actualidad existen varias opciones diferentes para el abordaje terapéutico de los TB, destinadas al tratamiento de los episodios agudos y/o la prevención de recurrencias (Yatham et al., 2018). Sin embargo, en la práctica clínica, el control de los episodios es sólo uno de los objetivos del tratamiento. El objetivo último y fundamental es lograr la recuperación funcional de los pacientes afectados (Harvey, 2006) y lograr una adecuada calidad de vida (Grunze et al., 2013). Se ha reportado que existe diferencia entre la recuperación sindromática y la recuperación funcional en estudios longitudinales de pacientes en tratamiento. La recuperación funcional es menos frecuente incluso cuando se ha logrado un adecuado control de los episodios (Keck et al., 1998). En un seguimiento de 219 pacientes hospitalizados, con primer episodio afectivo psicótico, se observó que el 97,5% de ellos lograron recuperación sindromática, pero sólo el 37,6% presentaba recuperación funcional 24 meses después de ser externados (Tohen et al., 2000).

Las evaluaciones subjetivas como la calidad de vida, el bienestar o el grado de satisfacción con la vida, han recibido menos atención en el campo de los TB (Bonnín et al., 2012) (Mackala et al., 2014). La definición de calidad de vida no está estandarizada en la bi-

biografía sobre trastornos bipolares y actualmente no existe un consenso definido sobre la misma. Se ha reportado que la definición más utilizada en los estudios ha sido la de la Organización Mundial de la Salud: calidad de vida “Es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes” (WHO, 1996). La calidad de vida estaría influenciada tanto por el funcionamiento psicosocial, la experiencia subjetiva del paciente, el estado de salud y el bienestar subjetivo (Morton et al., 2017).

El objetivo primario del presente trabajo fue determinar el funcionamiento psicosocial (a través de la escala FAST) (Rosa et al., 2007) y el bienestar subjetivo (a través de la escala WHO-5) (WHO, 1998) de pacientes bipolares estabilizados (sin sintomatología significativa: depresiva, maníaca o mixta) en la ciudad de Buenos Aires, Argentina. El objetivo secundario fue obtener información referida a las características clínicas y las intervenciones terapéuticas de los TB en la población estudiada y su relación con la funcionalidad y el bienestar subjetivo.

Material y método

Se realizó un estudio de corte transversal que comparó el nivel de funcionamiento psicosocial y el bienestar subjetivo entre una muestra de pacientes afectados por TB, estabilizados al momento del estudio y un grupo de controles sanos apareados por edad, sexo y nivel educativo. El presente trabajo fue aprobado por el comité de Ética en Investigación de CEMIC. Se requirió la firma del consentimiento informado previo al ingreso al estudio para los participantes

1. Participantes

Se seleccionó una muestra de pacientes bipolares, en tratamiento ambulatorio en el departamento de psiquiatría del Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC) y en la Fundación Bipolares Argentina (FUBIPA). El reclutamiento se realizó entre enero de 2017 y enero de 2020. Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de 18 años, tener diagnóstico de TB, encontrarse estabilizados, aceptar participar del estudio y firmar el consentimiento informado. El diagnóstico de TB fue realizado por los médicos tratantes y referido por los pacientes. Para determinar la estabilidad de los pacientes se utilizó el Inventario de Síntomas Depresivos (QID-s-16), incluyéndose pacientes que presentaban ≤ 10 puntos. Además, se

utilizó la escala de Young para evaluación de la manía, incluyéndose aquellos pacientes que presentaban valores ≤ 11 puntos. (Young et al., 1978) (Colom et al., 2002). Para la comparación se incluyó una muestra de controles sanos reclutada por conveniencia, durante el mismo periodo, de acuerdo con su edad, género y años de escolaridad formal.

Se obtuvo los datos sociodemográficos de todos los participantes. Además, fueron interrogados mediante una entrevista semiestructurada que permitió obtener datos clínicos: edad de inicio de los síntomas, edad del diagnóstico, número y tipo de episodios (polaridad de inicio y polaridad de los últimos 3 episodios), diagnóstico (según DSM-5), Índice de masa corporal (IMC), antecedentes de tentativas suicidas y de hospitalizaciones, tratamiento actual: psicosocial y/o farmacológico.

2. Instrumentos de evaluación

Para la evaluación de la funcionalidad se utilizó la Prueba de Evaluación Funcional (FAST). La misma es un instrumento administrado por el entrevistador, diseñado para evaluar los principales problemas de funcionamiento experimentados por los pacientes con TB, en 6 dominios: autonomía, funcionamiento laboral, funcionamiento cognitivo, finanzas, relaciones interpersonales y ocio. El enunciado de la misma dice “Indique el grado de dificultad que ha presentado, en las 2 últimas semanas, con relación a las siguientes cuestiones”. Cada pregunta puede ser respondida como ninguna (0), poca (1), bastante (2) o mucha dificultad (3). La puntuación va de 0 a 72. Se considera que un puntaje ≥ 12 representa un funcionamiento inadecuado.

Para la evaluación del nivel de bienestar subjetivo se utilizó el cuestionario WHO-5 (Índice de Bienestar), en su versión en Español. (Bonnín et al., 2018). Esta herramienta autoadministrada consta de 5 preguntas que permiten obtener un indicativo de bienestar psicológico subjetivo a partir de interrogar los siguientes dominios: humor, ansiedad, energía, descanso e interés general. El enunciado dice “Indique para cada una de las cinco afirmaciones cual define mejor como se ha sentido usted durante las últimas 2 semanas”. Cada pregunta puede ser respondida como: todo el tiempo (5), la mayor parte del tiempo (4), más de la mitad del tiempo (3), menos de la mitad del tiempo (2), de vez en cuando (1) o nunca (0). La puntuación bruta debe multiplicarse por 4 y así se obtiene un puntaje que va de 0 a 100. Puntuaciones ≤ 52 indican bajo nivel de bienestar subjetivo (Topp et al., 2015).

3. Análisis

Se presentó una descripción de todas las variables analizadas. Las variables numéricas fueron descriptas mediante: número de datos obtenidos (N), media (X) desvío estándar (DE), y las variables categóricas como número de datos obtenidos (N), frecuencias y porcentajes.

Para comparar variables continuas se utilizó una prueba t y para las categóricas, se utilizó un test de chi cuadrado o de Fisher. Para evaluar la fuerza de la asociación entre variables en estudio y eventos asociados se estimó el Odds Ratio con su correspondiente límite de confianza del 95% (OR). Para determinar asociaciones independientes se realizó una regresión logística.

Se consideraron significativas asociaciones $p < 0.05$ (Stevens, 1992; Argimon Pallas & Villa, 2013). Todos los análisis estadísticos fueron realizados con el paquete estadístico Stata 14.0

Resultados

I. Resultados generales

Un total de 154 sujetos fueron incluidos en el presente estudio. De ellos, 102 fueron pacientes con TB y 52 sujetos controles. No se observaron diferencias significativas en el promedio de edad, nivel de escolaridad y distribución por género entre casos y controles. La media de puntuación de la escala FAST para pacientes y controles fueron 20,71 (DS±13.67) y 9.73 (DS±6.49) respectivamente, diferencia estadísticamente significativa ($P = 0.0000$). La media de puntuación de la escala WHO-5 para pacientes fue 59.11 (DS±21.77) y 69.76 (DS±21.77) para los controles, lo que resultó también una diferencia estadísticamente significativa ($P = 0.0011$). Los datos demográficos se expresan en la *Tabla 1*.

I. Funcionalidad: FAST

Del total de 102 pacientes con TB evaluados, 27 (26.47%) tuvieron un valor de FAST menor a 11 (sin alteración funcional) los 75 restantes (73.53%) presen-

taron valores ≥ 12 (con alteración funcional). Los sujetos que presentaron FAST Normal (27), tuvieron un promedio de valor de WHO-5 de 75.25 (SD±13.72). Mientras que entre los sujetos con FAST patológica (75) el promedio de WHO-5 fue 53.30 (DS±21.25), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.0000$). Con relación a las escalas utilizadas: Los sujetos con valores de FAST patológica mostraron una media de QID-s-16 mayor que los pacientes con FAST ≤ 11 , siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.0001$). Los valores en la escala de Young no mostraron diferencias en los puntajes entre ambos grupos de pacientes.

Como ya fuera mencionado, puntajes ≥ 12 para la escala FAST se consideraron indicadores de mala funcionalidad. Así pues, se observó que variables como índice de masa corporal, polaridad de inicio, polaridad predominante en los últimos episodios y antecedentes familiares de enfermedades afectivas, no mostraron diferencias en los valores de FAST. Tampoco presentaron diferencias los sujetos que presentaron o no internaciones psiquiátricas. En relación con el inicio de los síntomas afectivos, la edad promedio fue a los 25.19 años; mientras que el diagnóstico de TB ocurrió en promedio a los 38.54 años, con una demora aproximada de 13 años (*Tabla 2*).

Con respecto a los diferentes tratamientos que los pacientes realizaban, ninguna diferencia se observó entre los diversos abordajes farmacológicos: Anticonvulsivantes, litio, antidepresivos, antipsicóticos, benzodiazepinas u otros. Sí se observaron diferencias en relación a los tratamientos psicosociales. Los pacientes que realizaban grupos de ayuda mutua, presentaron mayores probabilidades de tener una FAST normal. OR[LC 95%]=0.36(0.14-0.89) ($P = 0.026$). Además, entre los pacientes que no realizan ningún tratamiento psicosocial, se pudo ver que existe una probabilidad casi 8 veces mayor de presentar FAST patológica. OR[LC 95%]=7.62(1.06-60.33) ($P = 0.027$). Se observaron diferencias numéricas entre los sujetos que presentaron antecedentes de tentativas suicidas y quienes no. Entre

Tabla 1. Escalas FAST Y WHO-5, datos sociodemográficos en pacientes con TB y controles

	PACIENTES N=102	CONTROLES N=52	P
Edad años (DS)	51.93 (±15.44)	48.92 (±16.09)	($p = 0.2617$)
Nivel educativo años	13.2	13.4	4,5 ($P = 0.705$)
Mujeres N (%)	62 (60.78%)	33 (63.46%)	($P = 0.747$)
FAST Promedio puntaje (DS) (IC 95%)	20,71 (± 13.67) (18.02-23.40)	9.73 (± 6.49) (7.92-11.53)	($P = 0.0000$)
WHO-5 Promedio puntaje (DS) (IC 95%)	59.11 (± 21.77) (54.84-63.39)	69.76 (± 21.77) (66.87-72.66)	($P = 0.0011$)

Tabla 2. Escala FAST y su relación con las variables estudiadas

Variables	FAST			P
	Normal N=27 (≤ 11)	Patológica N=75 (≥ 12)	Total =102	
Edad (X \pm DS)	53.48 (\pm 13.92)	51.37 (\pm 16.01)	51.93 (\pm 15.44)	P=0.545
Edad de inicio de los síntomas afectivos (X \pm DS)	23.77 (\pm 11.65)	25.70 (\pm 11.63)	25.19 (\pm 11.61)	P=0.462
Edad de diagnóstico del trastorno bipolar (X \pm DS)	37.00 (\pm 15.15)	39.10 (\pm 14.86)	38.54 (\pm 14.90)	P=0.531
IMC (X \pm DS)	27.45 (\pm 4.29)	26.91 (\pm 4.24)	27.05 (\pm 4.24)	P=0.287
Mujeres N (%)	15 (55.55)	47 (62.66)	62 (60.78)	P=0.516
Diagnóstico N (%)				
Bipolar I	12 (44.44)	36 (48)	48 (47.05)	Fisher's exact = 0.982
Bipolar II	9 (33.33)	22 (29.33)	31 (30.39)	
Ciclotimia	1 (3.70)	4 (5.33)	5 (4.90)	
Otros	5 (18.51)	13 (17.33)	18 (17.64)	
Polaridad de inicio N (%)				
Depresión	15 (55.55)	44 (58.66)	59 (57.84)	Fisher's exact = 0.443
Manía	6 (22.22)	22 (29.33)	28 (27.45)	
Hipomanía	1 (3.70)	3 (4)	4 (3.92)	
Mixto	5 (18.51)	6 (8)	11 (10.78)	
Polaridad predominante últimos 3 episodios N (%)				
No informado	0	1 (1.33)	1 (0.89)	Fisher's exact = 0.844
Depresión	16 (59.25)	35 (46.66)	51 (50)	
Manía	5 (18.51)	20 (26.66)	25 (24.50)	
Hipomanía	1 (3.70)	3 (4)	4 (3.92)	
Mixto	5 (18.51)	16 (21.33)	21 (20.58)	
Con Antecedentes de Tentativas suicidas N (%)	3 (11.11)	22 (29.33)	25 (25.50)	P=0.059
Con Antecedentes de Internaciones psiquiátricas N (%)	12 (44.44)	43 (57.33)	55 (53.92)	P=0.249
Con Antecedentes familiares N (%)	20 (74.07)	55 (73.33)	75 (73.52)	P=0.510
WHO-5 con valor patológico (≤ 52) N (%)	2 (7.40)	33 (44)	35 (34.31)	p=0.001*
Valores promedio de WHO-5 (X \pmDS)	75.25 (SD \pm 13.72)	53.30 (DS \pm 21.25)	59.11 (DS \pm 21.77)	p=0.0000**
YOUNG Sub-sindromático (7-11) N (%)	1 (3.70)	2 (2.66)	3 (2.94)	P=0.769*
Valores promedios de YOUNG (X \pmDS)	1.69 (\pm 2.24)	1.87 (\pm 1.99)	1.83 (\pm 2.05)	P=0.6934**
QID-s-16 Subsindromático (6-10) N (%)	4 (14.81)	38 (50.66)	42 (41.17)	p=0.001*
Valores promedios de QID-s-16 (X \pmDS)	3.44 (\pm 2.42)	5.84 (\pm 2.64)	5.20 (\pm 2.78)	p=0.0001**

*Pearson chi2

Tabla 3. Escala FAST: Tratamientos Psicosociales

Tratamientos Psicosociales	FAST			P
	Normal N=27 (≤ 11)	Patológico N=75 (≥ 12)	Total=102	
Grupo de ayuda mutua N (%)	16 (59.25)	26 (34.66)	42 (41.17)	P=0.026
Otros tratamientos (psicoterapia individual, Psicoterapia familiar) N (%)	20 (74.07)	48 (64)	68 (66.66)	P=0.341
Ninguno N (%)	1 (3.70)	17 (22.66)	18 (17.64)	P=0.027

los primeros, existe una posibilidad 3 veces mayor de presentar una FAST con valores patológicos (RR: 3.32 [IC95%].85-18.79) (P=0.059) (Tabla 3).

2. Índice de Bienestar Subjetivo: WHO-5

En relación con la escala WHO-5, se consideraron patológicos valores ≤ 52 . De los 102 pacientes con TB reclutados, 67 (65.68%) tuvieron un valor de WHO-5 que indicaba un adecuado índice de bienestar subjetivo (≥ 53), mientras que 35 (34.32%) presentaron valores que indicaban un bienestar subjetivo patológico (≤ 52).

Los sujetos que presentaron WHO-5 Normal (67), tuvieron un valor promedio de FAST de 17.01 (DS \pm 12.63), mientras que entre los sujetos con WHO-5 patológica (35) el promedio de FAST fue 27.8 (DS \pm 12.92) (p=0.001), lo que implicó peor funcionamiento. Los sujetos con valores de WHO-5 patológica (≤ 52) mostraron una media de QID-s-16 mayor que los pacientes con WHO-5 normal (≥ 53), siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p= 0.0001). En relación con la escala de Young, ambos grupos de pacientes no mostraron diferencias en los puntajes (p=0.720).

Se observó que variables como índice de masa corporal, polaridad de inicio del trastorno, polaridad predominante en los últimos episodios y antecedentes familiares de enfermedades afectivas, no mostraron asociación con la categorización de la escala WHO-5. En relación con el inicio de los síntomas afectivos, la edad promedio fue a los 25.19 años, mientras que el diagnóstico de TB ocurrió en promedio a los 38.54 años, no encontrándose diferencias entre ambos grupos. Tampoco presentaron diferencias los sujetos que presentaron o no internaciones psiquiátricas, ni entre quienes refirieron haber realizado o no tentativas suicidas (Tabla 4).

En relación con los tratamientos, pudo observarse que existe una diferencia estadísticamente significativa entre aquellos pacientes que realizaban Psicoeducación y quienes realizaban otros tratamientos psicosociales. [Pearson $\chi^2(1)=4.8435$ (P=0.028)] OR:2.87(1.02-

8.83). Lo mismo pudo observarse entre los pacientes que recibían tratamiento farmacológico con Anticonvulsivantes (Lamotrigina, Valproato, Carbamazepina) versus aquellos que recibían otros fármacos (Litio, Antipsicóticos, Antidepresivos, Benzodiazepinas). Entre los primeros existía más del doble de chance de presentar un adecuado nivel de bienestar, medido a través de la escala WHO-5. [Pearson $\chi^2(1)=3.9134$ P=0.048] OR:2.39(1.01-6.25) (Tabla 5).

Discusión y conclusiones

Los TB constituyen una de las 20 principales causas de discapacidad en el mundo. Si bien posee una mejor evolución funcional que la esquizofrenia, varios estudios muestran las dificultades en lograr una recuperación funcional para alcanzar el estado previo al inicio de la patología. Como fuera mencionado, en el TB es posible obtener respuesta terapéutica, incluso remisión sintomática, pero la recuperación funcional resulta un objetivo menos sencillo de alcanzar. Esto se ve confirmado en el presente trabajo.

Pudimos observar que los pacientes con diagnóstico de TB, reclutados en CEMIC y FUBIPA (Buenos Aires, Argentina), presentan un peor funcionamiento psicosocial y bienestar subjetivo que aquellos pertenecientes al grupo control (individuos sanos), condición que alteraría la calidad de vida de los primeros.

Existiría una asociación entre funcionalidad y bienestar subjetivo que confirma los hallazgos de estudios previos (Bonnín et al., 2019). Parece no haber adecuado bienestar subjetivo si no hay buena funcionalidad y viceversa, ambas condiciones se correlacionan de manera directa. No obstante, la proporción de pacientes bipolares con impacto funcional (73.53%; 75/102) es mayor que quienes reportaron un impacto significativo en su bienestar subjetivo (34.31%; 35/102). El impacto sobre la funcionalidad y el bienestar se correlacionó de manera directa con la presencia de síntomas depresivos y no con los síntomas hipomaniacos. Los síntomas depresivos, a pesar de

Tabla 4. Escala WHO-5 y su relación con las variables estudiadas

Variables	WHO-5			P
	Normal N=67(≥ 53)	Patológica N=35(≤ 52)	Total=102	
Edad (X ±DS)	52.8 (±16.59)	51.47 (±14.92)	51.93 (±15.44)	P=0.683
Edad de inicio de los síntomas afectivos (X ±DS)	23.72 (±10.77)	27.82 (±12.81)	25.19(±11.61)	P=0.098
Edad de diagnóstico del trastorno bipolar (X ±SD)	37.73 (±14.42)	40.11 (±15.86)	38.54 (± 4.90)	P=0.445
IMC (X ±SD)	27.02 (±4.57)	27.10 (±3.59)	27.05 (±4.24)	P=0.926
Mujeres N (%)	42 (62.68)	20 (57.14)	62 (60.78)	P= 0.586
Diagnostico N (%)				
Bipolar I	29 (43.28)	19 (54.28)	48 (47.05)	Fisher's exact = 0.358
Bipolar II	20 (29.85)	11 (31.42)	31 (30.39)	
Ciclotimia	5 (7.46)	0	5 (4.90)	
Otros	13 (19.40)	5 (14.28)	18 (17.64)	
Polaridad de inicio N (%)				
Depresión	37 (55.22)	22 (62.85)	59 (57.84)	Fisher's exact = 0.288
Manía	17 (25.37)	11(31.42)	28 (27.45)	
Hipomanía	3 (4.47)	1 (2.85)	4 (3.92)	
Mixto	10 (14.92)	1 (2.85)	11 (10.78)	
Polaridad predominante últimos 3 episodios N (%)				
No informado	0	1 (2.85)	1 (0.98)	Fisher's exact = 0.634
Depresión	33 (49.25)	18 (51.42)	51 (50)	
Manía	17 (25.37)	8 (22.85)	25 (24.50)	
Hipomanía	2 (2.98)	2 (5.71)	4 (3.92)	
Mixto	15 (22.38)	6 (17.14)	21 (20.58)	
Con Antecedentes de Tentativas suicidas N (%)	17 (25.37)	8 (22.85)	25 (24.50)	P= 0.779*
Con Antecedentes de Internaciones psiquiátricas N (%)	34 (50.74)	21 (60)	55 (53.92)	P= 0.373*
Con Antecedentes familiares N (%)	47 (70.14)	26 (74.28)	73 (71.56)	Fisher's exact = 0.668
FAST con valor patológico (≥ 11) N (%)	42 (66.68)	33 (94.28)	75 (73.52)	P=0.001*
Valores promedio de FAST (X ±SD)	17.01 (±12.63)	27.8 (±12.92)	20.71 (±13.67)	p=0.001
YOUNG Subsindromático (7-11) N (%)	2 (2.98)	1 (2.85)	3 (2.94)	P=0.720
Valores promedios de YOUNG (X ±SD)	1.81 (±2.04)	1.85 (±2.10)	1.83 (±2.05)	P=0.923**
QID-s-16 Subsindromático (6-10) N (%)	18 (26.86)	24 (68.57)	42 (41.17)	p=0.001*
Valores promedios de QID-s-16 (X ±SD)	4.26 (±2.47)	7 (±2.47)	5.20 (±2.78)	p=0.0000**

*Pearson chi2

** t test

Tabla 5. Escala WHO-5: Tratamiento Psicosocial y Farmacológico

Tratamiento	WHO-5			P
	Normal N=67(≥ 53)	Patológica N=35(≤ 52)	Total=102	
Tratamiento Psicosocial (N %)				
Psicoeducación	28 (41.79)	7 (20)	35 (34.31)	P=0.028
Ayuda mutua	28 (41.79)	14 (40)	42 (41.17)	P=0.861
Ninguno	11 (16.41)	7 (20)	16 (15.68)	P=0.652
Otros tratamientos psicosociales	42 (62.68)	26 (74.28)	68 (66.66)	P=0.238
Tratamiento Farmacológico (N %)				
Anticonvulsivantes (Lamotrigina, Valproato, Carbamazepina)	51 (76.11)	20 (57.14)	71 (69.60)	P=0.048
Antipsicóticos	46 (68.65)	22 (62.85)	58 (56.86)	P=0.555
Antidepresivos	26 (38.80)	13 (37.14)	39 (38.23)	P=0.870
Benzodiazepinas	22 (32.83)	10 (28.57)	32 (31.37)	P=0.659
Litio	23 (34.32)	18 (51.42)	41 (40.19)	P=0.144
Otros tratamientos farmacológicos	6 (8.95)	2 (5.71)	8 (7.84)	P=0.563

ser subsindromáticos, condicionan peores niveles de Funcionalidad y Bienestar Subjetivo. Casi $\frac{3}{4}$ de los pacientes con TB presentan alteraciones funcionales -según la FAST- a pesar de no cumplir con criterios clínicos para episodio afectivo agudo.

La edad de comienzo sintomático (25a) y la de diagnóstico (38a), pone de manifiesto el retraso que existe entre ambas condiciones, hecho que fuera ya documentado por varios autores (Strejilevich et al., 1999).

En relación con los tratamientos, los sujetos que realizaban grupos de ayuda mutua, presentaron mejores niveles de funcionalidad que el resto de los pacientes. Mientras que aquellos que realizaban psicoeducación, presentaron mejor bienestar subjetivo. Algo que debería considerarse es que los pacientes con mejor funcionamiento y bienestar estarían en mejor condición para realizar tratamientos psicosociales, lo que plantea una condición circular.

Con respecto al tratamiento farmacológico, el grupo de pacientes tratado con anticonvulsivos presentó mejor nivel de bienestar subjetivo que los demás tratamientos farmacológicos. Las asociaciones entre tratamientos y bienestar deben ser interpretadas con cautela, ya que podría haber un sesgo derivado de la propia indicación, al no basarse en un estudio aleatorizado.

Un dato interesante surge de las variables tentativas suicidas/tratamiento psicosocial. La regresión logística entre estas variables permite concluir que la presencia de antecedentes de tentativa suicida aumenta casi 4 veces la probabilidad de presentar valores de funcionalidad patológicos (Odds Ratio=3.8). Los pa-

cientes con intento de suicidio serían más graves y poseerían peor funcionalidad. Esto podría condicionar la realización de los tratamientos psicosociales.

El presente trabajo se realizó con la intención de comprender mejor cual es el impacto que el TB tiene en los pacientes, utilizando medidas objetivas como funcionalidad (FAST) y bienestar subjetivo (WHO-5). Esto puede contribuir a tener en cuenta la perspectiva del paciente y así pensar en las mejores estrategias terapéuticas.

Conflicto de intereses: la presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin fines de lucro, los autores declaran no tener conflictos de interés.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, t. e. D.-W., DC.
- Bonnín, C. D. M., Reinares, M., Martínez-Arán, A., Jiménez, E., Sánchez-Moreno, J., Solé, B., . . . Vieta, E. (2019). Improving Functioning, Quality of Life, and Well-being in Patients With Bipolar Disorder. *Int J Neuropsychopharmacol*, 22(8), 467-477. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyz018>
- Bonnín, C. M., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Arán, A., Solé, B., Reinares, M., Rosa, A. R., . . . Torrent, C. (2012). Subthreshold symptoms in bipolar disorder: impact on neurocognition, quality of life and disability. *J Affect Disord*, 136(3), 650-659. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.10.012>
- Bonnín, C. M., Yatham, L. N., Michalak, E. E., Martínez-Arán, A., Dhanoa, T., Torres, I., . . . Reinares, M. (2018). Psychometric properties of the well-being index (WHO-5) spanish version in a sample of euthymic patients with bipolar disorder. *J Affect Disord*, 228, 153-159. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.006>
- Carvalho, A. F., Firth, J., & Vieta, E. (2020). Bipolar Disorder. *N Engl J Med*, 383(1), 58-66. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1906193>
- CEMIC. www.cemic.edu.ar

- Colom, F., Vieta, E., Martínez-Arán, A., García-García, M., Reinares, M., Torrent, C., . . . Salameo, M. (2002). Versión española de una escala de evaluación de la manía: validez y fiabilidad de la Escala de Young. *Med Clin (Barc)*, 119(10), 366-371. [https://doi.org/10.1016/s0025-7753\(02\)73419-2](https://doi.org/10.1016/s0025-7753(02)73419-2) () FUBIPA. <https://fubipa.org.ar/>
- Grunze, H., Vieta, E., Goodwin, G. M., Bowden, C., Licht, R. W., Möller, H. J., & Kasper, S. (2013). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of bipolar disorders: update 2012 on the long-term treatment of bipolar disorder. *World J Biol Psychiatry*, 14(3), 154-219. <https://doi.org/10.3109/15622975.2013.770551>
- Harvey, P. D. (2006). Defining and achieving recovery from bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*, 67 Suppl 9, 14-18; discussion 36-42.
- Josep Argimon Pallas, & Villa, J. J. (2013). *Metodos de investigacion clinica y epidemiologica* (Elsevier, Ed. 4 ed.).
- Keck, P. E., Jr., McElroy, S. L., Strakowski, S. M., West, S. A., Sax, K. W., Hawkins, J. M., . . . Haggard, P. (1998). 12-month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode. *Am J Psychiatry*, 155(5), 646-652. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.5.646>
- Lolich, M., Holtzman, J. N., Rago, C. M., & Vázquez, G. H. (2015). Neuroprogresión y cognición en los trastornos bipolares: una revisión sistemática del rendimiento cognitivo en pacientes eutímicos. *Vertex Rev Arg Psiquiatr*, 26(122), 265-275. ()
- Mackala, S. A., Torres, I. J., Kozicky, J., Michalak, E. E., & Yatham, L. N. (2014). Cognitive performance and quality of life early in the course of bipolar disorder. *J Affect Disord*, 168, 119-124. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.06.045>
- Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., Greenberg, P. E., Hirschfeld, R. M., Petukhova, M., & Kessler, R. C. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry*, 64(5), 543-552. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.543>
- Morton, E., Michalak, E. E., & Murray, G. (2017). What does quality of life refer to in bipolar disorders research? A systematic review of the construct's definition, usage and measurement. *J Affect Disord*, 212, 128-137. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.026>
- Rosa, A. R., Reinares, M., Michalak, E. E., Bonnin, C. M., Sole, B., Franco, C., . . . Vieta, E. (2010). Functional impairment and disability across mood states in bipolar disorder. *Value Health*, 13(8), 984-988. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2010.00768.x>
- Rosa, A. R., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Arán, A., Salameo, M., Torrent, C., Reinares, M., . . . Vieta, E. (2007). Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 3, 5. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-3-5>
- Sanchez-Moreno, J., Martínez-Arán, A., Tabarés-Seisdedos, R., Torrent, C., Vieta, E., & Ayuso-Mateos, J. L. (2009). Functioning and disability in bipolar disorder: an extensive review. *Psychother Psychosom*, 78(5), 285-297. <https://doi.org/10.1159/000228249>
- Stagnaro, J. C., Cía, A., Vázquez, N., Vommaro, H., Nemirovsky, M., Serfaty, E., . . . Kessler, R. (2018)a. Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. *Vertex Rev Arg Psiquiatr*, 29(142), 275-299.
- Stagnaro, J. C., Cía, A. H., Aguilar Gaxiola, S., Vázquez, N., Sustas, S., Benjet, C., & Kessler, R. C. (2018)b. Twelve-month prevalence rates of mental disorders and service use in the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 53(2), 121-129. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1475-9>
- Stevens, J. (1992). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (N. J. L. E. A. Mahwah, 2002., Ed.).
- Strejilevich, S., Bonetto, G. G., Chan, M., Galeno, R., De Lajonquiere, C., Triskier, F., . . . Nicola, K. (1999). Problemas actuales respecto del diagnóstico y tratamiento del Trastorno Bipolar en nuestro medio: Experiencia y opinión de los usuarios. *Prensa Médica Argentina*, 86(8), 823-830.
- Tohen, M., Hennen, J., Zarate, C. M., Jr., Baldessarini, R. J., Strakowski, S. M., Stoll, A. L., . . . Cohen, B. M. (2000). Two-year syndromal and functional recovery in 219 cases of first-episode major affective disorder with psychotic features. *Am J Psychiatry*, 157(2), 220-228. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.2.220>
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychother Psychosom*, 84(3), 167-176. <https://doi.org/10.1159/000376585>
- Vieta, E., & Torrent, C. (2016). Functional remediation: the pathway from remission to recovery in bipolar disorder. *World Psychiatry*, 15(3), 288-289. <https://doi.org/10.1002/wps.20351>
- Vigo, D., Thornicroft, G., & Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry*, 3(2), 171-178. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(15\)00505-2](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(15)00505-2)
- WHO. (1996). ¿Que calidad de vida? Foro mundial de la salud 1996, 17, 385-387. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>
- WHO. (1998). Use of well-being measures in primary health care - the DepCare project health for all. In: World Health Organization, Regional office for Europe.
- Yatham, L. N., Kennedy, S. H., Parikh, S. V., Schaffer, A., Bond, D. J., Frey, B. N., . . . Berk, M. (2018). 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*, 20(2), 97-170. <https://doi.org/10.1111/bdi.12609>
- Young, R. C., Biggs, J. T., Ziegler, V. E., & Meyer, D. A. (1978). A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry*, 133, 429-435. <https://doi.org/10.1192/bjp.133.5.429>