



## COMPONENTES DE ACTIVIDAD, PARTICIPACIÓN Y AMBIENTE DE LA CIF Y SU RELACIÓN CON LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO BIPOLAR

### ACTIVITY, PARTICIPATION AND ENVIRONMENT COMPONENTS OF THE ICF AND ITS RELATIONSHIP WITH THE PERCEPTION OF THE QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH A DIAGNOSIS OF BIPOLAR DISORDER

Isis Dittel Dittel<sup>a</sup>, Pablo Cordero Quesada<sup>a</sup> &  
Carlos Sandoval-Chacón<sup>a,b</sup>

INVESTIGACIÓN  
DESCRIPTIVA

#### RESUMEN

Los componentes ambientales, de actividad y participación descritos por la Clasificación Internacional de Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF)<sup>1</sup>, son categorías de funcionamiento humano y se ha observado que pueden ejercer influencia en la percepción de calidad de vida de personas con discapacidad asociada a trastorno mental. En el presente estudio se pretendió demostrar esta influencia en personas con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) y la posible direccionalidad de la misma. Se utilizó el Cuestionario para la Evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud WHO-DAS II, y el World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF) ambas en su versión en español. Se encontró una percepción moderada de la calidad de vida en la población estudiada, existiendo una correlación negativa entre componentes de funcionamiento y contextuales, con la percepción de calidad de vida. Así mismo, el Componente de Participación “Relacionarse con otras personas” marca de forma significativa la diferencia en las percepciones de calidad de vida.

**Palabras clave:** CIF, Trastorno Afectivo Bipolar, calidad de vida, funcionamiento y salud mental.

#### ABSTRACT

Environmental, activity and participation components described by the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)<sup>1</sup>, are two broad categories of human functioning and has been observed that can influence the perception of quality life of people with disabilities related with mental disorders. In the present study it was intended to demonstrate this influence in people diagnosed with bipolar disorder (BD) and possible directionality of it. World Health Organization - Disability Assessment Scale (WHO-DAS II) and the World Health Organization - Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF) in its Spanish version were used. A perception of moderate quality of life in the population studied was scored, there was a negative correlation between performance and contextual components with the perception of quality of life. Likewise, the participation component “Relate to others” significantly mark the difference in perceptions of quality of life.

**Keywords:** ICF, Bipolar Disorder, quality of life, functioning and mental health

<sup>a</sup> Universidad Católica de Costa Rica, Escuela de Psicología, contacto: [isisdittel@gmail.com](mailto:isisdittel@gmail.com) ; [pablocorderoq@gmail.com](mailto:pablocorderoq@gmail.com)

<sup>b</sup> Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Hospital Nacional Psiquiátrico, Servicio de Psicología Clínica, contacto: [carlospsicr@gmail.com](mailto:carlospsicr@gmail.com)



## INTRODUCCIÓN

El trastorno afectivo bipolar es un trastorno mental y del comportamiento que causa cambios inusuales en el humor, donde la energía, los niveles de actividad y la capacidad de llevar a cabo diversas tareas se ven afectados<sup>2</sup>. Los trastornos bipolares a su vez se subdividen en trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado, y van a implicar necesariamente la presencia (o historia) de episodios maníacos, episodios mixtos o episodios hipomaníacos, y que normalmente vendrán acompañados por la presencia, o historia de episodios depresivos mayores<sup>3</sup>. La literatura refiere que cerca del 15 a 20% de pacientes con bipolaridad cometen suicidio, se ha calculado que en promedio la persona pasa ciento veinticinco meses de su vida enfermo, para un total de aproximadamente catorce años de su vida productiva perdida y que en el 50% de los casos no se llega a alcanzar un adecuado estatus laboral<sup>4</sup>.

La discapacidad es una situación heterogénea que envuelve la interacción de una persona en sus dimensiones física o psicológica y los componentes de la sociedad en la que se desarrolla y vive<sup>5</sup>.

Basados en el modelo biopsicosocial de la salud, la Clasificación Internacional de Funcionamiento y Discapacidad<sup>1</sup> pretende desarrollar políticas y acciones dirigidas a crear un equilibrio entre los modelos anteriores, así mismo, un modelo holístico de salud y enfermedad, considerando al individuo un ser que participa de las esferas biológicas,

psicológicas y sociales, donde cada sistema influye en los otros y viceversa<sup>6,7</sup>.

Otros estudios exponen la complejidad del concepto de funcionamiento que implica la capacidad de trabajo, estudio, vida independiente, actividades de recreo y relaciones interpersonales. No obstante, se presenta como una dificultad en el funcionamiento del cuerpo, creando una afectación personal o en los niveles de la sociedad, en uno o más ámbitos de la vida, según la experiencia del individuo en su condición de salud y su interacción con los factores contextuales<sup>8</sup>.

La OMS<sup>9</sup> determina que la Calidad de Vida es “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y sistema de valores en el que vive y con respecto a sus objetivos, expectativas, estándares e intereses”. Estudios consultados como Cabello et al.<sup>10</sup>, utilizaron el modelo de la CIF para explorar el nivel de funcionamiento en pacientes bipolares no-eutímicos, destacando que más del 50% de los participantes presentaron algún nivel de discapacidad en el 55% de las categorías recogidas en la Checklist de la CIF.

Sánchez-Moreno et al.<sup>11</sup>, basándose en el mismo modelo, demostraron que el nivel de funcionamiento se mira afectado en al menos 35% de las categorías de la CIF y que alrededor del 75% de la Checklist de estas categorías representaron el funcionamiento en un paciente bipolar eutímico desde la perspectiva de los participantes.



Aportes como los de Gutiérrez-Rojas et al.<sup>12</sup>, vienen a evidenciar que existe una evidente afectación en el funcionamiento en variables clínicas y demográficas que se asociarán con una baja calidad de vida para esta población.

## **MATERIALES Y MÉTODO**

El estudio se enmarca como una investigación de tipo descriptiva correlacional de diseño transversal. Se realizaron evaluaciones y mediciones relacionadas con el desempeño funcional y la percepción de calidad de vida para alcanzar los objetivos planteados.

### **Participantes**

Los participantes fueron reclutados en la Asociación Costarricense de Trastornos Anímicos Recurrentes (ACOTAR), la Fundación Costarricense de Trastorno Bipolar (FUCOTBI), y de otras fuentes profesionales en Psicología y Psiquiatría. El proyecto contó con la aprobación por parte del tribunal examinador del Concejo Académico de la Escuela de Psicología de la Universidad Católica de Costa Rica Anselmo Llorente y Lafuente, así como el consentimiento de las instituciones participantes, profesionales, usuarios. La muestra fue de corte no-probabilística, se entrevistaron a 34 sujetos costarricenses, con edades entre los 18 y 65 años, de ambos géneros, pertenecientes al Gran Área Metropolitana, diagnosticados con trastorno afectivo bipolar, de cualquier tipología en un estado eutímico de mínimo tres meses de remisión. También se contemplaron otros criterios de inclusión tal como: el tener

mínimo dos años de haber sido diagnosticado y el consentimiento informado necesario para participar formalmente en el estudio.

### **Procedimientos**

El estudio inició en marzo del 2013, el tiempo requerido para la recolección de la muestra fue de 4 meses. Se identificaron 30 personas que cumplían los criterios de inclusión. Se excluyeron 4 sujetos, por no cumplir con los criterios de edad, tiempo con el diagnóstico y estado eutímico actual. En cuanto al trabajo de campo, se procedió de manera individual y confidencial a dar lectura completa al consentimiento informado, aclarando las dudas correspondientes del participante con respecto al proyecto, su implicación en el mismo y sus derechos como participantes.

Se realizó una entrevista semiestructurada de recopilación de los principales datos sociodemográficos y clínicos, la cual tuvo una duración aproximada de 15 minutos. Se procedió a iniciar la aplicación de los instrumentos. En orden de aplicación, se presentó el Cuestionario para la Evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud, versión española WHO –DAS II<sup>13</sup>. Para la aplicación de este instrumento, se observó una comprensión satisfactoria por parte de los participantes, y el rango de duración de aplicación estuvo entre los 45 minutos y los 90 minutos. Se aplicó además el Cuestionario WHOQOL-BREF versión española<sup>14</sup>, el cual realizaron la mayoría de los participantes de manera autoaplicada. El tiempo de aplicación estuvo entre los 5 minutos y los 10 minutos.



## Instrumentos

Para el logro de los objetivos del estudio se utilizaron dos instrumentos de evaluación. Para evaluar las variables de funcionamiento de actividad, participación y ambiente se utilizó el Cuestionario para la Evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud, versión española WHO –DAS II, desarrollado por la Unidad de Investigación en Psiquiatría de Cantabria (UIPC)<sup>13</sup>. El mismo evalúa el impacto de los estados de salud sobre el nivel de funcionamiento de la persona. Se encuentra compuesto de 36 ítems que agrupan los diversos dominios, permite obtener en un nivel específico y general, una medida de la severidad y duración de la discapacidad resultante de determinada condición de salud; alcanzando también datos acerca de los costos que generan al individuo, la familia o la sociedad<sup>13</sup>.

El instrumento explora el estado actual de discapacidad en un período de los últimos 30 días, en seis dominios que abarcan actividades consideradas esenciales en la mayoría de las culturas, los ítems se puntúan teniendo en cuenta el grado de dificultad experimentado y el nivel de dependencia que el individuo tiene de otras personas o apoyo. De la misma manera, se recolecta información acerca del número de días que en el mes anterior el individuo experimentó las dificultades y sobre los problemas que se derivan<sup>13</sup>.

La presencia de dificultades en cada uno de los dominios propuestos se evalúa de acuerdo a la siguiente escala de puntuación: Ninguna dificultad: puntuación de 1; Leve dificultad: puntuación de 2; Moderada difi-

cultad: puntuación de 3; Severa dificultad: puntuación de 4; Extrema dificultad/no puede hacerlo: puntuación de 5. Con respecto a los niveles de discapacidad determinados por las puntuaciones se describe una escala de 0 (ausencia de discapacidad) a 100 (máximo grado de discapacidad), en los distintos dominios y escalas globales del instrumento<sup>13</sup>.

La validez de este instrumento, es destacada en un estudio observacional analítico de cohortes concurrente, con evaluaciones temporales distintas dirigido a verificar las propiedades psicométricas de la versión final española de treinta y seis ítems. Además se hicieron análisis de validez por medio de la comparación de los resultados obtenidos con los precedentes de otros instrumentos de evaluación de discapacidad ya validados, como el WHOQOL-BREF, el London Handicap Scale (LHS) y el SF-36.

El instrumento cuenta con altos índices de fiabilidad test-retest y de consistencia interna. Así, el análisis de fiabilidad basada en la doble administración del instrumento muestra valores de correlación de Pearson y de Coeficiente de Correlación Intra clase (CCI) en las escalas globales (Escala Global Trabajo; Escala global No trabajo) óptimos por encima de 0.80. Asimismo, el grado de significancia en el caso de la Correlación de Pearson es estadísticamente significativo ( $p < 0.01$ ), y el intervalo de confianza para la Correlación Intra clase (CCI) de 95% <sup>13</sup>.

En cuanto a los índices de fiabilidad encontrados por el análisis de consistencia interna se destacan valores de  $\alpha$  de Cronbach para las Escalas Globales en el conjunto



de población muestral por encima de 0.90 mostrando un alto nivel de fiabilidad. Se determina como instrumento fiable, aplicable transculturalmente y fácil de utilizar en un amplio rango de circunstancias<sup>13</sup>.

Para evaluar las variables de la percepción de calidad de vida (CV), se utilizó la escala de calidad de vida: Versión española del WHOQOL-BREF. BARCELONA (Centro WHO-QOL). Este instrumento es desarrollado por la OMS como una versión abreviada del WHOQOL-100. Esta versión proporciona información sobre cuatro de las seis dimensiones del instrumento original para evaluar la percepción de calidad de vida de un individuo, entre ellas la dimensión física, psicológica, relaciones sociales y de entorno<sup>15</sup>.

Lucas<sup>14</sup>, señala que esta versión se ha desarrollado para utilizarla cuando el tiempo es limitado y en situaciones en que la carga del encuestado se debe reducir al mínimo. Está compuesto por veinticuatro preguntas concernientes a los cuatro dominios, y dos preguntas adicionales que evalúan dos temas por separado, la pregunta 1 relacionada con la percepción individual y general de la calidad de vida y la pregunta 2 sobre la percepción y satisfacción individual de la salud. De cada dominio se derivan puntuaciones, por medio de ítems en una escala de cinco puntos, las puntuaciones se escalan en una dirección positiva (es decir, las puntuaciones más altas indican mayor calidad de vida). La puntuación media de los elementos dentro de cada dominio se utiliza para calcular la puntuación de dominio.

En cuanto a la validez del cuestionario se destacan estudios como el de Skevington,

Lotfy y O'Connell<sup>16</sup> y Lucas<sup>14</sup>. En cuanto a su consistencia interna cuenta con un  $\alpha$  de Cronbach aceptable  $>0.70$  en cada dominio a excepción del dominio social con un valor de 0.68, para el total de la población del estudio de propiedades psicométricas<sup>16</sup>. Los índices de correlación de Pearson de un solo test entre dominios se describen fuertes, positivos y altamente significativos ( $p < 0.0001$ ) en un rango desde 0.46 (dominio físico y social) a 0.67 (dominios físico y psicológico)<sup>16</sup>. Los análisis de consistencia interna, de correlación, de validez de constructo mediante análisis factorial indicaron que el instrumento tiene excelentes propiedades psicométricas de fiabilidad, así como que la prueba es interculturalmente válida<sup>16</sup>.

Lucas evidencia que tanto la versión de WHOQOL-100 y el WHOQOL-BREF presentan propiedades satisfactorias de aceptabilidad, consistencia interna, evidencia de validez convergente y discriminante, por lo que resultan adecuados para el uso con pacientes con distintas condiciones de salud incluyendo esquizofrenia, así como distintas poblaciones, inclusive cuidadores<sup>14</sup>.

## Variables

*Actividad:* Según Vázquez-Barquero et al.<sup>13</sup> la actividad representa la perspectiva del individuo respecto al funcionamiento. Refiere a la realización de una tarea o acción por una persona. La comprensión y comunicación, la capacidad para moverse en su entorno, el cuidado personal y actividades de la vida diaria son dominios que refieren a este constructo.





A nivel de instrumentalización corresponde a los ítems de los dominios 1, 2, 3 y 5 del Cuestionario WHO- DAS II.

*Participación:* Representa la perspectiva de la sociedad respecto al funcionamiento del individuo. La participación resulta de la implicación de la persona en una situación vital<sup>13</sup>. A nivel de instrumentalización corresponde a los ítems del dominio 4 del Cuestionario WHO- DAS II.

*Componente Ambiental:* Como tal se constituye del mundo físico natural con todas sus características, el mundo físico creado por el hombre, las demás personas con las que se establecen diferentes relaciones, las actitudes y valores, los servicios y sistemas sociales y políticos, y las reglas y leyes<sup>13</sup>. A nivel de instrumentalización corresponde a los ítems del dominio 6 del Cuestionario WHO-DAS II.

*Calidad de Vida:* Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los cuales vive, en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones<sup>14</sup>. A nivel de instrumentalización corresponde a todos los ítems del cuestionario WHO QOL-BREF, BARCELONA.

### **Análisis Estadístico**

Los análisis respectivos del estudio, se realizaron por medio del paquete estadístico SPSS Versión 20.0. Para la realización de los análisis estadísticos se recodificaron y se

crearon variables, tanto para las ponderaciones parciales y totales como para los promedios (medias) por dominio de los participantes y las distribuciones por grupos.

Se utilizaron técnicas de estadística descriptiva como análisis de frecuencias, análisis de contingencias, y medidas de tendencia central. Para analizar la relación entre las variables de funcionamiento y los diversos dominios con la variable de percepción de calidad de vida, se implementó la técnica inferencial de análisis de correlación de Pearson, la cual permite analizar la relación entre las variables medidas en un nivel por intervalos o de razón y se calcula a partir de puntuaciones obtenidas con mínimo de dos variables.

Para estimar la relación de cada variable con la variable dependiente de “Percepción de Calidad de Vida”, e identificar cuál de las variables determina la diferencia de esta percepción, se realizó un Análisis de Regresión lo cual permitió alcanzar los objetivos de la investigación, generando resultados estadísticos coherentes y válidos.

### **RESULTADOS**

Dentro de las características clínicas y sociodemográficas se destacan un total de 21 mujeres (70%) y nueve varones (30%), con una media de edad de 45 años y 9 meses, y media de escolaridad de 10.03 años. La mayoría de los participantes portadores del trastorno bipolar I, solteros (as) (36.7%), con hijos y económicamente activos (as), y tienen control por psiquiatría, psicología, y farmacia.



**Resultados relacionados al grado de discapacidad**

Para describir el grado de discapacidad global, se procedió a dividir la muestra en dos grupos utilizando el valor de 50% de grado de discapacidad en la escala global de 0% a 100%, como el valor de punto de división, con el fin de determinar la frecuencia de valores de grado de discapacidad dentro de la muestra. El Grupo 1A mostró un 83.3% (n=25) de valores menores al 50% de grado de dificultad a nivel general en las áreas relacionadas con la concentración, movilización, cuidado personal, relaciones interpersonales, actividades de la casa, laborales y sociales. Lo anterior, con relación a las personas laboralmente activas, presentó mayor impacto en cuanto al Grupo 2B, donde 16 participantes (53.3%) evidenciaron un grado de discapacidad superior al 51%.

**Tabla 1**  
*Grado de Discapacidad Global de la muestra*

Distribución	Muestra		Personas laboralmente activas de la muestra		
	f	%	Distribución	f	%
Grupo 1A (3.26%-50%)	25	83.3	Grupo 1B (2.83%-50%)	14	46.7
Grupo 2A (51%-73.91%)	5	16.7	Grupo 2B (51%-66.04%)	16	53.3

*Nota:* Escala de discapacidad general (0%-100% grado de dificultad) según el Cuestionario WHO-DAS II. Para determinar el perfil de discapacidad en la muestra general la distribución corresponde a los valores 3.26%-50% para el Grupo 1A y de 51%-73.91% para el Grupo 2A. En el caso de las personas laboralmente activas, la distribución para el grupo 1B es de 2.83%-50% y para el grupo 2B de 51%-66.04%.

Para el análisis del perfil de discapacidad por dominios, se dividió la muestra en cuatro

niveles donde los valores se distribuyen 0%-25%; 26-50%; 51%-75%; 76%-100% de dificultad, es decir, en cuartiles. Los datos reportados indican que un 46.7% (n=14) de los entrevistados presentan una dificultad entre 0%-25% en cuanto al área de comprensión y comunicación, 11 individuos presentan entre 26% y 50% de dificultad en esta misma área y 5 personas (16.7%) refieren un nivel de conflicto que adquiere mayor afectación al momento de realizar o asumir la actividad. Sobre la dificultad para moverse en el entorno 21 personas (70%) se encuentran en un nivel entre 0%-25% de dificultad.

El dominio 3 sobre la dificultad en el cuidado personal, destaca al 73.4% (n=22) del total de la muestra en un nivel de 0%-25%. El 53.3% (n=16) de los participantes presentan un nivel de dificultad de 0%-25% para relacionarse con otras personas (ítem 4), y un 26.7% (n=8) entre 26%-50% de dificultad. En cuanto a las Actividades de la vida diaria (no laborales), el 30% (n=9) de los participantes presentan un nivel de 26%-50% de dificultad y 25.7% (n=8) un grado de dificultad entre el 50%-75%.

Con respecto a las dificultades presentadas a nivel de actividades laborales, el 20% (n=6) de los participantes laboralmente activos señalan entre un 26%-50% de dificultad, y un 13.3% (n=4) entre un 51%-75%. Por otro lado, al referirse a las dificultades sobre la Participación en sociedad, un 30% (n=10) de los entrevistados indican dificultades de entre un 51%-75%. La tabla 2 detalla los resultados del perfil de discapacidad por dominios y cuartiles.



**Tabla 2**  
*Perfil de Discapacidad por Dominios según Cuartiles*

Dominios	Niveles de dificultad							
	0%-25 %		26%-50%		51%-75 %		75%-100 %	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Comprensión y comunicación	14	46.7	11	36.7	5	16.7	0	0
2. Moverse en el entorno	21	70	4	13.3	4	13.3	1	3.3
3. Cuidado personal	22	73.3	5	16.7	2	6.7	1	3.3
4. Relaciones con otras personas	16	53.3	8	26.7	3	10	2	6.7
5. Actividades de la vida diaria	9	30	9	30	8	25.7	4	13.3
6. Actividades laborales	5	16.7	6	20	4	13.3	2	6.7
7. Participación en sociedad	9	30	8	26.7	9	30	3	10

Nota: Los valores relativos señalados en el ítem 6 se encuentran dentro del 56.7% del total de la muestra y equivalen a la población laboralmente activa. Los restantes 13 participantes (43.3%) en razón de no encontrarse laborando al momento de realización del estudio.

*Resultados relacionados al grado de Percepción de Calidad de Vida*

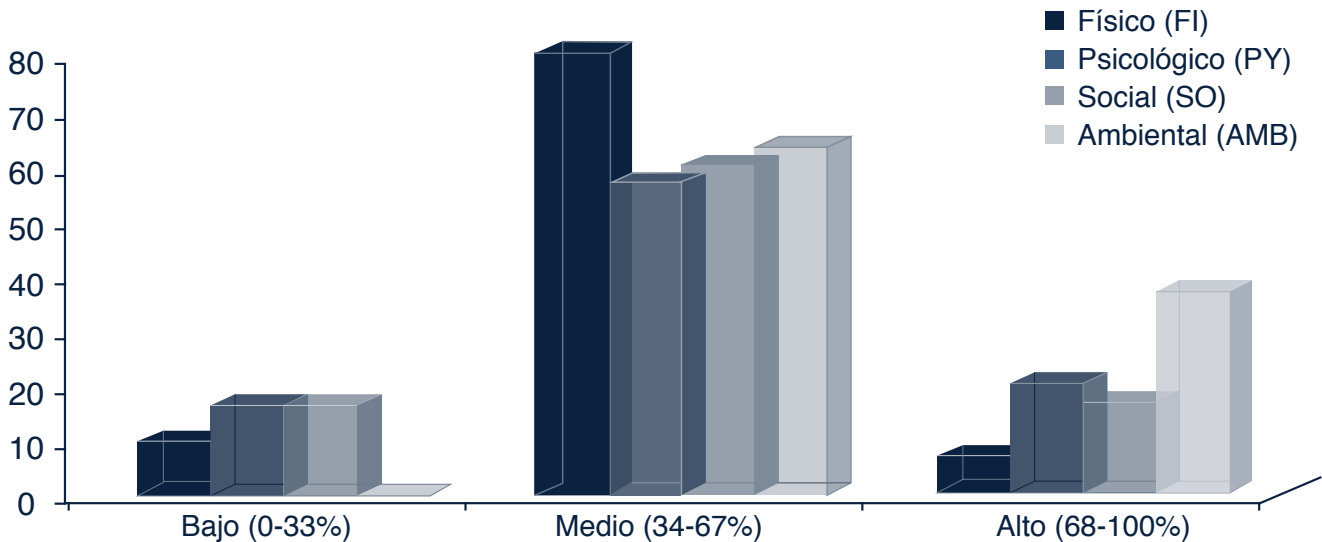
La percepción de calidad de vida se ubicó entre 1.85 y 4.62 (21.17%-90.4%) en la escala de 1 a 5 de acuerdo al instrumento WHOQOL BREF, lo que brinda una descripción de calidad de vida de entre poca y bastante en el mismo instrumento. Ahora bien, para profundizar en el análisis de la percepción de calidad de vida, se procedió a agrupar en tres conjuntos a los participantes, a saber: Baja (0%-33%), Media (34%-67%) y Alta (68% - 100%) en la escala global de 0% a 100%, con el fin de determinar la frecuencia de valores de percepción de calidad de vida dentro de la muestra.

La media de calidad de vida global para los entrevistados es de 53.34% en una escala de 0% a 100% y de 3.13% lo cual señala una percepción “media” de calidad de vida. Esta percepción se hace evidente si se analiza de acuerdo a las dimensiones que involucran el constructo de CV. Lo anterior se detalla a continuación en la Figura 1. Los datos reportados indican porcentajes importantes de los participantes con una valoración media de su percepción de CV en las diversas dimensiones. De esta manera, por ejemplo, un 80% (*n*=24) de los participantes cuentan con satisfacción media de percepción de CV en el área física, un 63% (*n*=19) en el área ambiental, un 60% (*n*=18) en el área social, y un 57% (*n*=17) en el área psicológica.





**Figura 1**  
Percepción de Calidad de Vida



Asimismo, se señala que un 16.7% ( $n=5$ ) tienen una baja percepción en la dimensión psicológica, referida esta como aquellas facetas de CV concernientes con los sentimientos negativos, los sentimientos positivos, amor propio, espiritualidad/religión/creencias personales, el pensamiento, el aprendizaje, la memoria y la concentración (ítems: 6, 7, 26 en específico). Finalmente, un 16.7% ( $n=5$ ) de los participantes se destacaron con una baja satisfacción en el área social concerniente a las relaciones personales, el apoyo social y la actividad sexual (ítems: 21 y 22 en específico).

*Resultados de correlación entre Componentes ambientales y Percepción de Calidad de Vida*

En cuanto a las correlaciones entre el componente ambiental y la calidad de vida, se determinó que la “Participación en sociedad” se correlaciona negativamente con

la “Percepción de Calidad de Vida” de los participantes ( $r= -0.694, p < 0.01$ ). Esto refiere que, entre mayor dificultad se presente en cuanto a la participación social, menor será la percepción de la calidad de vida que la persona se atribuye a sí misma.

Esto es confirmado por las correlaciones respectivas de los diversos componentes ambientales que se identificaron como asociados con la Percepción de Calidad de Vida, a saber: Dificultad en actividades de comunidad ( $r= -0.653, p < 0.01$ ), Afectación emocional ( $r= -0.535, p < 0.01$ ), Dificultad para relajarse ( $r= -0.478, p < 0.01$ ), dificultades de la familia por la condición de salud de la persona ( $r= -0.407, p < 0.05$ ) y dificultad para vivir con dignidad por actitudes de terceros ( $r= -0.405, p < 0.05$ ). De tal modo, los constructos anteriores correlacionan negativamente con la “Percepción de Calidad de Vida”, por lo



que entre mayores dificultades presenten las personas en cada uno de los aspectos mencionados menor será su percepción de su calidad de vida. La tabla 3 especifica las correlaciones y sus respectivos niveles de significancia.

**Tabla 3**  
*Correlaciones entre componentes ambientales y la calidad de vida*

Componentes ambientales	Coefficiente de correlación (p)
1. Dificultad en actividades comunidad	-.653**
2. Dificultad vivir con dignidad por actitudes	-.405*
3. Impacto económico	-.327
4. Dificultad por barreras	-.309
5. Tiempo dedicado salud	-.090
6. Afectación emocional	-.535**
7. Dificultad familia por salud	-.407*
8. Dificultad relajarse	-.478**
9. Dominio Participación en sociedad	-.694**

Nota: \*\*Correlación significativa al 0.01; \* Correlación significativa al 0.05

*Resultados de correlación entre Componentes de Actividad y Percepción de Calidad de Vida*

Los componentes de Actividad vinculados con la Percepción de Calidad de Vida determinaron como los dominios: Comprensión y Comunicación (r = -0.502, p < 0.01), Capacidad para moverse/entorno (r = -0.466 p < 0.01), Cuidado personal (r = -0.367, p < 0.05) y Actividades de vida diaria de las personas inactivas económicamente (r = -0.459, p < 0.05), Actividades de vida diaria de las personas laboralmente activas (r = -0.646 p < 0.01). El total de mediciones

previas correlacionaron negativamente con la variable “Percepción de Calidad de vida”, por lo que es posible denotar que entre mayores dificultades encuentren las personas en los distintos dominios es menor la calidad de vida percibida.

El componente de actividad que mayor correlación negativa tiene con la percepción de calidad de vida es el componente “Actividades de la vida diaria” para las personas que trabajan (r= -0.646 p < 0.01), es decir, quienes entre más dificultades laborales enfrenten disminuirán su percepción de CV.

*Resultados de correlación entre Componentes de Participación y Percepción de Calidad de Vida*

Los componentes asociados a la percepción de calidad de vida los dos dominios que constituyen la variable; el “Cuidado personal” y “Relacionarse con otras personas”. Los puntajes del dominio Cuidado Personal correlacionaron negativamente con la variable “Percepción de calidad de vida” (r = -0.367, p < 0.01), esto significa que entre mayores dificultades afronte la persona en el “Cuidado Personal”, menor percepción de calidad de vida. El dominio “Relacionarse con otras personas” resultó el componente de participación que correlacionó de manera más alta con la calidad de vida, de tal modo que entre mayores dificultades tenga un entrevistado en el área de relaciones personales su calidad de vida disminuirá considerablemente.



*Resultados de Análisis de Regresión: Componentes ambientales, de actividad y participación en la Percepción de Calidad de Vida*

La aplicación de Análisis de Regresión para determinar cuál de los componentes ya sean ambientales o de actividad y participación explican la diferencia en la percepción de calidad de vida, determina que el dominio “Relacionarse con otras personas” constituyente del componente “Participación” ( $t = - 4.033$ ,  $\alpha = 0.003$ ) correlaciona significativamente y en una dirección negativa con la variable “Percepción de Calidad de vida” explicándola en la mayor proporción. De modo que, la participación del individuo, propia-

mente sus relaciones con otras personas determinan la diferencia en su percepción de calidad de vida en términos estadísticos. Esto significa que entre mayores dificultades tenga un individuo en sus relaciones con otras personas contará con una percepción de calidad de vida menor.

Se denota que en el modelo de regresión determina un  $R^2 = .780$ , para la variable Participación propiamente el Dominio de “Relaciones con otras personas” representa cerca del 78% de la variabilidad de la variable dependiente de “Percepción de Calidad de Vida”, explicando la diferencia en la percepción de calidad de vida de los individuos.

**Tabla 4**  
*Análisis de Regresión entre componentes Actividad, Participación, Ambiente y la Calidad de Vida*

	Coeficientes estandarizados		
	$\beta$	t	$\alpha$
1. Comprensión y Comunicación <sup>2</sup>	.116	.427	.679
2. Capacidad para moverse/entorno <sup>2</sup>	.275	1.382	.200
3. Cuidado personal <sup>2 y 3</sup>	-.237	-1.390	.198
4. Relacionarse con otras personas <sup>3</sup>	-1.027	-4.033	.003
5.1 Actividades de vida diaria (no trabajan) <sup>2</sup>	-.252	-1.767	.111
5.2 Actividades de vida diaria (trabajan) <sup>2</sup>	-.093	-.390	.705
6 Participación en sociedad <sup>1</sup>	.092	.462	.655

Nota:  $R = .936a$ ,  $R^2 = 0.78$ ; 1= Componentes ambientales; 2=Componentes de actividad; 3=Componente de participación



## DISCUSIÓN

Es el primer estudio en Costa Rica sobre la influencia de los componentes ambientales, de actividad y participación en la valoración de la percepción de la calidad de vida en personas con TAB, donde la mayor parte de los entrevistados se trataron de mujeres, personas solteras, que cuentan con estudios universitarios, con hijos, económicamente activas, portadores del trastorno bipolar tipo I, cuya edad de inicio es dispar, sin comorbilidad indicada por los criterios de este estudio, con antecedentes psiquiátricos familiares y en control por psiquiatría, psicología y farmacia.

Cabe destacar que 22 personas tienen conocimiento de antecedentes psiquiátricos en su grupo de referencia, aspecto que es congruente con señalamientos referidos ya anteriormente por el APA (DSM- IV-TR)<sup>21</sup> que destacan para el trastorno un patrón familiar de tasas de porcentajes de rango significativos (4% a 24% en TAB I; 1% a 5% en TAB II) en familiares de primer grado. Los datos sobre el conocimiento del diagnóstico clínico refieren una frecuencia mayor en mujeres para el TAB I, TAB ciclotímico y que desconocen el subtipo de TAB, no así para el caso del TAB II donde la mayor frecuencia es presentada en hombres. En cuanto a las personas que desconocen el subtipo de TAB, resulta interesante denotar la influencia e importancia de los procesos psicoeducativos a través de la experiencia con el diagnóstico, pues aspectos como la adherencia al tratamiento pueden verse gravemente afectados al desconocer el curso de su condición de salud de acuerdo al subtipo.

Es posible sintetizar que tanto la muestra general como las personas laboralmente activas, han presentado algún grado de dificultad en su desenvolvimiento general en los últimos 30 días. Esto revela la existencia de algún grado de conflicto al momento de realizar sus diferentes responsabilidades laborales, presentando incidencia ante las exigencias y el desempeño laboral.

En cuanto al área de comprensión y comunicación los datos pueden tener relación a dificultades en situaciones tales como la capacidad de atención y concentración y las soluciones a los diversos problemas de la vida cotidiana.

En cuanto a aspectos relacionados con el entorno se evidencia que los participantes en su mayoría no presentan mayores dificultades para movilizarse y salir de su casa, así como, para caminar largas distancias. Asimismo, para estas personas el realizar actividades como bañarse, vestirse, comer y estar solos durante algunos días, son situaciones que pueden asumir tolerando con cierto grado de dificultad.

En cuanto a la capacidad para relacionarse con otras personas, las mayores dificultades presentes en los participantes fueron en torno a las relaciones con personas cercanas (amigos, familiares, etc.), relacionarse con personas que no conocen, mantener una amistad y lo referente a relaciones sexuales.

En cuanto a las Actividades de la vida diaria (no laborales), los resultados de considerable



número de participantes (55.7%) con dificultades entre el 26% -70% en esta área dan mayor relevancia a los esfuerzos o a la dependencia de las personas que se generan al realizar actividades de la casa en general, tanto en el tiempo requerido y en la conclusión de la totalidad de la actividad. Igualmente la presencia de problemas en el ejercicio laboral cotidiano, en actividades como realizar “bien” el trabajo y “hacerlo tan rápido como era necesario” evidencian la presencia de restricciones que afectan el desempeño de la actividad en el participante.

Elementos como el impacto económico de la condición de salud, la afectación emocional de la enfermedad y las dificultades presentes en la familia entorno al estado de salud son aspectos importantes a considerar al referirse a las dificultades sobre la Participación en sociedad.

La percepción Global de CV de la población al manifestarse en su mayoría en “media”, ésta puede tender a fluctuar dependiendo de las diferentes correlaciones entre variables. Al estar la mayoría de los participantes en los rangos de puntuación de la percepción de CV en valores menores al 67% se indica algún grado de deterioro en la CV de estas personas, confirmando los hallazgos de otros estudios realizados internacionalmente con esta población, donde se destaca una disminución considerable en la CV en diversos ámbitos en comparación con la población general y aún en pacientes eutímicos; y otros que enfatizan que el TAB es una de las enfermedades mentales con más impacto en la vida diaria<sup>12,11</sup>.

Se destaca que en el área ambiental se indica una satisfacción de moderada a alta, y esto se entiende en torno a que esta dimensión cubre algunas facetas particulares en las que los participantes se mostraron bastante o muy satisfechos; como por ejemplo aquellas relacionadas con la accesibilidad a los servicios sanitarios de salud y sociales (CCSS), la satisfacción con el entorno físico donde se vive y el transporte.

Los resultados descritos en cuanto a las correlaciones entre el componente Participación y CV, son coherentes con los hallazgos de Sánchez et al.<sup>8</sup>, Sánchez-Moreno et al.<sup>11</sup> y Ávila et al.<sup>17</sup>, en cuanto al rol y al impacto de los factores contextuales en el funcionamiento de personas con TAB. Estos subrayan, que los factores contextuales impactan significativamente en el funcionamiento de pacientes bipolares, en especial, en torno al apoyo percibido socialmente y las actitudes disfuncionales de la sociedad hacia el trastorno.

En las correlaciones entre Actividad y CV, no es casualidad encontrar correlaciones negativas con la percepción de calidad de vida, cuando otros datos de investigación de corte internacional por ejemplo reafirman lo reportado en relación con el componente “Actividad”, en cuanto al deterioro en el funcionamiento laboral de las personas con TAB<sup>18,19</sup>. Asimismo, otros estudios como el de Rosa et al.<sup>20</sup> destacan que efectivamente en el desorden bipolar se encuentra un deterioro funcional incluso en periodos de remisión, mostrando una alta variación para





los dominios del funcionamiento ocupacional (aspecto laboral) y la autonomía (aspectos de capacidad para moverse/entorno, el cuidado personal, y actividades de vida diaria, hasta en la independencia en la administración de la medicación), siendo éstos los más afectados. Las correlaciones entre los componentes de Participación y CV muestran un deterioro en el funcionamiento de áreas como el autocuidado y relaciones con otras personas, incluyendo familia, amigos, extraños y hasta en las relaciones íntimas, y que esto impacte en el diario vivir de las personas con TAB, es congruente con otros estudios <sup>20,18, 17</sup>

Al determinarse el dominio “Relacionarse con otras personas” constituyente del componente “Participación” como el componente que explica la diferencia en la percepción de calidad de vida de los individuos. Se desprende la importancia que tienen las relaciones con otras personas en la condición de salud de TAB, evidenciándose éstas como elementales en el manejo del trastorno tanto a nivel personal, familiar y social.

En la medida que la persona con TAB y su comunidad cuenten con mayores recursos como habilidades sociales, manejo de impulsos, asertividad, comunicación, entre otros, el bienestar individual de la persona aumenta mejorando el componente de Participación y su Percepción de CV, lo que desenvocaría indudablemente en un fortalecimiento de la psicoeducación tanto a los pacientes, como sus familiares, allegados y comunidad.

El estudio es una investigación pionera en el área clínica respecto al funcionamiento y calidad de vida de personas con TAB, por lo que además de sentar bases para nuevas interrogantes, desmitifica la percepción que popularmente se expresa hacia un mal pronóstico y de una discapacidad grave o total de las personas que cuentan con el diagnóstico. El alto índice de personas solteras y divorciadas, refleja al menos una demora en la formalización de vínculos afectivos.

La alta tasa escolaridad representa un recurso protector en cuanto a que la persona al contar con mayores herramientas académicas aumenta la comprensión en la necesidad de búsqueda de alternativas de mejoramiento y bienestar. En relación al grado de discapacidad global, se marca una diferencia notable en el desempeño y manejo de responsabilidades como las funciones ejecutivas, la atención en la capacidad de respuesta, puntualidad, planificación, ejecución y cumplimiento de objetivos, así como la organización y concentración en la labor.

En el plano contextual se remite una debilidad en los apoyos medio ambientales. Al relacionarse la participación en sociedad, con espacios de relajación, ocio e inclusión comunitaria, a nivel social se evidencia que la dinámica entre la condición de salud y el ambiente familiar y comunal viene a agravar la afectación emocional del individuo ante las actitudes de las otras personas.

Existe la gran necesidad en los diversos espacios de atención de salud de programas



psicoeducativos en el conocimiento del trastorno y el manejo de las diversas y eventuales situaciones cotidianas, tanto a familiares, comunidad y a las personas diagnosticadas. Al contar con una percepción de calidad de vida media, este resultado, destaca los esfuerzos individuales, familiares y de grupos de ayuda en el bienestar de esta población. De tal modo, que ante la falta de una política-social y cultura psicoeducativa alrededor del trastorno, se muestra la efectividad de los esfuerzos de grupos no gubernamentales minoritarios que apoyan para el manejo del mismo.

La participación del individuo, propiamente sus relaciones con otras personas determinan la diferencia en su percepción de calidad de vida en términos estadísticos.

## REFERENCIAS BIBIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud*. Madrid: IMSERSO.
2. National Institute of Mental Health (2009). Bipolar disorder. Recuperado el 17 de agosto de 2012 de <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/bipolar-disorder/nimh-bipolar-adults.pdf>.
3. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM-5)*. 5th. Ed. Washington D.C: American Psychiatric Publishing.
4. Shapiro, A. (2005). *Actualización en el manejo farmacológico del trastorno bipolar*. Trabajo de graduación para optar por el posgrado en Psiquiatría. Universidad de Costa Rica.
5. Unidad de Investigación en Psiquiatría de Cantabria e Instituto de Mayores y Servicios Sociales (UIPC-IMSERSO) (2003). *Programa docente y de difusión de la CIF*. Recuperado el 28 marzo de 2012 de <http://www.carm.es/psocial/cendoc/bdatos/documentos/ficha.asp?iddoc=11371>
6. Minguijón, J., Penacho, M. & Pac, D. (2005). Discapacidad y empleo. Recuperado el 5 febrero de 2012 de [http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/07/docs/Areas%20Genericas/Publicaciones/DISCAPACIDAD\\_EMPLEO.pdf](http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/07/docs/Areas%20Genericas/Publicaciones/DISCAPACIDAD_EMPLEO.pdf)
7. Vanegas, J. & Gil, L. (2007). La discapacidad una mirada desde la teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 51-61.
8. Sánchez, J., Martínez, A., Gadelrab, H., Cabello, M., Torrent, C., Bonnin, C. et al. (2010). The role and impact of contextual factors on functioning in patients with bipolar disorder. *Disability and Rehabilitation*, 32, Suppl 1, S94-S104.



9. Organización Mundial de la Salud (2002). *Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional*. OMS, Ginebra. Recuperado el 4 de noviembre de 2012 de <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4930s/>
10. Cabello, M., Nieto, M., Sánchez, J., Gimeno, P., Martínez, H., Valle, J., Ramos, P. et al. Evaluación del Funcionamiento y la Discapacidad en Pacientes Bipolares No-Eutímicos usando la Clasificación Internacional de Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF); XI Congreso Nacional de Psiquiatría, Santiago de Compostela, España, 2007.
11. Sánchez-Moreno, J., Martínez-Arán, A., Nieto-Moreno, M., Torrent, C., Vieta, E., Martínez, H. & Ayuso-Mateos, J. Detection of Functional Impairments in Euthymic Bipolar Patients using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF); Annual Meeting of American Psychiatric Association; 2007 May 19-24; San Diego, CA. 160 Th.
12. Gutiérrez-Rojas, L., Gurpegui, M., Ayuso-Mateos, J.L., Gutierrez-Ariza, J., Ruiz-Veguilla, M., & Jurado, D. (2008). Quality of life in bipolar disorder patients: a comparison with a general population sample. *Bipolar Disorders* 10, 625-634
13. Vázquez-Barquero, J., Herrera, S., Vázquez, E., y Gaité, L. (2006). *Cuestionario para la evaluación de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (versión española del World Health Organization Disability Assessment Schedule III) WHO-DAS II*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
14. Lucas, R. (2012). The WHO quality of life (WHOQOL) questionnaire: Spanish development and validation studies. *Quality of Life Research* 21, 161–165. doi: 10.1007/s11136-011-9926-3
15. Casas, E. Escandell, M., Ribas, M. & Ochoa, S. (2010). Instrumentos de evaluación en rehabilitación psicosocial. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30 (105), 25-47.
16. Skevington, S., Lotfy, M. & O'Connell, K. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research* 13, 299–310. Recuperado el 28 de marzo de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=104&sid=98ebfef0-7c14-4541-8767-b39f236cf872%40sessionmgr14>
17. Ávila, C., Cieza, A., Anaya, C. & Ayuso-Mateos, J.L. (2011). The Patients'



Perspective on Relevant Areas and Problems in the Bipolar Spectrum Disorder. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, Suppl 1, 181-187. doi: 10.1097/PHM.0b013e31823d54db

18. Sánchez-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. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 285-297. doi: 10.1159/000228249
19. Martínez-Arán et al. (2007). Functional outcome in bipolar disorder: the role of clinical and cognitive factors. *Bipolar Disorders*, 9, 103–113.
20. Rosa, A., Franco, C., Martínez-Arán, A., Sánchez-Moreno, J., Reinares, M., Salamero, M., et al (2008). Functional impairment in Patients with remitted bipolar disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 390-392. doi: 10.1159/000151520
21. American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto Revisado (DSM- IV-TR)*. 4ª.Ed. Revisada. Barcelona: Masson.