



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 11

**“CORRELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y TRASTORNO
DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN DERECHOHABIENTES
ADULTOS CON TRASTORNO BIPOLAR DE LA UMF 11 OOAD
AGUASCALIENTES”**

TESIS PRESENTADA POR:

LEONARDO SEBASTIÁN BRAVO ALONSO

PARA OBTENER EL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR:

DR. JAIME AZAHEL CARRANZA MURILLO

AGUASCALIENTES, AGUASCALIENTES, DICIEMBRE 2024



DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL EXAMEN DE GRADO - ESPECIALIDADES MÉDICAS



Fecha de dictaminación dd/mm/aa: 12/02/25

NOMBRE: BRAVO ALONSO LEONARDO SEBASTIAN ID 160909

ESPECIALIDAD: EN MEDICINA FAMILIAR LGAC (del posgrado): ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

TIPO DE TRABAJO: (X) Tesis () Trabajo práctico

CORRELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN DERECHOABIENTES ADULTOS CON TRASTORNO BIPOLAR DE LA UMF 11 OOAD AGUASCALIENTES

TITULO:

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado): IMPORTANCIA DE ABORDAR EL TEPT EN ADULTOS PARA MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA MEDIANTE ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PERSONALIZADAS Y MULTIDISCIPLINARIAS

INDICAR SI/NO SEGÚN CORRESPONDA:

Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:

- SI El trabajo es congruente con las LGAC de la especialidad médica
SI La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
SI Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
SI Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
SI Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área
SI El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
SI Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
NO Generó transferencia del conocimiento o tecnológica
SI Cumple con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)

El egresado cumple con lo siguiente:

- SI Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Docencia
SI Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios (créditos curriculares, optativos, actividades complementarias, estancia, etc)
SI Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial, en caso de los posgrados profesionales si tiene solo tutor podrá liberar solo el tutor
SI Cuenta con la aprobación del (la) Jefe de Enseñanza y/o Hospital
SI Coincide con el título y objetivo registrado
SI Tiene el CVU del Conahcyt actualizado
NA Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado Sí X No

FIRMAS

Revisó:

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:

MCB.E SILVIA PATRICIA GONZÁLEZ FLORES

Autorizó:

NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

DR. SERGIO RAMÍREZ GONZÁLEZ

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado

En cumplimiento con el Art. 105C del Reglamento General de Docencia que a la letra señala entre las funciones del Consejo Académico: Cuidar la eficiencia terminal del programa de posgrado y el Art. 105F las funciones del Secretario Técnico, llevar el seguimiento de los alumnos.

CARTA DE APROBACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES



AGUASCALIENTES, AGUASCALIENTES, DICIEMBRE 2024

DR. EN FARM. SERGIO RAMÍREZ GONZÁLEZ
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

PRESENTE

Por medio de la presente le informo que el residente de la especialidad de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar no. 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la OOAD Aguascalientes:

DR. LEONARDO SEBASTIÁN BRAVO ALONSO

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

"CORRELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN DERECHOHABIENTES ADULTOS CON TRASTORNO BIPOLAR DE LA UMF 11 OOAD AGUASCALIENTES"

Número de registro institucional: **R-2024-101-132** del comité local de investigación y ética en investigación en salud no. 101

Elaborado de acuerdo con la opción de la titulación: **TESIS**

El **Dr. Leonardo Sebastián Bravo Alonso** asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tenemos inconveniente para que proceda la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular agradezco la atención que sirva a la presente quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

Atentamente

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

CARTA DE APROBACIÓN



AGUASCALIENTES, AGUASCALIENTES, DICIEMBRE 2024

**CARTA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TESIS
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD 101
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.11 IMSS OOAD AGUASCALIENTES**

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

PRESENTE

Por medio de la presente le informo que el residente de la especialidad de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar no. 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la OOAD Aguascalientes:

DR. LEONARDO SEBASTIÁN BRAVO ALONSO

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

"CORRELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN DERECHOHABIENTES ADULTOS CON TRASTORNO BIPOLAR DE LA UMF 11 OOAD AGUASCALIENTES"

Número de registro institucional: **R-2024-101-132** del comité local de investigación y ética en investigación en salud no. 101

Elaborado de acuerdo con la opción de la titulación: **TESIS**


El **Dr. Leonardo Sebastián Bravo Alonso** asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tenemos inconveniente para que proceda la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular agradezco la atención que sirva a la presente quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.


Atentamente


DR. JAIME AZAHEL CARRANZA MURILLO

DIRECTOR DE TESIS

EVIDENCIA DE ENVÍO PARA PUBLICACIÓN DE MANUSCRITO A LA REVISTA MEXICANA DE MEDICINA FAMILIAR





Leonardo Sebastian ▾


AUTOR ▾

ARTÍCULOS

10 Items/página

CÓDIGO	TÍTULO	ESTADO
RMF/0208/24	"CORRELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN DERECHAHABIENTES ADULTOS CON TRASTORNO BIPOLAR DE LA UMF 11 OOAD AGUASCALIENTES"	Pendiente de validación 

Mostrando registros del 1 al 1 de un total de 1 registros.

Anterior
1
Siguiente

RMF - Artículo registrado correctamente

OM

Online submission manuscript <no-reply@permanyer@mail.com>

Para: Usted



Lun 16/12/2024 01:44 PM




Estimado/a Dr/Dra Leonardo Sebastian,

Gracias por su interés en nuestra publicación. Le confirmamos que el artículo "**CORRELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN DERECHAHABIENTES ADULTOS CON TRASTORNO BIPOLAR DE LA UMF 11 OOAD AGUASCALIENTES**" (RMF/0208/24) se ha registrado correctamente en nuestro sistema.

El Comité Editorial de Revista Mexicana de Medicina Familiar con todo gusto revisará su manuscrito y en breve nos comunicaremos con Usted.

Muchas gracias y saludos cordiales.

El Editor
RMF



Teléfono: 315 0441 404 - Col. Palencia, Del. Miguel Alemán
México, D.F. 06100 | ed@rmf.mx | www.rmfmexico.com

Responder
Reenviar

DICTAMEN DE APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación e Investigación
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación 1018
H. GRAL. ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CI 01 001 038
Registro CONBIDÉTICA CONBIDETICA 01 CEI 001 2018092

FECHA Martes, 12 de noviembre de 2024

Doctor (a) Jaime Azahel Carranza Murillo

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Correlación entre calidad de vida y trastorno de estrés postraumático en derechohabientes adultos con trastorno bipolar de la UMF 11 OOAD Aguascalientes** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional
Sin número de registro

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Doctor (a) **AGUILAR MERCADO VIRGINIA VERONICA**
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 1018



DICTAMEN DE APROBACIÓN COMITÉ DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 101
H GRAL ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CI 01 001 038
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 01 CEI 001 2016082

FECHA Martes, 19 de noviembre de 2024

Doctor (a) Jaime Azahel Carranza Murillo

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Correlación entre calidad de vida y trastorno de estrés posttraumático en derechohabientes adultos con trastorno bipolar de la UMF 11 OOAD Aguascalientes** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**.

Número de Registro Institucional

R-2024-101-132

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE



Doctor (a) CARLOS ARMANDO SANCHEZ NAVARRO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 101

AGRADECIMIENTOS

Quiero comenzar, agradeciendo al Instituto Mexicano del Seguro Social y a la Universidad Autónoma de Aguascalientes por la oportunidad que me confirieron para poder especializarme en medicina familiar, a mi sede de residencia, la Unidad de Medicina Familiar No. 11 y a los tres Hospitales Generales de Zona del Estado de Aguascalientes, que me arroparon con sus instalaciones y a su personal médico, administrativo, entre otros, en esta etapa de mi vida.

Agradezco enormemente a mi asesor de tesis, Dr. Jaime Azahel Carranza Murillo, que sin su guía y amable atención no podría haber realizado este complejo proyecto. A la Dra. Erika Roxana Torres Alba, titular de médicos residentes, a la Dra. Sarahi Estrella Maldonado Paredes, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud de la UMF No. 11 y a la Dra. Claudia Susana Fernández Esparza, médica psiquiatra del IMSS HGZ 2 Ags., por haber creído en mí y motivarme a terminar éste arduo trabajo cuando yo estaba por “tirar la toalla”.

Así como a mis compañeros de residencia y demás médicos con quienes compartí el placer de habernos conocido y cruzarnos en nuestro camino alrededor de éstos tres largos años; juntos compartimos experiencias buenas y malas, pero finalmente enriquecedoras que nos han ayudado a seguir aprendiendo de esta noble profesión.

Agradezco a mi bella novia Jeanette, por ser ese apoyo incondicional que siempre necesité y estuvo en todo momento, por quererme en mis buenos y malos momentos. Si quiero decirte que nunca habrá, cosa más bella que tú, cosa más linda que tú, única como eres... Gracias por existir.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación a mi familia

A mi único y querido hermano Hugo Esteban Bravo Alonso, que, además de su cariño, me ayudó insaciablemente en múltiples cuestiones durante este proceso y recomendaciones para que pudiera quedar lo mejor posible, no me aportaste tu granito de arena, me pusiste el desierto. Representas para mi “esa luz al final del túnel”. Te amo hermano.

A mi papá, médico pediatra jubilado del IMSS, Dr. Héctor Hugo Bravo Hernández, gracias por enseñarme lo que es amar esta hermosa profesión, por ayudarme en cada paso que he dado, aún en la etapa de posgrado, a darme una buena educación, ayudarme a formar un carácter noble pero igualmente rígido como el roble cuando la vida te lo exige y hacerme un hombre de bien. Me enseñaste que la vida no es nada fácil aun cuando nunca permitiste que nos faltara nada. Te amo papá.

En especial dedico no solo esta obra, si no todos mis logros que consiga en la vida a mi mamá, la mejor enfermera Ma. De los Ángeles Alonso Rosas, jubilada del IMSS con 2 especialidades en su profesión, enfermería administrativa y quirúrgica; lamentablemente finada el 27 de julio de 2018. Eres el ángel más hermoso del cielo, estoy seguro de que nunca me has dejado de guiar, cuidar y proteger desde arriba, sé que estás siempre presente conmigo y te llevo en mi corazón, aún recuerdo cuando me dijiste “quiero que seas un médico humano, quiero que siempre seas mi doctor”, siempre mejoraré y modificaré para ser el médico que tanto querías. Te amo y extraño.

LO LOGRAMOS MAMÁ, ATTE. TU NIÑO

ÍNDICE GENERAL

1. INTRODUCCIÓN _____ **7**

2. ANTECEDENTES _____ **9**

2.1. BÚSQUEDA SISTEMÁTICA DE LA INFORMACIÓN CON BASE EN BUSCADORES _____ **9**

2.1.1. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES BIPOLARES ADULTOS _____ **9**

2.1.2. TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN PACIENTES BIPOLARES ADULTOS _____ **10**

2.1.3. DIAGRAMA DE COCHRANE _____ **11**

2.2. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS _____ **12**

2.2.1. ANTECEDENTES RELACIONADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES BIPOLARES ADULTOS _____ **12**

2.2.2. ANTECEDENTES RELACIONADOS AL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN PACIENTES BIPOLARES ADULTOS _____ **18**

3. MARCO TEÓRICO _____ **19**

3.1. MARCO CONCEPTUAL _____ **19**

3.2. CONCEPTOS AMPLIOS _____ **19**

3.2.1. TRASTORNO BIPOLAR _____ **19**

3.2.2. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT) _____ **23**

3.2.3. CALIDAD DE VIDA _____ **28**

3.2.4. ESTRÉS _____ **29**

3.2.5. TRAUMA _____ **29**

3.3. TEORÍAS Y MODELOS _____ **29**

3.3.1. MODELO COGNITIVO GENÉRICO DE BECK Y HAIGH (2014) _____ **29**

3.3.2. MODELO DE DIÁTESIS-ESTRÉS DE ZUBIN & SPRING (1977) _____ **31**

3.3.3. TEORÍA COGNITIVA DE EHLERS Y CLARK (2000) _____ **31**

3.3.4. MODELO COGNITIVO SOCIAL DE RESICK, MONSON Y CHARD (2008) _____ **32**

4. JUSTIFICACIÓN _____ **33**

4.1. VULNERABILIDAD _____ **34**

4.2. FACTIBILIDAD _____ **34**

4.3. RESULTADOS QUE SE DESEAN OBTENER _____ **34**

4.4. DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS _____ **35**

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA _____ **35**

5.1. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO _____ **35**

5.2. MAGNITUD, FRECUENCIA, DISTRIBUCIÓN Y CONSIDERACIONES DE GÉNERO _____ **36**

5.3.	CONOCIMIENTO ACTUAL SOBRE EL PROBLEMA	37
5.4.	TRASCENDENCIA	37
5.5.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	38
6.	OBJETIVOS	38
6.1.	OBJETIVO GENERAL	38
6.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	38
7.	HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN	39
7.1.	HIPÓTESIS GENERAL	39
7.2.	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	39
8.	MATERIAL Y MÉTODOS	40
8.1.	TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO	40
8.2.	UNIVERSO Y POBLACIÓN DE ESTUDIO	40
8.3.	UNIDAD DE ANÁLISIS	40
8.4.	TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	40
8.5.	CRITERIOS DE SELECCIÓN	41
8.6.	DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	42
8.7.	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	45
8.8.	LOGÍSTICA Y RECOLECCIÓN DE DATOS	45
8.9.	VALOR CIENTÍFICO Y SOCIAL PARA LA POBLACIÓN	46
8.10	ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS	47
9.	ASPECTOS ÉTICOS	48
9.1.	RESPETO A LOS PARTICIPANTES	49
9.2.	NIVEL DE RIESGO	49
9.3.	PROPORCIONALIDAD ENTRE LOS RIESGOS Y BENEFICIOS	50
9.4.	CONSENTIMIENTO INFORMADO	50
10.	RECURSOS	51
10.1.	RECURSOS HUMANOS	51
10.2.	RECURSOS MATERIALES	52
10.3.	RECURSOS FINANCIEROS	52
10.4.	FACTIBILIDAD	52
11.	RESULTADOS	53
11.1.	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	53

11.2.	DESCRIPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA_____	55
11.3.	CONFIABILIDAD DE LA ESCALA “QOL.BD-CL” _____	59
11.4.	DESCRIPCIÓN DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN BASE A LA ESCALA APLICADA “PCL-5” _____	60
11.5.	CONFIABILIDAD DE LA ESCALA “PCL-5” _____	63
11.6.	CORRELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y TEPT _____	64
12.	<i>DISCUSIÓN</i> _____	67
12.1.	LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES _____	69
13.	<i>CONCLUSIONES</i> _____	70
14.	<i>GLOSARIO</i> _____	72
15.	<i>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i> _____	73
16.	<i>ANEXOS</i> _____	76
A.	CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO _____	76
B.	APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS _____	78
C.	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES _____	82
D.	MANUAL OPERACIONAL PARA LA ESTANDARIZACIÓN Y TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS _____	92
E.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN _____	100
F.	CARTA DE NO INCONVENIENTE _____	101

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	<i>Criterios diagnósticos TB tipo 1 del DSM V</i>	20
Tabla 2.	<i>Criterios diagnósticos del TEPT del DSM V</i>	24
Tabla 3.	<i>Recursos Materiales</i>	52
Tabla 4.	<i>Género</i>	53
Tabla 5.	<i>Estado civil</i>	54
Tabla 6.	<i>Escolaridad</i>	55
Tabla 7.	<i>Escala de calidad de vida (QOL.BD-CL)</i>	57
Tabla 8.	<i>Confiabilidad de la escala de calidad de vida</i>	59
Tabla 9.	<i>Intrusión</i>	60
Tabla 10.	<i>Evitación</i>	61
Tabla 11.	<i>Alteración cognitiva y emocional</i>	62
Tabla 12.	<i>Alteración del estado de alerta y reactividad</i>	63
Tabla 13.	<i>Confiabilidad de la escala de estrés postraumático</i>	63
Tabla 14.	<i>Correlación entre presencia de TEPT y calidad de vida</i>	65
Tabla 15.	<i>Pruebas de normalidad</i>	66
Tabla 16.	<i>Correlación entre puntajes de TEPT y calidad de vida</i>	67

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1.	<i>Género</i>	53
Gráfica 2.	<i>Estado civil</i>	54
Gráfica 3.	<i>Escolaridad</i>	55
Gráfica 4.	<i>Nivel de estrés postraumático</i>	64
Gráfica 5.	<i>Nivel de calidad de vida</i>	64
Gráfica 6.	<i>Calidad de vida y estrés postraumático</i>	65
Gráfica 7.	<i>Trastorno de estrés postraumático y calidad de vida</i>	66

RESUMEN

Antecedentes: El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es un padecimiento que afecta significativamente la calidad de vida de las personas con Trastorno Bipolar (TB). A pesar de las de amplias investigaciones, aun se sabe poco sobre el deterioro de la calidad de vida y el impacto clínico sobre el TEPT en estos pacientes. **Objetivo:** Determinar la correlación entre la calidad de vida y el trastorno de estrés postraumático en los derechohabientes adultos con trastorno bipolar de la UMF 11 OOAD Aguascalientes. **Material y métodos:** Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, transversal, observacional. Para la obtención de datos, se utilizaron dos instrumentos: el “Cuestionario de Calidad de Vida en el Trastorno Bipolar”, versión chilena (QoL.BD-CL) y la “Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático para DSM-5” (PCL-5) versión mexicana, éstos se analizaron mediante el coeficiente de Spearman en el paquete estadístico SPSS versión 26. **Resultados:** El 59% de los participantes reportó una alta calidad de vida, mientras que el 41% indicó una baja calidad de vida. El 32% de los pacientes presentó TEPT, mientras que el 68% no lo presentó. Entre los pacientes con TEPT, el 61% reportó una baja calidad de vida. El análisis de Spearman mostró una correlación negativa significativa entre TEPT y la calidad de vida ($r = -0.350$; $p = 0.001$). Las dimensiones de intrusión y alteración cognitiva fueron las más afectadas. **Conclusiones:** Este estudio subraya la fuerte correlación negativa entre la calidad de vida y el trastorno por estrés postraumático en pacientes con TB. Los hallazgos resaltan la importancia de abordar el TEPT en esta población para mejorar su calidad de vida mediante estrategias de intervención personalizadas y multidisciplinarias.

Palabras clave: *Trastorno Bipolar, Calidad de vida, Trastorno de Estrés Postraumático, Adultos.*

ABSTRACT

Background: Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a condition that significantly affects the quality of life of people with Bipolar Disorder (TB). Despite extensive research, little is known about the deterioration of quality of life and the clinical impact on PTSD in these patients. **Objective:** To determine the correlation between quality of life and post-traumatic stress disorder in adult beneficiaries with bipolar disorder at UMF 11 OOAD Aguascalientes. **Material and methods:** quantitative, transversal and observational study was carried out. Two instruments were used to obtain data: the "Questionnaire on Quality of Life in Bipolar Disorder", Chilean version (QoL.BD-CL) and the "Checable List of Posttraumatic Stress Disorder for DSM-5" (PCL-5) Mexican version, these were analyzed using Spearman's coefficient in the SPSS statistical package version 26. **Results:** 59% of participants reported high quality of life, while 41% reported low quality of life. 32% of patients presented PTSD, while 68% did not. Among patients with PTSD, 61% reported low quality of life. Spearman analysis showed a significant negative correlation between PTSD and QoL ($r = -0.350$; $p = 0.001$). Intrusion and cognitive impairment dimensions were the most affected. **Conclusions:** This study underlines the strong negative correlation between quality of life and PTSD in patients with bipolar disorder. The findings highlight the importance of addressing PTSD in this population to improve their QoL through personalized and multidisciplinary intervention strategies.

Keywords: *Bipolar Disorder, Quality of life, Post-Traumatic Stress Disorder, Adults.*

1. INTRODUCCIÓN

El trastorno bipolar (TB) se define brevemente como una afección afectiva mayor caracterizada por grandes oscilaciones del estado de ánimo (episodios de manía o depresión mayor) y por una tendencia a la remisión y a la recurrencia. En los últimos años se ha incentivado cada vez más a los médicos a promover el empoderamiento, la autogestión, la independencia y la resiliencia del paciente con trastorno bipolar, estos factores están estrechamente asociados al concepto de calidad de vida. Se sabe que el TB conduce a deterioros en la calidad de vida incluso en períodos de eutimia (buen o regular estado de ánimo). En el TB, la mala calidad de vida se asocia con varios aspectos negativos, como una baja resiliencia, el estigma auto percibido y los síntomas depresivos residuales. ⁽¹⁾ El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) se define como una respuesta tardía a un suceso o a una situación estresante (de corta o larga duración), de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que probablemente causarían una enorme angustia a cualquier persona; la cual se revive a través de recuerdos intrusivos (retrospectivos), sueños o pesadillas que ocurren sobre un fondo de aplanamiento personal, desapego, anhedonia, impedimento de las actividades de la vida diaria y de las acciones que se lo recuerden, por lo regular persiste un estado de alerta excesivo, hipervigilancia e insomnio. ⁽²⁾ Se ha visto que los sujetos bipolares tienen un alto riesgo de experimentar eventos traumáticos, esto puede deberse a un comportamiento disruptivo durante la fase de manía o hipomanía donde tienen mayor probabilidad de inducir síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático, o bien, por un suceso traumático en la infancia. ⁽³⁾ La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó una prevalencia de aproximadamente 45 millones de personas a nivel mundial padecían trastorno bipolar en 2019. ⁽⁴⁾ En 2019 habían 14.7 millones de personas en México con algún padecimiento mental en general, estos representaban el 11% de la población general. ⁽⁴⁾ Sobre el Trastorno de Estrés Postraumático, la OMS en 2017 estimó una prevalencia mundial de 3.9% en la población general. ⁽⁵⁾ En el año 2022, se dio a conocer que alrededor de 28% de los mexicanos reportó síntomas de estrés postraumático. ⁽⁴⁾ Baladassano y colaboradores descubrieron que las mujeres

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

bipolares tienen casi el doble de probabilidades de tener TEPT que los hombres bipolares (20,9% frente al 10,6%). ⁽⁶⁾

La UMF 11 OOAD Aguascalientes cuenta con una población total adscrita de 73,016 derechohabientes, de los cuales 5,018 padecen trastornos mentales y 152 de estos son portadores de trastorno bipolar. Existen algunas investigaciones que resaltan la importancia de la afectación de la calidad de vida en los pacientes con TB, en las que se puede recabar que, el manejo de los síntomas de depresión y los modificables del Trastorno Bipolar (como reserva y capacidad cognitiva, síntomas del estado de ánimo) pueden mejorar la calidad de vida ⁽¹⁾, también que la calidad de vida física y mental relacionada con antecedentes de pensamientos suicidas y síntomas psicóticos se asocian con una mala calidad de vida ⁽⁷⁾. La trascendencia de la presente investigación radica en el vacío del conocimiento de la correlación entre la calidad de vida y el Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes bipolares, solo encontrándose un artículo en la literatura, en el que Quarantini y colaboradores concluyen que el TEPT hace que los pacientes bipolares tengan un peor resultado clínico, un mayor número de intentos de suicidio, por lo tanto, una peor calidad de vida ⁽³⁾; Por lo que esto debe continuar investigándose enérgicamente.

2. ANTECEDENTES

Las variables utilizadas se identificaron y determinaron en base a MeSH (Medical Subjects Headings), y éstas fueron:

- **Trastorno bipolar:** “Bipolar Disorder”.
- **Trastorno por Estrés Postraumático:** “Post Traumatic Stress Disorder”, “PTSD”.
- **Calidad de Vida:** “Quality of Life.”
- **Adultos:** “Adults”.

2.1. BÚSQUEDA SISTEMÁTICA DE LA INFORMACIÓN CON BASE EN BUSCADORES

2.1.1. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES BIPOLARES ADULTOS

Web of Science (WOS).

Se utilizó la variable *Bipolar Disorder*, el operador booleano *and*, y la variable *Quality of Life*, el operador booleano *and*, y la variable *Adults*: se encontraron 168 resultados.

Biblioteca Virtual en salud (BVS).

Se utilizó la variable *Bipolar Disorder*, el operador booleano *and*, y la variable *Quality of Life*, el operador booleano *and*, y la variable *Adults*: se encontraron 91 resultados.

PubMed.

Se filtró por todos los campos, Se utilizó la variable *Bipolar Disorder*, el operador booleano *and*, y la variable *Quality of Life*, el operador booleano *and*, y la variable *Adults*: se encontraron 56 resultados.

2.1.2. TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN PACIENTES BIPOLARES ADULTOS

Web of Science (WOS).

Se utilizó la variable *Bipolar Disorder*, el operador booleano *and*, y la variable *Post Traumatic Stress Disorder*, el operador booleano *and*, y la variable *Adults*: se encontraron 68 resultados.

Biblioteca Virtual en salud (BVS).

Se utilizó la variable *Bipolar Disorder*, el operador booleano *and*, y la variable *Post Traumatic Stress Disorder*, el operador booleano *and*, y la variable *Adults*: se encontraron 98 resultados.

PubMed.

Se filtró por todos los campos, Se utilizó la variable *Bipolar Disorder*, el operador booleano *and*, y la variable *Post Traumatic Stress Disorder*, el operador booleano *and*, y la variable *Adults*: se encontraron 16 resultados.

2.1.3. DIAGRAMA DE COCHRANE

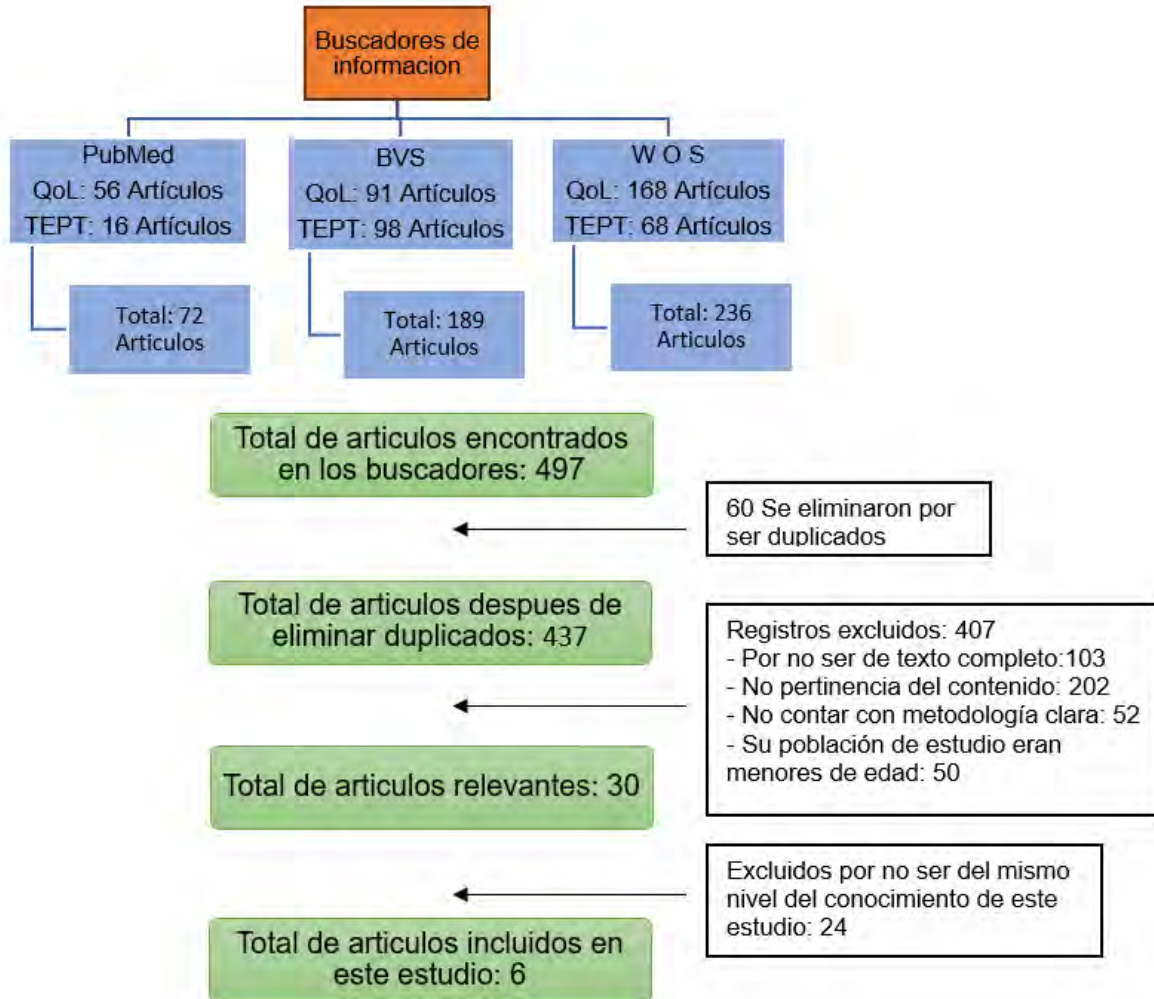


Figura 1. Diagrama de Cochrane para revisiones sistemáticas

2.2. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

2.2.1. ANTECEDENTES RELACIONADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES BIPOLARES ADULTOS

O'rourke N., Y Colaboradores (2021). **“Fallos cognitivos percibidos y calidad de vida en adultos mayores con trastorno bipolar”**. Realizaron un estudio en Canadá de tipo correlacional, con el objetivo de medir la calidad de vida de ampliamente y relacionada con el trastorno bipolar. Materiales y métodos: reclutaron a 350 adultos de 50 y 87 años (edad media = 61 años). con trastorno bipolar (TB) por medio de redes sociales. La mayoría vivía en Canadá, otros eran de Estados Unidos, Reino Unido, Irlanda, Australia y Sudáfrica. Se les preguntó si conocían su subtipo de trastorno bipolar, así como la fecha de haber sido diagnosticados, se les pidió que mencionaran todos los medicamentos psicotrópicos que tomaban, si tenían condiciones psiquiátricas comórbidas. Se utilizaron los instrumentos: “Cuestionario de fallas cognitivas (CFQ)” un auto informe de fallos percibidos o subjetivos en la percepción, la memoria y la función motora. La “Escala de síntomas del trastorno bipolar (BDSx)”, que mide dos factores depresivos (cognitivos, somáticos) y dos hipomaníacos (síntomas de afrontamiento, euforia/pérdida de percepción). La “Escala de ideación suicida geriátrica (GSIS)”, Mide cuatro factores: la pérdida de voluntad de vivir, ausencia de significado en la vida, pérdida de autoestima e ideación de muerte. El “índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI)” evalúa la eficiencia, latencia, alteraciones y duración del sueño, el uso de medicamentos para dormir y la disfunción diurna. La “Prueba de identificación de trastornos por consumo de alcohol (AUDIT)”, esta demuestra si la pérdida cognitiva es mayor en pacientes con trastornos concomitantes por consumo de alcohol. La “Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)”. El “índice Espiritual de Bienestar (SiWB)” mide el nivel auto percibido de religiosidad y espiritualidad. Este artículo se compone de dos estudios. El primer estudio propuso confirmar la estructura de tres factores de los fallos cognitivos percibidos, en el que destacaron distintos factores como olvido, distracción y falsos desencadenantes. En el segundo estudio examinaron los errores cognitivos, los síntomas de depresión e hipo/manía, así como ideación suicida como predictores de la calidad de vida. Se supuso que tanto las fallas cognitivas como los síntomas del trastorno bipolar predecían directa e indirectamente una mala calidad de vida (a través

de la ideación suicida). Resultados: Los resultados del estudio apoyan el modelo de 3 factores de fallos cognitivos percibidos. Al igual que en los adultos mayores libres de enfermedades mentales, el olvido, la distracción y los desencadenantes falsos contribuyen significativamente a la medición. Observaron que cada uno de estos factores están fuertemente correlacionados ($0,80 < r < 0,84$), los fallos cognitivos percibidos fueron predichos por los síntomas de depresión e hipo/manía, y las fallas cognitivas predijeron directa e indirectamente la calidad de vida. Conclusiones: Las fallas cognitivas percibidas se asocian significativamente con la calidad de vida de los adultos mayores con trastorno bipolar. Tanto para los errores cognitivos como para los síntomas del trastorno bipolar, su efecto indirecto sobre la calidad de vida (a través de la ideación suicida) es mayor que el efecto directo. ⁽⁸⁾

Thomas, S. P., Y Colaboradores (2016). “Discapacidad y calidad de vida de sujetos con trastorno bipolar en remisión”. Realizaron un estudio correlacional en la India, con el **objetivo** de evaluar el nivel de discapacidad y la calidad de vida en pacientes ambulatorios con Trastorno Bipolar (TB) en remisión e identificar las características sociodemográficas, clínicas y las relacionadas con el tratamiento asociadas con un resultado clínico no favorable. **Materiales y métodos:** Reclutaron pacientes entre 20 y 60 años con diagnóstico de Trastorno Bipolar en remisión en el momento del estudio sin otras comorbilidades, que asistieron al Departamento Ambulatorio de Psiquiatría del MOSC Medical 2, Kolenchery, entre agosto de 2014 y agosto de 2015, Utilizaron los instrumentos: “Escala de Evaluación de Hamilton para la Depresión”, la “Escala de Calificación de Manía de Young (YMRS)” que sirve para evaluar la gravedad de los síntomas maníacos, durante las últimas 48 horas y de los que se observan durante la entrevista, así como la respuesta al tratamiento, la “Escala de Calidad de Vida de la OMS versión corta (WHO QOL-BREF)” que comprende cuatro dominios: físico, psicológico, de relaciones sociales y ambiental, con dos elementos sobre la percepción general del individuo sobre la calidad de vida y su salud. El “Calendario 2.0 de Evaluación de la Discapacidad de la OMS (WHO- DAS)” evalúa el nivel de funcionamiento en seis dominios: (I) cognición, (II) movilidad, (III) autocuidado, (IV) llevarse bien, (V) actividades de la vida y (VI) participación en la sociedad. A si

como la “Escala de estatus socioeconómico de Kuppuswamy” que evalúa 3 medidas: la educación, la ocupación y el ingreso familiar. Los individuos se clasificaron como pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo, bajo alto, medio bajo, medio alto y alto. Para el análisis estadístico emplearon el coeficiente de correlación de Pearson y la prueba T de Student para evaluar la significación estadística. Se realizó una regresión lineal múltiple después de un ajuste por edad y sexo. **Resultados:** Se evaluaron ochenta y cuatro pacientes, sobre el WHO-DAS la discapacidad máxima se identificó en el dominio 4 (llevarse bien) seguida del dominio 2 (movilidad). Del WHO-QOL-BREF la puntuación más baja se identificó en el dominio 3 (interacciones sociales). Las puntuaciones de discapacidad se asociaron significativamente con el aumento de la edad, género femenino y no recibir ingresos económicos. A su vez, las puntuaciones más bajas de calidad de vida se asociaron significativamente con una edad cada vez mayor y una puntuación de discapacidad más alta. **Conclusiones:** La mayoría de los pacientes bipolares en remisión sufren de una discapacidad integral significativa además de una calidad de vida disminuida, por lo que consideran necesario realizar más estudios, para así desarrollar intervenciones para reducir la discapacidad y mejorar su la calidad de vida. ⁽⁹⁾

Cotrena C., Y Colaboradores (2020). “Predictores de la calidad de vida en el trastorno bipolar: un camino de estudio analítico en todos los campos”. Ejecutaron un estudio transversal de casos y controles en Brasil, con el objetivo de investigar la calidad de vida en el Trastorno Bipolar (TB) y analizar su relación con factores modificables (reserva y capacidad cognitiva, síntomas del estado de ánimo) y no modificables (diagnóstico, intentos de suicidio previos, abuso de sustancias y edad). Materiales y métodos: reclutaron a 121 participantes mayores de 18 años sin trastornos del estado de ánimo y 109 pacientes con trastorno bipolar (48 con tipo I y 61 con tipo II), estos últimos fueron reclutados en la unidad ambulatoria de trastornos del estado de ánimo de un hospital psiquiátrico público, una clínica universitaria y en la práctica privada. Los participantes controles fueron reclutados por conveniencia en entornos laborales y universitarios, así como de la comunidad en general. Excluyeron a aquellos que presentaran síntomas psicóticos en el momento, deficiencias sensoriales, quienes

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

tuvieran abuso de sustancias dentro de los 30 días posteriores a la prueba, antecedentes de trastornos neurológicos (como lesión cerebral traumática, accidente cerebrovascular) y/o demencia. Se utilizó la “Examinación del estado Mini-Mental (MMSE; Folstein et al., 1975, adaptado por Chaves e Izquierdo (1992)) para detectar la presencia de demencia, además de la “Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)”, complementada con los criterios diagnósticos del DSM-v para detectar trastorno bipolar y condiciones comórbidas. El estado de ánimo actual se midió con la “Escala de Calificación de Depresión de Hamilton” (adaptada por Blacker, 2000) y la Escala de Calificación de Manía de Young. La calidad de vida se evaluó mediante el “Cuestionario de calidad de la OMS versión corta (WHOQOL-BREF)”. Resultados: Para identificar qué predictores se asociaban más significativamente con la calidad de vida, se realizó un procedimiento paso a paso hacia atrás para cada constructo latente subyacente a los dominios de la escala WHOQOL-BREF. La calidad de vida se midió con los dominios personal y social, y se determinó que posiblemente los síntomas hipomaníacos, por sí solos, podrían tener un efecto variable en la calidad de vida, pero cuando ocurren en combinación con síntomas depresivos tienen un peor impacto en el bienestar personal. Conclusiones: el manejo de los síntomas de depresión y los modificables del TB (como reserva y capacidad cognitiva, síntomas del estado de ánimo) pueden mejorar la calidad de vida. Un diagnóstico de trastorno bipolar y/o trastornos por uso de sustancias fueron factores de riesgo de mala calidad de vida y pueden indicar la necesidad de realizar intervenciones preventivas en estos pacientes.⁽¹⁾

Anyayo L., Y Colaboradores (2021). “Calidad de vida relacionada con la salud entre pacientes con trastorno bipolar en zonas rurales del suroeste de Uganda: un estudio transversal hospitalario”. Efectuaron un estudio transversal y de correlación en Uganda, con el objetivo de determinar la correlación entre la calidad de vida y otros factores asociados en pacientes con Trastorno Bipolar (TB) que viven en las zonas rurales del suroeste de Uganda. Materiales y métodos: Recopilaron datos de pacientes con TB mayores de 18 años en fase de remisión, de un periodo comprendido del 15 de abril al el 20 de junio de 2017 de la clínica ambulatoria de salud mental perteneciente al Hospital Regional de Referencia del distrito de Mbarara (MRRH)

excluyeron pacientes con disminución cognitiva y que no se encontraran bien físicamente para participar, la muestra total fue de 169, utilizaron un cuestionario generado localmente para recopilar información sociodemográfica y clínica, como la edad, sexo, estado civil, nivel de educación y fuente de ingresos; Así como la edad de diagnóstico de TB, el número de episodios en el último año, el número de ingresos hospitalarios en el último año, la presencia de pensamientos suicidas y síntomas psicóticos en el último episodio agudo. Evaluaron la calidad de vida relacionada con la salud utilizando el la versión corta de la “Encuesta de salud de resultados médicos No. 36 (SF-36)”, mide el bienestar y funcionamiento auto percibido; alteración del rol que desempeñan debido a dificultades físicas (interrupción del rol físico); alteración del rol causada por dificultades emocionales (interrupción del rol emocional); además de funcionamiento social, salud mental, vitalidad, salud general, y dolor corporal, los valores inferiores a 50 indicaron una mala calidad de vida relacionada con la salud y los superiores a 50 indicaron una buena calidad de vida, Resultados: La edad media de los participantes fue 37 años, el 54.4% fueron mujeres, el 66,8% de los participantes tenían una deficiencia del componente físico, mientras que el 81% tenían una deficiencia del componente mental. Tanto la mala calidad de vida física como la mental tuvieron una asociación estadísticamente significativa con antecedentes de pensamientos suicidas y antecedentes de síntomas psicóticos. Conclusión: La calidad de vida física y mental de los participantes fue mala y se asoció con antecedentes de pensamientos suicidas y síntomas psicóticos. Es necesario abordar los síntomas psicóticos y los pensamientos suicidas en los pacientes con trastorno bipolar. ⁽⁷⁾

Khafif T. C., Y Colaboradores (2021). “Calidad de vida y resultados clínicos en el trastorno bipolar: un estudio longitudinal de 8 años”. Realizaron un estudio de correlación, prospectivo y longitudinal en Sao Paulo, Brasil, con el objetivo de investigar la correlación entre las puntuaciones longitudinales del “Cuestionario de Calidad de Vida, versión breve de la OMS” (WHOQOL-BREF) y las variables clínicas longitudinales e iniciales indicativas del trastorno bipolar en un periodo de 8 años. Materiales y métodos: Reclutaron 36 pacientes de entre 18 y 70 años, pertenecientes al Programa ambulatorio de Investigación en Trastorno Bipolar (PROMAN) del Instituto de Psiquiatría

de la Universidad de São Paulo. Excluyeron a los participantes que estuvieron ausentes por más de 6 meses o que estuvieran recibiendo tratamiento en otra institución. El cuestionario "WHOQOL-BREF", fue completado por todos los participantes en tres momentos: 2009 (línea de base), 2015 (6 años) y 2017 (8 años). Se requirió que los participantes estuvieran en fase de eutimia (estado de ánimo regular) para completar el cuestionario, definido por una puntuación inferior a 7 en la "Escala de Hamilton para la Depresión" y en la "Escala de Manía de Young". Resultados: de los 36 participantes, 12 fueron hombres y 24 mujeres, con una edad media de 50 años y 12 años de educación formal. Los participantes tuvieron un promedio de 0,83 episodios maníacos y 2,97 episodios depresivos durante los 8 años, con un promedio total de 4,69 entre ambos. En promedio, los pacientes fueron hospitalizados 0,58 veces y tuvieron 0,02 intentos de suicidio. La correlación de Pearson entre la calidad de vida inicial y las variables de resultados encontraron una positividad con el número de episodios maníacos y una correlación negativa entre las puntuaciones de calidad de vida inicial y el número de episodios depresivos. Por medio de un modelo de regresión de recuento, se encontró que el número de episodios maníacos y depresivos eran significativamente asociados con las puntuaciones iniciales del WHOQOL-BREF. Conclusión: los resultados sugieren que la calidad de vida medida por la escala WHOQOL-BREF, se ve afectada negativamente por los episodios depresivos y es bastante estable durante el curso de eutimia de los pacientes bipolares. En el estudio, las tres puntuaciones se correlacionaron negativamente con episodios depresivos, y una alta puntuación del WHOQOL-BREF se correlacionó positivamente con episodios maníacos, lo que sugiere que puntuaciones más altas, tanto al inicio como a lo largo del curso del trastorno, pueden estar asociadas con una mayor aparición de episodios maníacos, mientras que puntuaciones más bajas de calidad de vida pueden predecir una mayor aparición de episodios depresivos. Además, las tres puntuaciones revelaron correlaciones positivas significativas entre sí, lo que sugiere que la calidad de vida, medida por el cuestionario WHOQOL-BREF, se mantuvo constante durante el período observado de 8 años. Finalmente, los pacientes que presentaban trastorno obsesivo compulsivo (TOC), trastorno de estrés postraumático (TEPT) y comorbilidades por abuso de sustancias revelaron puntuaciones del cuestionario WHOQOL-BREF consistentemente más bajas,

lo que sugiere que estas comorbilidades pueden ser un predictor importante de la calidad de vida en pacientes con trastorno bipolar. ⁽¹⁰⁾

2.2.2. ANTECEDENTES RELACIONADOS AL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN PACIENTES BIPOLARES ADULTOS

Quarantini L. C., y Colaboradores (2010). “El impacto del trastorno de estrés postraumático comórbido en pacientes con trastorno bipolar”. Realizaron un estudio en Brasil de tipo correlacional y transversal con el objetivo de examinar si los pacientes con trastorno bipolar (TB) y trastorno de estrés postraumático (TEPT) comórbido tienen un mayor riesgo de peores resultados clínicos. Materiales y métodos: Reclutaron una muestra de 405 pacientes ambulatorios con trastorno bipolar tipo I del Hospital de Clínicas de la Universidad Federal de Porto Alegre y del Hospital Universitario de la Universidad Federal de Bahía, Brasil, de entre 19 y 57 años de edad, los cuales fueron evaluados mediante la entrevista clínica estructurada para el DSM-IV, la “Escala de Calificación de Manía de Young”, la “Escala de Calificación para la Depresión de Hamilton” y el “Cuestionario de Calidad de Vida, versión breve de la OMS” (WHOQOL-BREF). Dividieron a los participantes en tres grupos: A) pacientes bipolares con TEPT, B) pacientes bipolares expuestos a traumatismos sin TEPT y C) pacientes bipolares sin exposición a traumatismos. Resultados: De los 405 pacientes que aceptaron participar, el 12,3% fue excluido por falta de datos, quedando una muestra de 355 pacientes (87,7%). La media de edad fue de 36,2 años y mujeres el 69,8%. En relación con el estado civil el 35% eran solteros y casados el 34,6%. La prevalencia de exámenes de detección positivos para trauma o TEPT comórbido no tuvo una varianza significativa con el sexo, edad, estado civil, ocupación, ni las características psicóticas en el primer episodio de fluctuación del estado de ánimo. Los pacientes bipolares expuestos a traumatismos sin TEPT no tuvieron una alta prevalencia de ciclos rápidos. Los pacientes bipolares con TEPT tuvieron un riesgo de 2,2% mayor de presentar cambios rápidos de humor que el grupo control. Los pacientes bipolares expuestos a traumatismos sin TEPT no tuvieron un riesgo elevado de intento de suicidio (1,23%), mientras que los pacientes bipolares con TEPT tenían significativamente más riesgo de hacerlo que el grupo control (1,5%). Los pacientes bipolares con TEPT. Finalmente, las

puntuaciones de calidad de vida fueron peores para los pacientes bipolares con comorbilidad de TEPT en el dominio “psicológico”, el dominio “relaciones sociales” y el dominio “ambiente”. Conclusiones: Los resultados en este estudio indican que el trastorno de estrés postraumático hace que los pacientes bipolares tengan un peor resultado clínico, un mayor número de intentos de suicidio, una probabilidad elevada de ciclos rápidos respecto al estado de ánimo y una recuperación reducida según lo evaluado, por lo que se sugiere que la comorbilidad del trastorno de estrés postraumático debe seguir investigándose en sujetos bipolares y debe considerarse como un mayor predictor de riesgo de suicidio. ⁽³⁾

3. MARCO TEÓRICO

3.1. MARCO CONCEPTUAL

- **Calidad de vida:** Concepto genérico que refleja preocupación por la modificar y mejorar las condiciones de vida, por ejemplo, físico, político, moral, entorno social, así como la salud y la enfermedad.
- **Trastorno por estrés postraumático:** Tipo de trastorno de estrés traumático con síntomas que duran hasta más de un mes.
- **Trastorno bipolar:** Un trastorno afectivo mayor caracterizado por grandes oscilaciones del ánimo (episodios de manía o depresión mayor) y por una tendencia a la remisión y a la recurrencia.

3.2. CONCEPTOS AMPLIOS

3.2.1. TRASTORNO BIPOLAR

El trastorno bipolar se caracteriza por una intensa oscilación del estado de ánimo entre la depresión y la exaltación, así como por su remisión y recurrencia. Existe evidencia de que el riesgo de padecer trastorno bipolar se incrementa cuando se tiene uno de los

padres o un hermano con trastorno bipolar. Se clasifica en 2 tipos, que se describen a continuación. ⁽¹¹⁾

- **TRASTORNO BIPOLAR TIPO 1**

La característica imprescindible son los antecedentes de un episodio maniaco o de un episodio mixto maniaco depresivo. Para un diagnóstico de trastorno bipolar I, es necesario que se cumplan los criterios siguientes para un episodio maníaco. Antes o después del episodio maníaco pueden haber existido episodios hipomaníacos o episodios de depresión mayor. Se subdivide por la intensidad o el estado de remisión (leve, moderado, grave sin psicosis, grave con rasgos psicóticos, en remisión parcial o total), y según si la evolución reciente se caracteriza por una sucesión rápida de ciclos (por lo menos 4 en 12 meses). ⁽¹¹⁾ El diagnóstico se basa en los criterios del manual de trastornos mentales quinta edición DSM-V:

Tabla 1. Criterios diagnósticos TB tipo 1 del DSM V

Episodio maniaco.
<p>A. Período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía dirigida a un objetivo, que dura como mínimo una semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días (o cualquier duración si se necesita hospitalización).</p> <p>B. Durante el episodio, cursan con sentimientos de grandeza, más hablador de lo habitual, poca necesidad de dormir, fuga de ideas, fácil distracción o aumento de la actividad dirigida a un objetivo, participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas y/o agitación psicomotora.</p> <p>C. La alteración del estado del ánimo es suficientemente grave para causar un deterioro importante en el funcionamiento social o laboral, para necesitar hospitalización con el fin de evitar el daño a sí mismo o a otros, o porque existen características psicóticas.</p> <p>D. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica.</p> <p>Nota: Se ocupa al menos 1 episodio maníaco a lo largo de la vida para el diagnóstico de trastorno bipolar I.</p>

⁽¹²⁾ Fuente: Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM5®). 5ª

Edición. España. Editorial Panamericana. 2014.

Episodio hipomaniaco.

A. Se define como un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que **dura como mínimo cuatro días consecutivos** y está presente la mayor parte del día, casi todos los días.

B. Durante el episodio cursan con síntomas que representan un cambio notorio del comportamiento habitual y han estado presentes en un grado significativo, mismos que se describieron en el episodio maniaco.

C. El episodio se asocia a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas.

D. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables por parte de otras personas.

E. El episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral, o necesitar hospitalización. Si existen características psicóticas, el episodio es, por definición, maniaco.

F. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento).

Nota: Los episodios hipomaniacos son frecuentes en el trastorno bipolar I, pero no son necesarios para el diagnóstico de éste.

(12) Fuente: Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM5®). 5ª Edición. España. Editorial Panamericana. 2014.

- **TRASTORNO BIPOLAR TIPO 2**

Se caracteriza por antecedentes de haber cursado con episodios hipomaniacos y de depresión mayor (mismos que se describieron anteriormente en el trastorno bipolar tipo 1). Los criterios sintomáticos para un episodio hipomaniaco son los mismos que los de un episodio maniaco, pero con una duración mínima de 4 días. ⁽¹¹⁾

Manejo y tratamiento del Trastorno Bipolar:

El episodio agudo de manía debe ser tratado con administración oral de un fármaco antipsicótico o valproato de magnesio (800 mg a 1200 mg al día). El carbonato de litio (300 mg a 600 mg 3 veces al día) debe ser usado para el control inmediato de la sobreactividad o conductas peligrosas, o puede ser usado en combinación con un antipsicótico. El uso de antipsicóticos y/o benzodiazepinas vía intramuscular deberá ser valorado en caso de urgencia o en aquellos casos en los que el paciente no acepte la vía oral, o bien benzodiazepinas para sedación necesaria. ⁽¹³⁾

Los antidepresivos (como inhibidores selectivos de recaptura de serotonina "ISRS") en combinación con algún fármaco anti maníaco (como litio, valproato o antipsicóticos) o lamotrigina (100 mg a 400 mg al día) es recomendado para el tratamiento de la depresión bipolar aguda en pacientes con historia de manía. ⁽¹³⁾

Posterior al control del episodio agudo, se recomienda instalar tratamiento de mantenimiento, la medicación con mayor evidencia empírica es el litio y valproato, pues reducen el riesgo de recaídas. Otras alternativas son lamotrigina, carbamazepina (400 mg a 1600 mg al día) y oxcarbazepina (150 mg a 2400 mg al día); Si estos fármacos se utilizaron durante la fase aguda deberán mantenerse en esta fase Si se utilizaron antipsicóticos en el episodio agudo, deberá valorarse su mantenimiento en caso de persistir síntomas psicóticos o como prevención de recurrencias en algunos casos. Se debe considerar la terapia electroconvulsiva de mantenimiento en pacientes que tuvieron respuesta en la fase aguda a esta terapia, además en útil en pacientes con alto riesgo de suicidio o autolesión. ⁽¹³⁾

Estrategias de intervención psicológica:

La *terapia cognitivo conductual* ha mostrado un beneficio en la prevención de recaídas, así como un incremento en la función social de los pacientes con trastorno bipolar en un período de seguimiento de 18 meses aumenta el autocontrol de los síntomas depresivos e hipomaniacos, y establecer un patrón de hábitos para realizar las actividades de la vida diaria y regular su patrón de sueño. ⁽¹³⁾

La *terapia familiar* como adyuvante en el manejo de trastorno bipolar tiene tres componentes fundamentales: psico educación, entrenamiento para mejorar la comunicación, entrenamiento para mejorar las destrezas en la solución de problemas. ha mostrado mejoría en la función familiar y el estado de ánimo lo que reduce el riesgo de recaída. Se ha observado también reducción en las tasas de hospitalización. ⁽¹³⁾

La *psico educación* ha mostrado un efecto importante en la reducción de recaídas y está enfocada principalmente para tener conciencia de la enfermedad, adaptación al tratamiento, detección temprana de los síntomas y recurrencia, y regular el estilo de vida.⁽¹³⁾

3.2.2. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)

Citando la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE 10) Clave **F43.1**: “Surge como una respuesta retardada o tardía a un suceso o a una situación estresante (de corta o larga duración), de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que probablemente causarían angustia generalizada a cualquier persona. Entre sus características distintivas se encuentran los episodios repetidos en que se revive el trauma a través de recuerdos intrusos (retrospectivos), sueños o pesadillas que ocurren sobre un fondo persistente de letargo y de aplanamiento personal, de desapego a los demás, de falta de respuestas a las circunstancias, de anhedonia, de impedimento de las actividades y de las acciones que le recuerden el trauma. Habitualmente hay estado de alerta excesivo en la esfera automática, con hipervigilancia, incremento de la reacción de alarma e insomnio. Se puede manifestar en pocas semanas hasta meses, su evolución es fluctuante y en la mayoría de las personas hay una recuperación, sin embargo, su curso es crónico, por lo que genera un cambio perdurable en la personalidad”. ⁽²⁾

Según la Guía de Práctica Clínica en el TEPT los eventos traumáticos más frecuentes son: acoso y violación sexual, presencia de actos violentos, ataque físico, accidentes, combate bélico. ⁽¹⁴⁾

Las manifestaciones clínicas se avocan a 4 dimensiones las cuales están asociadas al suceso traumático y los síntomas de cada uno se abordan en los criterios diagnósticos:

- Pensamientos intrusivos. *(15,16)*
- Pensamientos de evasión de estímulos. *(15,16)*
- Alteraciones negativas, cognitivas y del estado de ánimo. *(15,16)*
- Alteración importante del estado de alerta y reactividad. *(15,16)*

El diagnóstico es clínico y se realiza por medio de los criterios del manual de trastornos mentales quinta edición “DSM-V”, los cuales se muestran a continuación:

Tabla 2. Criterios diagnósticos del TEPT del DSM V

<p>A. Al sufrir un evento de exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una o más de las formas siguientes:</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Experiencia directa del o los sucesos traumáticos. 2. Presencia directa del o los sucesos ocurridos a otros (expectante). 3. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el o los sucesos han de haber sido violentos o accidentales (expectantes). 4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del o los sucesos traumáticos.

B. Presencia con síntomas de intrusión asociados a los sucesos traumáticos, que comienza después de los sucesos traumáticos como:

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del o los sucesos traumáticos.
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el o los sucesos traumáticos.
3. Reacciones disociativas en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el o los sucesos traumáticos. (que se pueden producir de manera continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente).
4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del o los sucesos traumáticos.
5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del o los sucesos traumáticos.

C. Cursan con evitación persistente de estímulos asociados al o los sucesos traumáticos, que comienza tras el o los sucesos traumáticos, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados a los sucesos traumáticos.
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (como personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al o los sucesos traumáticos.

D. Cursan con alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas a los sucesos traumáticos, que comienzan o empeoran después del o los sucesos traumáticos, como se pone de manifiesto por dos o más de las siguientes características:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante de los sucesos traumáticos.
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo.
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del o los sucesos traumáticos que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
4. Estado emocional negativo persistente.
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas.

E. Constantemente están más alertas y reactivos debido a una asociación al o los sucesos traumáticos, que comienza o empeora después de éste, cursa con dos o más de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Dificultad para conciliar o continuar el sueño

F. La duración de la alteración (que se describen en los criterios B, C, D y E) es superior a un mes de duración.
G. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en la vida social, laboral u otras áreas importantes de la persona.
H. No se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia, como medicamentos o alcohol, ni a otra afección médica.

(12) Fuente: Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM5®). 5ª Edición. España. Editorial Panamericana. 2014.

Tratamiento: La respuesta terapéutica dependerá del tipo de evento traumático, la lesión generada en la persona, el tiempo transcurrido entre el evento y el inicio del tratamiento. Básicamente está conformado por terapia psicoterapéutica y el uso de fármacos como inhibidores de la recaptura de serotonina ISRS Paroxetina: 20 a 40 mg máximo 60 mg, Sertralina: Iniciar con 50-100 mg e incrementar a 50 mg cada 5 días hasta máximo 200 mg; el uso de benzodiazepinas únicamente está indicado en episodios de ansiedad e insomnio, y el uso de antipsicóticos para el uso de agresividad utilizándose los principalmente los atípicos como Quetiapina Olanzapina, Ziprasidona, Risperidona, etc.⁽¹⁴⁾ El manejo terapéutico dependerá de los síntomas que se manifiestan entre 1 y 3 meses después del evento, siendo la recuperación casi total en este periodo de tiempo.⁽¹⁷⁾

Además de la terapéutica farmacológica utilizada en el manejo de TEPT, es necesario implementar una terapia cognitivo conductual la cual se enfoca en 3 rubros: 1) dirigido hacia el suceso traumático (terapia individual), 2) con un enfoque de manejo del estrés (tratamiento individual) y 3) terapia de grupo. La terapia debe ser continua y constante al menos una vez por semana, y otorgada por la misma persona que brinde el manejo terapéutico inicial. ⁽¹⁴⁾

Algunas estrategias terapéuticas específicas a ofrecer a estos pacientes son:

- **Técnica de relajación:** busca producir en el paciente un control de la respiración, una relajación progresiva mediante la Inducción de un estado de hiperventilación que permita contrarrestar el episodio de ansiedad. ⁽¹⁴⁾
- **Técnica de exposición:** basado en la exposición al estímulo adverso de forma gradual para reducir las respuestas adaptativas. ⁽¹⁴⁾
- **Técnica de auto control:** fomentar en el paciente la auto observación, auto refuerzo, auto castigo y control de estímulos para que identifique de forma consciente su respuesta ante un episodio de estrés. ⁽¹⁴⁾
- **Técnica de reexposición:** por medio de la imaginación, en narrativa verbal o escrita, en grupo etc., presentarle al paciente el estímulo estresor). ⁽¹⁴⁾
- **Técnica cognitiva de auto instrucción:** ayuda para detectar las palabras negativas generadas por el paciente y cambiarlas por auto- instrucciones positivas para que, de esta forma impedir las respuestas evitativas a la ansiedad anticipatoria. ⁽¹⁴⁾
- **Programas psico educativos:** su objetivo es brindarle al paciente una educación para identificar distorsiones cognitivas y el autocontrol de los síntomas. ⁽¹⁴⁾
- **Reestructuración cognitiva y detención del pensamiento:** centrar la atención del paciente en estímulos no amenazantes. ⁽¹⁴⁾

3.2.3. CALIDAD DE VIDA

Combina componentes subjetivos y objetivos donde el punto en común es el “bienestar individual”, comprende cinco dominios principales: el bienestar físico (como salud, seguridad física), bienestar material (privacidad, alimentos, vivienda, transporte, posesiones), bienestar social (relaciones interpersonales con la familia, las amistades, etcétera), desarrollo y actividad (educación, productividad, contribución), y bienestar emocional (autoestima, estado respecto a los demás, religión). Sin embargo, el concepto es variable gracias a factores sociales, materiales, la edad, la situación de empleo o a las políticas de salud. ⁽¹⁸⁾

Una aplicabilidad de medir la calidad de vida en la salud es para poder establecer un pronóstico. Es sabido que los pacientes que inician un nuevo tratamiento y se perciben con una mejor calidad de vida tienen grandes posibilidades de tener un mejor desenlace en comparación con otros pacientes que no tienen dicha percepción. Es así como la calidad de vida relacionada con la salud subjetivamente puede reflejar el impacto de la enfermedad y de su tratamiento sobre el individuo. ⁽¹⁸⁾

3.2.4. ESTRÉS

Derivado del latín "*stringere*", cuyo significado sería "oprimir", "apretar" u atar. La palabra tiene su origen en el término inglés "stress" que significa "tensión" o "presión". El médico fisiólogo Walter B. Cannon introdujo por primera vez, el término "estrés" en la medicina, para referirse a las condiciones internas y externas bajo las cuales el organismo responde con activación del sistema nervioso central simpático para restaurar el equilibrio del medio interno. ⁽¹⁹⁾

3.2.5. TRAUMA

Se define como cualquier situación en la que una persona se vea expuesta a escenas de muerte real o inminente, lesiones físicas graves o agresión sexual, ya sea en calidad de víctima directa, cercana a la víctima o de testigo". ⁽²⁰⁾

3.3. TEORÍAS Y MODELOS

3.3.1. MODELO COGNITIVO GENÉRICO DE BECK Y HAIGH (2014)

Según Beck, existe una clara relación entre los pensamientos de la persona (lo que se dice a sí misma sobre las situaciones que vive, sobre los demás, sobre la vida, sobre sí misma y sobre los problemas que presenta) con las emociones y los sentimientos que experimenta. A su vez, esta reacción emocional influirá en la reacción comportamental de la persona ante esa situación, ante la conducta de otro, o ante los síntomas que experimenta, según sea el caso. ⁽²¹⁾

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Cuando las emociones son muy negativas e intensas, nuestro comportamiento se ve entorpecido o se vuelve des adaptativo, de modo que los problemas se mantienen o empeoran. ⁽²¹⁾

Realmente, lo que ocurre, desde este modelo, es que no son las situaciones en sí las que producen malestar (o la gran intensidad del malestar) directamente, sino las interpretaciones personales que hacemos con ellas. Esto implica que, muchas veces, al no poder ser objetivos en una situación, podemos malinterpretar la información de la que disponemos en un momento dado, o sacar conclusiones negativas sin información suficiente o incluso ignorando otra información disponible que sea más realista y constructiva. Cuando esto ocurre, dice Beck, cometemos errores de interpretación o de razonamiento. Hay personas que tienen más tendencia a cometer estos errores, influidos también por algunas creencias de base, que pueden ser rígidas o incorrectas, generalmente aprendidas a través de la educación y de las experiencias previas. También se dan más errores de interpretación cuando se desarrollan los diferentes trastornos psicológicos. ⁽²¹⁾

Esta explicación es importante de cara al tratamiento, dentro de la llamada Terapia Cognitiva de Beck. Lo básico en esta terapia (no lo único) sería enseñar a la persona la relación de la situación con sus pensamientos automáticos ante la situación o sentimientos, emociones y/o comportamiento resultante. La persona practica la identificación de tales pensamientos, aprende a ver sus posibles errores de interpretación, siempre con la guía del psicólogo, y aprenderá a cuestionarse sus pensamientos, de modo que llegue a ver las cosas de otra forma, más realista, más constructiva. ⁽²¹⁾

El objetivo es enseñar a la persona a pensar de otro modo ante los problemas y síntomas que padece, lo que ayudará a reducir las emociones negativas y a reaccionar ante los problemas de un modo que le lleve a una solución real, no al abatimiento. Todo esto se integra dentro de un programa de tratamiento más amplio, con técnicas conductuales y módulos como, según el problema y el caso, mejora de la autoestima, entrenamiento en asertividad y habilidades sociales, técnicas de control de ansiedad,

tesis tesis tesis tesis tesis

técnicas de resolución de problemas, entre otros. Similar a la terapia cognitivo conductual. La aplicación al modelo cognitivo genérico para los diversos trastornos mentales sirve como plantilla para conceptualizar los estímulos activadores típicos, y las creencias y comportamientos asociados a cada uno: como ejemplo en el trastorno bipolar un estímulo activador sería la euforia, con la creencia de “puedo conseguir lo que me proponga” y la conducta sería emprender varios proyectos ambiciosos.⁽²¹⁾

3.3.2. MODELO DE DIÁTESIS-ESTRÉS DE ZUBIN & SPRING (1977)

Es una teoría psicológica que explica la conducta como un resultado tanto de factores biológicos y genéticos (lo "innato") como de experiencias vitales (lo "adquirido").⁽²²⁾

En el modelo de diátesis-estrés, una vulnerabilidad genética o predisposición (diátesis) interactúa con el ambiente y con los sucesos vitales (estresantes) para desencadenar conductas o trastornos psicológicos. Cuanto mayor sea la vulnerabilidad subyacente, menos estrés se necesita para desencadenar la conducta/trastorno, y a la inversa, cuanto menor sea la contribución genética será mayor el estresante necesario para producir un resultado particular. Incluso así, alguien con una diátesis que le lleve a un trastorno no tendrá necesariamente que desarrollar el trastorno. Tanto la diátesis como el estrés son necesarios para que esto suceda.⁽²²⁾

3.3.3. TEORÍA COGNITIVA DE EHLERS Y CLARK (2000)

Plantea los procesos cognitivos que desarrolla una persona en el trastorno de estrés postraumático, comenzando por las diferencias individuales en la evaluación del trauma la cual puede ser de 2 tipos: 1) la evaluación personal del evento traumático (generalización fatal del evento) y 2) la percepción de las secuelas del suceso traumático (qué acción hizo y como se sintió en el evento), y ante éstas evaluaciones se generan reacciones fisiológicas y emocionales consecuentes, percepciones sobre las reacciones que sus redes de apoyo social tuvieron ante su situación, y finalmente, las secuelas en el área física, financiera o profesional.⁽²³⁾

3.3.4. MODELO COGNITIVO SOCIAL DE RESICK, MONSON Y CHARD (2008)

Este hace referencia que únicamente el miedo no explica la presentación de un trastorno por estrés postraumático, pues previamente, durante y después del evento es posible que se presente otras situaciones cognitivas asociadas a la tristeza, la culpa, el enojo, la ira, vergüenza o humillación por lo que también deben ser tratadas, explica como el individuo genera cogniciones distorsionadas por un proceso de asimilación y sobre acomodación, por lo que plantear un esquema de realidad es fundamental para su recuperación; también considera que existen emociones naturales y elaboradas, repercutiendo más las segundas, ya que hace que se genere estancamiento y no alivio del paciente, pero si se propicia una reestructuración cognitiva tendrá organización en la acomodación y superación de los puntos de estancamiento. ⁽²⁴⁾

4. JUSTIFICACIÓN

En los últimos años se ha incentivado cada vez más a los médicos a promover el empoderamiento, la autogestión, la independencia y la resiliencia del paciente con Trastorno Bipolar (TB), estos factores están estrechamente asociados al concepto de calidad de vida. Se sabe que el TB conduce a deterioros en la calidad de vida incluso en períodos de eutimia (estado de ánimo regular), cuando se espera que los pacientes estén prácticamente libres de los síntomas. En el TB, la mala calidad de vida se asocia con varios aspectos negativos, como una baja resiliencia, el estigma auto percibido y los síntomas depresivos residuales. También se ha demostrado que el tratamiento farmacológico conduce a mejoras en la calidad de vida. Como tal, todavía existe la necesidad de evaluar los predictores de la calidad de vida en el TB, con el fin de prestar más atención a las variables más comúnmente afectadas en estos pacientes. ⁽¹⁾

Los sujetos bipolares tienen un alto riesgo de experimentar eventos traumáticos. Esto puede deberse a un comportamiento disruptivo durante la fase de manía o hipomanía donde tienen mayor probabilidad de inducir síntomas de TEPT, o bien, por un suceso traumático en la infancia. ⁽³⁾

La Organización Mundial de la Salud estimó que alrededor de 45 millones de personas a nivel mundial padecían Trastorno Bipolar en 2019. ⁽⁴⁾ En 2019 en México habían 14.7 millones de personas con algún padecimiento mental, estos representaban 11% de la población general. ⁽⁴⁾ Se estima que en México entre el 1 al 3 % de la población padece TB (cerca de tres millones de personas). ⁽⁴⁾ En México no se conoce una estimación del gasto económico de los pacientes bipolares en el sistema de salud mexicano, sin embargo una revisión de 2023 estima un costo anual del trastorno bipolar en los Estados Unidos en 202 mil millones de dólares, donde los costos directos de atención médica (incluidas hospitalizaciones, visitas a la sala de emergencias y visitas ambulatorias) comprenden aproximadamente el 25% de los costos totales o 46 mil millones de dólares anuales (20,846 dólares anuales por persona), siendo 25 mil millones de dólares más alto que los estimados para la población general. ⁽²⁵⁾

4.1. VULNERABILIDAD

Las personas que padecen trastorno bipolar pueden enfrentar numerosos desafíos físicos, emocionales y sociales que las hacen especialmente vulnerables en comparación con otras poblaciones más sanas. Varias características y circunstancias pueden contribuir a esta vulnerabilidad, como los episodios agudos de manía, lo que puede afectar su calidad de vida y su capacidad para sobrellevar el tratamiento. ⁽¹⁾

4.2. FACTIBILIDAD

La realización de esta investigación en la UMF 11 del IMSS, Aguascalientes, fue factible, ya que se cuenta con personal médico capacitado para la atención de pacientes que padecen trastornos mentales, incluyendo el trastorno bipolar. En esta unidad dispone de los recursos materiales necesarios para haber llevado a cabo el estudio, cuenta con las instalaciones para realizar encuestas y entrevistas, y el acceso a bases de datos clínicos. Además, el financiamiento del estudio fue cubierto por el médico residente, lo que garantizó la disponibilidad de recursos financieros y económicos. La investigación se llevó a cabo bajo las normas éticas nacionales e internacionales para la investigación en seres humanos. Se contó con la aprobación del Comité Local de Ética en Salud y se obtuvo el consentimiento informado de las y los pacientes antes de participar en el estudio. Se guardó en todo momento la privacidad y la confidencialidad de los participantes.

4.3. RESULTADOS QUE SE DESEAN OBTENER

En la presente investigación se buscó identificar la correlación de la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con trastorno bipolar y trastorno de estrés postraumático en las clínicas de atención primaria, aplicando los instrumentos QoL.BD-CL y el PCL-5. La identificación de esta correlación puede ayudar a los especialistas de las clínicas de atención médica primaria a planificar evaluaciones y mejorar el servicio brindado a estos derechohabientes, así mismo proponiendo un servicio de apoyo psicológico especializado dentro de la UMF 11 del IMSS, OOAD Aguascalientes.

4.4. DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Se pretende difundir los resultados de esta investigación en conferencias médicas o sesiones clínicas académicas, en donde el residente de medicina expondrá los resultados del estudio en formato de presentación digital o cartel, lo que además permitiría la discusión y el intercambio de ideas o propuestas con otros colegas o médicos de otras especialidades, así mismo se realizó un manuscrito para publicación en la Revista Mexicana de Medicina Familiar sobre este trabajo de investigación, la cual actualmente se encuentra en trámite.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El trastorno bipolar es una de las enfermedades mentales más comunes a nivel mundial (OMS), las personas portadoras de éste tienen una alta probabilidad de experimentar eventos traumáticos incrementando el riesgo de estos pacientes de desarrollar trastorno de estrés postraumático, como consecuencia su calidad de vida puede verse afectada.⁽³⁾

5.1. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

La encuesta Nacional de Población y Vivienda en 2020, realizado por el INEGI reportó una población de 126,014,024 en la república mexicana. El estado de Aguascalientes cuenta con una población de 1,425,607 habitantes, de éstos, 696,683 son hombres y 728,924 son mujeres. ⁽²⁴⁾

La distribución porcentual de la cobertura de los servicios de salud, en México, reportó que, de la población total, 31.6% se atiende en el IMSS, 28.8% en un Centro de Salud u hospital de la Secretaría de Salud, 16.0% en alguna unidad médica privada, 12.8% en un consultorio de farmacia, 5.4% en el ISSSTE, 3.2% en otra institución, mientras que 1.9% declaró no ser usuaria de servicios de salud. ⁽²⁶⁾

De las 15 unidades médicas del IMSS con las que cuenta actualmente el estado de Aguascalientes, 3 son hospitales de segundo nivel y 12 de ellas correspondientes a Unidades de Medicina Familiar de primer nivel de atención médica, con información de dirección de incorporación y recaudación del IMSS hasta agosto 2024 en conjunto estas 12 últimas suman un total de 976,454 personas adscritas. Actualmente la **UMF 11 OOAD Aguascalientes** cuenta con una población total adscrita de 73,016 derechohabientes, de los cuales 5,018 padecen trastornos mentales en general, de estos, 152 son portadores de trastorno bipolar.

5.2. MAGNITUD, FRECUENCIA, DISTRIBUCIÓN Y CONSIDERACIONES DE GÉNERO

La Organización Mundial de la Salud estimó una prevalencia de aproximadamente 45 millones de personas a nivel mundial padecían trastorno bipolar en el año 2019. ⁽⁴⁾ En la actualidad ningún país tiene un registro oficial de la cifra exacta de personas portadoras de este padecimiento, sin embargo, en el año de 2022 se estimó una prevalencia de entre 2 y 3 % de la población mundial. ⁽⁴⁾ En 2019 habían 14.7 millones de personas en México con algún padecimiento mental como ansiedad, depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastornos alimenticios, entre otros, que representaban 11% de la población general. ⁽⁴⁾ En México, de acuerdo con datos de la Secretaría de Salud, se estima que entre el 1 al 3 % de la población padece este trastorno mental (cerca de tres millones de personas). ⁽⁴⁾

Sobre el trastorno de estrés postraumático (TEPT), la OMS en 2017 estimó una prevalencia mundial de 3.9% en la población general. ⁽⁵⁾ A nivel europeo, la prevalencia del TEPT se encontró alrededor del 6,4 al 6,8% también en 2017. ⁽²⁷⁾ A nivel de Estados Unidos de Norteamérica, afecta entre 1 de cada 20 adultos estadounidenses cada año. En 2020, 13 millones de estadounidenses padecieron TEPT. Alrededor del 6 % de la población de los EE. UU. padecerá TEPT en algún momento de su vida. ⁽²⁸⁾ En el año 2022, se dio a conocer que alrededor de 28% de los mexicanos reportó síntomas de estrés postraumático. ⁽⁴⁾

Los pacientes con trastorno bipolar tipo 1 suelen informar tasas elevadas de trastorno de estrés postraumático (TEPT) a lo largo de su vida que van desde el 16% al 39%. Baladassano y colaboradores descubrieron que las mujeres bipolares tienen casi el doble de probabilidades de tener TEPT que los hombres bipolares (20,9% frente al 10,6%). ⁽⁶⁾

5.3. CONOCIMIENTO ACTUAL SOBRE EL PROBLEMA

Cotrena y colaboradores concluyeron que el manejo de los síntomas de depresión y los modificables del Trastorno Bipolar (como reserva y capacidad cognitiva, síntomas del estado de ánimo) pueden mejorar la calidad de vida. ⁽¹⁾ En tanto que, Anyayo L., y colaboradores, proponen que la calidad de vida física y mental relacionada con antecedentes de pensamientos suicidas y síntomas psicóticos se asociaron con una mala calidad de vida. Por lo que es necesario abordar los síntomas psicóticos y los pensamientos suicidas en el tratamiento de los pacientes con trastorno bipolar para mejorar los resultados relacionados con la salud y la calidad de vida. ⁽⁷⁾

Por otro lado, Khafif T. C., y colaboradores sugiere que los pacientes que presentaban trastorno obsesivo compulsivo (TOC), trastorno de estrés postraumático (TEPT) y abuso de sustancias como comorbilidades pueden ser un predictor importante de una mala calidad de vida en pacientes con trastorno bipolar tanto en fases maníacas o depresivas.⁽¹⁰⁾ Y en el mismo sentido, Quarantini L. C., y colaboradores encontraron que el trastorno de estrés postraumático hace que los pacientes bipolares tengan un peor resultado clínico; un mayor número de intentos de suicidio, una probabilidad elevada de ciclos rápidos y una recuperación reducida, por ende una peor calidad de vida, por lo que sugieren que la comorbilidad del trastorno de estrés postraumático debe investigarse enérgicamente en sujetos bipolares y debe considerarse como un mayor predictor de riesgo de suicidio. ⁽³⁾

5.4. TRASCENDENCIA

En México no existe una estimación del gasto económico anual de los pacientes bipolares en el sistema de salud mexicano, sin embargo una revisión de 2023 concluyó que el costo anual del trastorno bipolar en los Estados Unidos se estima en 202 mil

millones de dólares, donde los costos directos de atención médica (incluidas hospitalizaciones, visitas a la sala de emergencias y visitas ambulatorias) comprenden aproximadamente el 25% de los costos totales o 46 mil millones de dólares anuales (20,846 dólares anuales por persona), siendo 25 mil millones de dólares más alto que los costos directos de atención médica para la población general. ⁽⁵³⁾

Cabe resaltar que Quarantini L. C., y colaboradores son los únicos autores encontrados en la literatura que han realizado un estudio de correlación entre la calidad de vida y el Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes bipolares. Concluyendo que esto se debe continuar investigándose enérgicamente.

5.5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe correlación entre calidad de vida y trastorno de estrés postraumático en los derechohabientes adultos con trastorno bipolar de la UMF 11 OOAD Aguascalientes?

6. OBJETIVOS

6.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la correlación entre la calidad de vida y el trastorno de estrés postraumático en los derechohabientes adultos con trastorno bipolar de la UMF 11 OOAD Aguascalientes.

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar las variables sociodemográficas de los pacientes adultos con trastorno bipolar adscritos a la UMF No. 11, OOAD Aguascalientes.
2. Valorar la calidad de vida en los derechohabientes adultos identificados con trastorno bipolar de la UMF 11 OOAD Aguascalientes.
3. Valorar la presencia de trastorno de estrés postraumático de los derechohabientes adultos con trastorno bipolar de la UMF 11 OOAD Aguascalientes.
4. Calcular la correlación de calidad de vida y trastorno de estrés postraumático en pacientes adultos con trastorno bipolar de la UMF 11 OOAD Aguascalientes.

7. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

7.1. HIPÓTESIS GENERAL

El trastorno de estrés postraumático se correlaciona significativamente con una mala de calidad de vida en los derechohabientes adultos con trastorno bipolar de la UMF 11 OOAD Aguascalientes.

- **HIPÓTESIS GENERAL NULA:**

El trastorno de estrés postraumático no se correlaciona significativamente con una mala de calidad de vida en los derechohabientes adultos con trastorno bipolar de la UMF 11 OOAD Aguascalientes.

7.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

1. **Hi:** Las características sociodemográficas de los pacientes adultos con trastorno bipolar adscritos a la UMF No. 11, OOAD Aguascalientes se correlacionan a calidad de vida mala y trastorno de estrés postraumático.
2. **Ho:** Las características sociodemográficas de los pacientes adultos con trastorno bipolar adscritos a la UMF No. 11, OOAD Aguascalientes no se correlacionan a calidad de vida mala y trastorno de estrés postraumático.
3. **Hi:** Existe una calidad de vida negativa en los derechohabientes adultos identificados con trastorno bipolar de la UMF 11 OOAD Aguascalientes.
4. **Ho:** No existe una calidad de vida negativa en los derechohabientes adultos identificados con trastorno bipolar de la UMF 11 OOAD Aguascalientes no se ve afectada negativamente.
5. **Hi:** Existe trastorno de estrés postraumático de los derechohabientes adultos con trastorno bipolar de la UMF 11 OOAD Aguascalientes.
6. **Ho:** No existe trastorno de estrés postraumático de los derechohabientes adultos con trastorno bipolar de la UMF 11 OOAD Aguascalientes.

8. MATERIAL Y MÉTODOS

8.1. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

Tipo de estudio: Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, transversal, observacional en derechohabientes adultos con trastorno bipolar de la UMF 11 OOAD Aguascalientes.

Diseño: No experimental

8.2. UNIVERSO Y POBLACIÓN DE ESTUDIO

Todos los derechohabientes adultos con trastorno bipolar adscritos a la UMF 11 OOAD Aguascalientes.

8.3. UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis que se utilizó fue el resultado obtenido aplicando nuestros dos instrumentos de evaluación: La versión chilena del cuestionario Quality of Life Bipolar Disorder (QoL.BD-CL) de Morgado, C. y colaboradores (2015), para medir la calidad de vida en nuestros participantes y la Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático para DSM-5 (PCL-5) en su versión mexicana de R. Durón Figueroa (2019), para detectar que derechohabientes adultos portadores de trastorno bipolar de la UMF 11 OOAD Aguascalientes además padecen Trastorno por Estrés Postraumático.

8.4. TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Muestreo de tipo probabilístico por conveniencia.

La búsqueda de los pacientes con trastorno bipolar se realizó por medio de las claves **“F310 - F319”** de la CIE 10 (Trastorno afectivo bipolar, episodio hipomaniaco presente. Trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco presente sin síntomas psicóticos. Trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco presente con síntomas psicóticos. Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo presente leve o moderado. Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos. Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente con síntomas psicóticos. Trastorno afectivo bipolar, episodio mixto presente. Trastorno afectivo bipolar, actualmente en

remisión. Otros trastornos afectivos bipolares. Trastorno afectivo bipolar, no especificado), con un corte de 1 año comprendido del mes de septiembre del año 2023 al mes de septiembre del año 2024, con ayuda del departamento de archivo y estadística, mediante el sistema de base de datos SIMF (Sistema de Información de Medicina Familiar) de la Unidad de Medicina Familiar No. 11. En conclusión, se obtuvo un universo de 152 pacientes bipolares.

Finalmente, el tamaño de la muestra se obtuvo por medio de la fórmula de poblaciones finitas, se tomará una muestra de 110 participantes para obtener un índice de confianza de 0.95% y un margen de error de 0.5%. La fórmula de poblaciones finitas empleada fue la siguiente: ⁽²⁹⁾

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

En donde:

- n = Total de la población (152).
- $Z_{\alpha}^2 = 1.962$ (confianza 95%).
- p = proporción esperada (5%= 0.05).
- $q = 1 - p$ (1-0.05 = 0.95).
- d = precisión (3%).
- *Tamaño de la muestra*: 110 participantes.

8.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN

• CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes que tengan diagnosticado trastorno bipolar y que estén adscritos en la Unidad de Medicina Familiar No. 11 IMSS OOAD Aguascalientes sin distinción de sexo, género, edad, turno de atención médica, estado civil, nivel de estudios y tiempo de diagnóstico.

- Pacientes que acepten participar en el protocolo de estudio y firme previamente de manera voluntaria el consentimiento informado.

- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Personas que no cumplan con criterios de trastorno bipolar.
- Personas que cumplen con los criterios de inclusión pero que rechacen participar en el estudio.
- Pacientes analfabetas.
- Pacientes con deterioro cognitivo.

- **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- Los participantes cuyos cuestionarios no fueron contestados en su totalidad o que se contestaron de manera incorrecta.
- Los participantes que en el transcurso del estudio decidan retirarse.

8.6. DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se aplicaron dos instrumentos: uno para evaluar la calidad de vida en los pacientes con trastorno bipolar y otro para detectar si existe trastorno por estrés postraumático en estos pacientes portadores de trastorno bipolar.

Para evaluar la calidad de vida en los pacientes bipolares aplicamos el cuestionario titulado **Quality of Life Bipolar Disorder (QoL.BD-CL) en su versión chilena de Morgado, C. y colaboradores (2015)**, en Santiago, Chile. Cuyo objetivo fue evaluar las propiedades psicométricas en una muestra de 63 pacientes adultos de ambos sexos, entre 18 y 65 años, 32 participantes portadores de trastorno bipolar (17 con TB tipo I y 15 con TB tipo II) y 31 sujetos sin TB, ambos grupos con estatus socioeconómico similar. Para confirmar el diagnóstico se utilizaron las escalas de Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), Young (YMRS) y Hamilton (HAM-D). La calidad de vida se evaluó utilizando la encuesta “Calidad de Vida Relacionada con la Salud” segunda versión (SF-36v.2), validada previamente en Chile por Olivares-Tirado. Es un cuestionario auto administrado que consta de 12 dimensiones obligatorias (Estado físico, Sueño, Ánimo, Cognición, Ocio, Vida social, Espiritualidad, Finanzas, Vida doméstica, Autoestima, Independencia e Identidad) y dos opcionales (Trabajo y

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Educación), cada dimensión comprende cuatro ítems (56 en total). Es una escala bimodal cuantitativa y cuantitativa tipo Likert con cinco opciones graduadas de respuesta (1= Muy en desacuerdo, 2= En desacuerdo, 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4= De acuerdo, 5= Muy de acuerdo), donde se le pide al paciente que conteste en referencia a su experiencia durante los últimos siete días. Se estableció el punto de corte de 170, en el que menos de esto significa una mala percepción de su calidad de vida y mayor a este, una buena percepción de esta. Cuenta con alta confiabilidad ($\alpha = 0,95$), una sensibilidad del 87,9% y una especificidad del 80%.⁽³⁰⁾

Su versión original canadiense “Quality of life in Bipolar Disorder (QoL. BD) Questionnaire” de Michalak and Murray (2010) se validó con 225 pacientes adultos, (α de Cronbach de entre 0,79 y 0,95).⁽³⁰⁾

Para detectar trastorno por estrés postraumático aplicamos la **“Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático para DSM-5 (PCL-5)”** en su versión adaptada mexicana por R. Durón Figueroa y colaboradores (2019).

Su versión original fue creada por primera vez en Estados Unidos, por un grupo de investigadores veteranos, conformada por 17 ítems que evalúan el grado de malestar que ha sentido en el último mes sobre la experiencia de haber sufrido previamente un suceso traumático. Las respuestas van de 1 punto (nada) a 5 puntos (totalmente); los ítems se basan en los criterios diagnósticos del DSM-4 (Asociación de Psiquiatría Americana APA, 1994) constan de 4 dimensiones: a) recuerdos intrusivos b) evitación c) alteraciones negativas cognitivas d) hipervigilancia y reactividad; con un Alpha de Cronbach global de 0.93 y alta confiabilidad ($r=0.82$). Sin embargo, se menciona que únicamente es una aproximación diagnóstica y el evento traumático dará la pauta para el empleo de una escala específica como es: "PCL-M" para eventos militares, "PCL-C" para situaciones traumáticas generales y "PCL-S" para situaciones traumáticas específicas.⁽³¹⁾

Después de la creación de la versión original descrito anteriormente, pensando en el problema que genera el Trastorno por Estrés Postraumático, igualmente en Estados Unidos se creó una nueva versión basada en el manual de la APA "DSM-5" con un total de 56 puntos, específicamente los criterios B al E, evaluados de forma igual a la anterior con un puntaje de 0 a 4, permitiendo identificar la intensidad del síntoma que va de "nada" a "extremadamente", se agregan 3 ítems más relacionados con las alteraciones cognitivas y emocionales negativas. Además establece dos maneras distintas de llegar al diagnóstico: 1.- calificando los criterios diagnósticos de acuerdo al DSM-5 con una puntuación de 2 (moderado), donde es requerido al menos un síntoma del criterio B (reactivos 1 a 5), un síntoma del criterio C (reactivos 6 y 7), dos síntomas del criterio D (reactivos 8 a 14) y dos síntomas del criterio E (reactivos 15 a 20), la otra manera sería; 2.- sumando la escala global con un total de más de 33 puntos; esta versión de la escala tiene un alfa de Cronbach de 0.94 y una adecuada confiabilidad ($r=.82$).⁽³²⁾

Adaptación de la Lista Checable de trastorno por Estrés Postraumático para DSM-5 (PCL-5) en Población Mexicana.

Con el objetivo de crear una validación de la Lista Checable de Trastorno de Estrés Postraumático en la población mexicana, en 2016 se realizó un estudio en el país México; en el que se incluyeron 204 participantes pertenecientes a la licenciatura en Psicología del "Sistema de Universidad Abierta y a Distancia" (SUAYED) que decidieron participar voluntariamente aceptando y firmando un consentimiento informado, por medio de un muestreo intencionado, se realizó un sistema de encuestas a distancia de manera digital para detectar niveles de estrés y reacciones postraumáticas. Se utilizaron los instrumentos: "Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático par DMS-5 (PCL-5)" ya descrito anteriormente. Para realizar la adaptación se realizó la traducción del idioma inglés al español (revisada por tres expertos bilingües) analizado por el sistema estadístico SPSS en su versión 23 y por medio de un análisis factorial. Resultados: el rango de edad de los participantes fue entre 18 y 59 años, con una media de 32.23 años, de los cuales 145 fueron mujeres (71.1%) y el 59 fueron hombres (7.1%) hombres; el 34% residían en la Ciudad de México, el 37.2% en el Estado de

México, el 5.1% en Oaxaca, el 3.7% en Tlaxcala, el 2.9% en Puebla y el resto en los otros 18 estados del país. Con la finalidad de comparar a aquellos participantes que obtuvieron puntajes altos y bajos se obtuvo una media de 9.88 para los puntajes bajos (D.E. = 9.91), y en el caso de los puntajes altos se obtuvo una media de 50.76 (D.E. = 11.44). Los resultados mostraron una alta consistencia interna con un Alpha de Cronbach global de (.97), en un segundo análisis factorial exploratorio de 4 factores (dimensiones) con 20 ítems se arrojó una varianza explicada del 72%, donde la dimensión 1 hace referencia a la alteración del estado de alerta y reactividad con seis reactivos (ítems 15 al 20), el factor 2 aborda síntomas de la dimensión de alteraciones cognitivas y emocionales negativas e incluye siete reactivos (ítems 8-14); el factor 3 incluye los síntomas de la dimensión de evitación y amnesia disociativa con dos reactivos (ítems 6 y 7) y el factor 4 aborda la dimensión de síntomas de intrusión y reexperimentación e incluye 5 reactivos (ítems del 1 al 5). Para realizar el diagnóstico de TEPT por medio de esta escala se puede calificar de 2 maneras: la primera es calificando los criterios diagnósticos de acuerdo al DSM-5 con una puntuación en la escala de Likert de 2 o más (moderado), donde es requerido al menos un síntoma de intrusión del criterio B (reactivos 1 a 5), un síntoma de evitación del criterio C (reactivos 6 y 7), dos síntomas de alteraciones cognitivas y emocionales negativas criterio D (reactivos 8 a 14) y dos síntomas de alteración del estado de alerta y reactividad del criterio E (reactivos 15 a 20), o bien la otra manera, sumando un total por arriba de 33 puntos. ⁽³³⁾

8.7. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Se describen y se incluyen en el Anexo 3.

8.8. LOGÍSTICA Y RECOLECCIÓN DE DATOS

Posterior a la autorización por el Comité de Ética e Investigación en Salud, y con pleno conocimiento de las Autoridades de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 OOAD Aguascalientes, solicitamos apoyo al servicio de trabajo social y Jefatura de Departamento Clínico para recolectar los datos de contacto de los pacientes de la población determinada como lo son número de teléfono de casa o celular, domicilio, y

correo electrónico, así como el consultorio y Turno (matutino o vespertino) en que le corresponde su atención médica, datos que habitualmente son registrados por asistentes médicas y ratificados en cada una de las atenciones que recibe el paciente.

Se convocó a cada uno de los pacientes por medio de llamada telefónica, correo electrónico o a través de visitas domiciliarias que se realiza por parte de Trabajo Social, con previa identificación de los investigadores y del personal del Instituto para que acudieran de manera presencial a las instalaciones de ésta unidad, en un lugar apto, libre de distractores, explicándoseles en qué consistiría la investigación a realizar, se dio a conocer la carta de consentimiento informado, una vez que lo aceptaron con su firma autógrafa se dio por aprobada su participación de forma voluntaria, individual y confidencial y se procedió a la aplicación de los 2 instrumentos descritos anteriormente, estos se explicaron y los investigadores resolvieron todas las dudas que externaron los participantes.

Se acudió en los turnos matutino, vespertino y jornada acumulada para abordar a los pacientes de acuerdo con la mejor disponibilidad de tiempo de éstos. El lugar que se destinó para la aplicación de los instrumentos y bajo autorización de la Dirección fue el aula de la Coordinación de Educación, un espacio amplio con buena ventilación y mobiliario disponible. En todo momento estuvo el investigador principal para resolver dudas en la aplicación y auxiliar a los participantes. En caso de que los participantes en el transcurso de la aplicación de los instrumentos manifestasen emociones como miedo, angustia, irritabilidad, enojo, ansiedad, desanimo, etc., contaron con nuestro apoyo y se le canalizaría al servicio de psicología o sería derivado para recibir la atención más especializada que requiriera de manera oportuna respetando la autonomía del participante.

8.9. VALOR CIENTÍFICO Y SOCIAL PARA LA POBLACIÓN

La investigación propuesta buscó identificar una correlación entre la calidad de vida y el trastorno de estrés postraumático en los pacientes bipolares. La hipótesis central, en su naturaleza, posee el potencial de generar información significativa que puede mejorar el entendimiento de la estructura o la función del objeto de estudio. Se busca que con este

trabajo de investigación se puedan proponer estrategias de atención y mejorar el nivel de bienestar, así como la atención dirigida hacia alguna situación estresante del pasado que persista y afecte por lo tanto sus actividades rutinarias.

8.10 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Posterior a la aplicación de las encuestas por parte del tesista, se procedió a realizar el concentrado de los datos para su análisis en el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 26 para obtener los resultados descritos tanto en el objetivo general como en los específicos.

Para determinar el coeficiente de correlación entre las variables y puesto que no se contó con una distribución normal bivariada, se utilizó la “*prueba de Spearman*”. Esta prueba delimitó el número de orden del valor de cada observación de la variable. Para ello, se seleccionó una variable y se asignó el rango 1 al valor más pequeño, 2 al siguiente valor más pequeño y así hasta llegar al rango n que correspondió a la observación con el valor más alto. Luego se repitió el proceso para la otra variable.

Se utilizó la prueba “*Chi-cuadrado*” para determinar una diferencia significativa entre las dos variables.

Se utilizaron las pruebas de normalidad “*Shapiro-Wilk*” para los puntajes totales de calidad de vida y TEPT, para con ello demostrar si los conjuntos de datos siguen o no, una distribución normal.

9. ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación se basó en lo establecido por la Asociación Médica Mundial (AMM) en la Declaración de Helsinki de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables, en la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013. Por lo tanto, se llevaron a cabalidad las siguientes indicaciones establecidas en la Declaración:

- El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber. ⁽³³⁾
- El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). ⁽³⁴⁾
- En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. ⁽³⁴⁾
- La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria, por lo que este protocolo se realizara de tal manera bajo consentimiento informado. ⁽³⁴⁾

También se tomó en cuenta el Reglamento de la *Ley General de Salud* en materia de investigación para la salud con los siguientes artículos:

- **ARTÍCULO 13.-** En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. ⁽³⁵⁾

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- *ARTÍCULO 14.-* La Investigación que se realizó en seres humanos y se desarrolló conforme a las siguientes bases: I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justificaron. ⁽³⁵⁾
 - *ARTÍCULO 16.-* Se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. ⁽³⁵⁾
 - *ARTÍCULO 17.-* Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufriera algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. ⁽³⁵⁾

9.1. RESPETO A LOS PARTICIPANTES

Este protocolo de investigación mantuvo en todo momento el compromiso esencial de proteger y respetar la integridad y privacidad de los participantes del estudio, fueron tratados con la mejor consideración y respeto en todas las etapas de la investigación. Se garantizó la confidencialidad de su información personal y de las respuestas proporcionadas durante el estudio, asegurando que los datos sean anónimos y sólo accesibles para el equipo de investigación. Además, se aseguró que los participantes pudieran retirarse del estudio en cualquier momento si así lo decidieran, sin ninguna repercusión o pérdida de los beneficios a los que tienen derecho, ellas y ellos serían informadas claramente sobre esta opción desde el inicio y durante todo el proceso de la investigación.

9.2. NIVEL DE RIESGO

Con relación a los posibles riesgos este estudio es clasificado como de **riesgo mínimo**, no obstante, el contenido de algunas preguntas pudiera haber despertado aspectos como sensibilidad y ansiedad en algunos de los participantes, por lo que se contó con

el apoyo del servicio de urgencias de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 Ags., para ser canalizadas en el momento de la entrevista y recibir apoyo psicológico, y de ser necesario, ser canalizado con un especialista en psiquiatría en el tiempo más breve posible.

9.3. PROPORCIONALIDAD ENTRE LOS RIESGOS Y BENEFICIOS

El estudio se diseñó de tal forma que los riesgos potenciales para los participantes se minimizaran lo más posible. No se propuso ninguna intervención invasiva o que alterase su rutina diaria; en su lugar, se basó en cuestionarios y escalas de auto informe. Además, los posibles beneficios de esta investigación, tanto para los participantes individuales como para la sociedad en general, se maximizan. Así, los beneficios anticipados de esta investigación, en términos de conocimientos generados y su potencial aplicación, son proporcionales o incluso podrían exceder cualquier riesgo mínimo anticipado.

9.4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Un aspecto fundamental de este protocolo fue haber contado con el consentimiento informado de cada participante. Esto implicó, por ende, explicar de manera clara y comprensible los objetivos, métodos, beneficios esperados, riesgos potenciales y cualquier incomodidad que el estudio les pudiese ocasionar. Además, se les informó sobre el carácter voluntario de su participación y su derecho a opción de retirarse en cualquier momento sin perder algún beneficio de esta investigación. Cada participante debió firmar y fechar un documento de consentimiento informado antes de participar en la investigación, el cual también tuvo que ser firmado por dos testigos para asegurar la validez y transparencia del proceso. Este proceso contó con la completa conformidad en base a los artículos 21 y 22 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de México. Se entregó una copia del consentimiento informado firmado a cada participante para su registro y referencia. El equipo de investigación se aseguró que el consentimiento fuese obtenido de manera libre, sin ningún tipo de coacción o influencia indebida, y que estuviera basado en una comprensión adecuada de los aspectos relevantes del estudio. La renovación del

consentimiento se consideró en el sentido de que hubiese cambios significativos en el protocolo o en las condiciones del estudio que pudieran haber afectado la voluntad de los o las participantes para continuar. Cualquier inquietud o pregunta de los participantes fue respondida de manera precisa y respetuosa por el equipo de investigación, asegurando que los participantes fueran enterados de toda la información necesaria para tomar una decisión informada sobre su participación en el estudio. Además, el equipo de investigación estuvo disponible para resolver cualquier duda o inquietud que pudiera haber surgido durante el desarrollo del estudio.

10. RECURSOS

10.1. RECURSOS HUMANOS

- **INVESTIGADOR PRINCIPAL**

Fue el responsable de la dirección general del proyecto de la investigación. Sus responsabilidades incluyeron desde el registro del protocolo y anexos a la plataforma del comité de investigación *SIRELCIS* (Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud), informar al estudiante residente de las correcciones a realizar, de los ajustes por parte del comité revisor y de la supervisión de la recolección de datos.

- **MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

Fue el encargado de identificar y reclutar a los pacientes elegibles para participar en el estudio, presentando el consentimiento bajo información a cada uno de ellos. Así como la realización de las entrevistas presenciales y aplicación de los instrumentos de evaluación a los participantes. A su vez de registrar y manejar los datos recolectados de manera precisa y confidencial, el análisis de los datos y la redacción del informe final para su presentación en el examen de grado.

10.2. RECURSOS MATERIALES

Tabla 3. Recursos Materiales

Recurso Material	Costo Unitario	Cantidad	Costo Total
Papel tipo bond tamaño carta	\$150 paquete	10	\$1,500
Folders color manila tamaño carta	\$10 cada uno	200	\$2,000
Bolígrafos de color azul	\$15 cada uno	50	\$750
Impresiones de cuestionarios	\$1 por página	2,000	\$2,000
Sobres de papel para guardar cuestionarios	\$5 cada uno	200	\$1,000
Teléfono celular	\$10,000 por unidad	1	\$10,000
Computadora tipo laptop para procesamiento de datos	\$15,000 por unidad	1	\$15,000
Total			\$32,250

10.3. RECURSOS FINANCIEROS

Los costos requeridos para haber realizado esta investigación, incluyendo los materiales, transporte y la alimentación fueron cubiertos por el médico residente en su totalidad.

10.4. FACTIBILIDAD

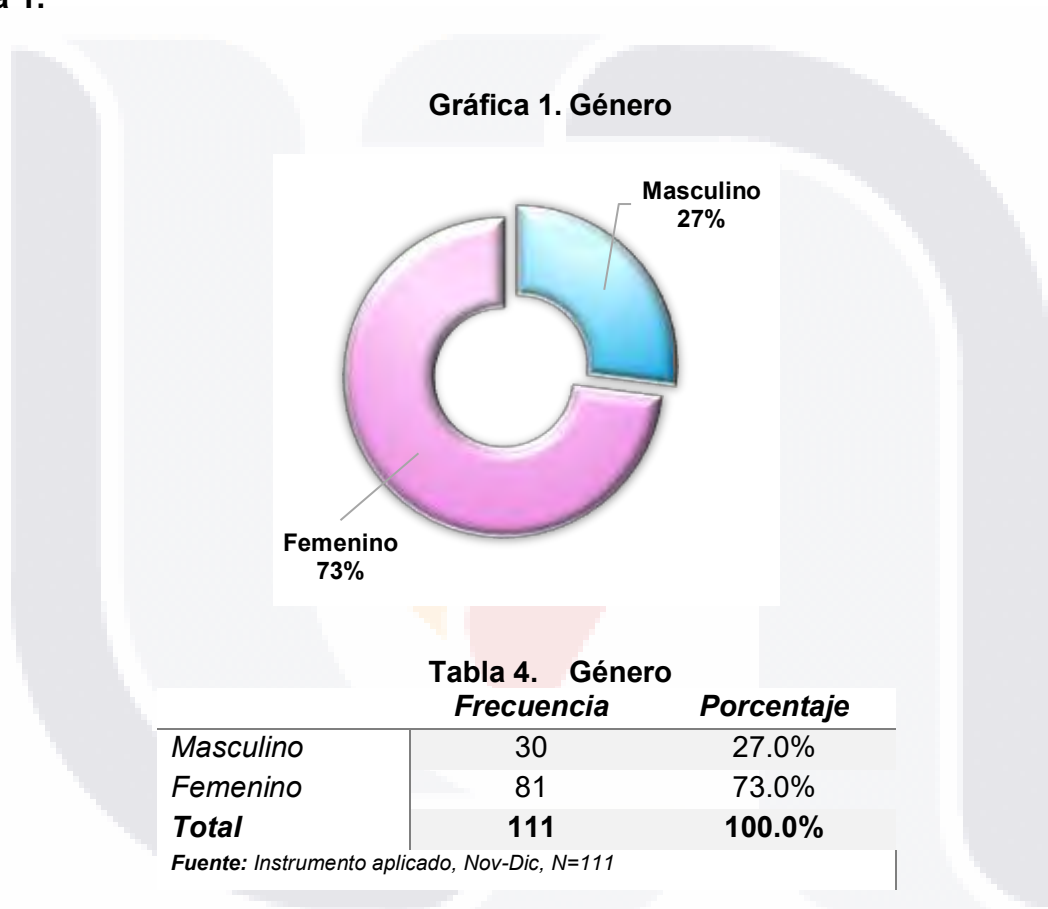
Considerando los objetivos de la investigación, las técnicas de recolección de datos propuestas y los recursos disponibles, el estudio fue factible por la metodología en la que fue diseñado, de manera práctica. Las herramientas de recolección de datos, como las entrevistas presenciales y las escalas de trastorno por estrés postraumático en pacientes bipolares y de calidad de vida, son técnicas ya establecidas y fiables en la investigación propuesta.

La mayoría de los recursos necesarios son comunes y fácilmente disponibles, lo que fue indispensable para ser factible éste estudio. Además, la población de estudio, las mujeres y hombres portadores de trastorno bipolar que asisten a la UMF 11 del IMSS en Aguascalientes, es accesible, por ser derechohabientes de la sede de especialización del médico residente.

11.RESULTADOS

11.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

La muestra total analizada en este estudio está compuesta por 111 participantes. En cuanto a la distribución por género, en la **Tabla 4** se observa que el 73% de los participantes corresponde al género femenino. Esto se presenta de manera visual en la **Gráfica 1**.



En la **Tabla 5** se muestra la distribución del estado civil de los participantes, se destaca que 54 son casados lo que representa casi el 50% y 27 solteros (24.4%). Esto se representa de manera visual en la **Gráfica 2**.

Gráfica 2. Estado civil

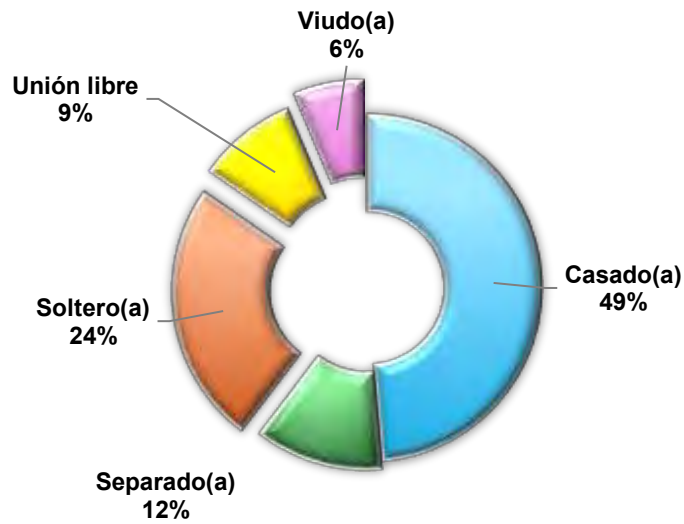


Tabla 5. Estado civil

	Frecuencia	Porcentaje
<i>Casado(a)</i>	54	48.6%
<i>Separado(a)</i>	13	11.7%
<i>Soltero(a)</i>	27	24.4%
<i>Unión libre</i>	10	9.0%
<i>Viudo(a)</i>	7	6.3%
Total	111	100.0%

Fuente: Instrumento aplicado, Nov-Dic, N=111

En la **Tabla 6** se presenta la distribución en cuanto a la escolaridad de los participantes, en donde se destaca que más del 55% cuenta con estudios de educación básica (primaria y secundaria). El 22% indicó haber cursado preparatoria y casi el mismo porcentaje concluyó estudios universitarios (19%). Esto se representa visualmente en la **Gráfica 3**.

Gráfica 3. Escolaridad

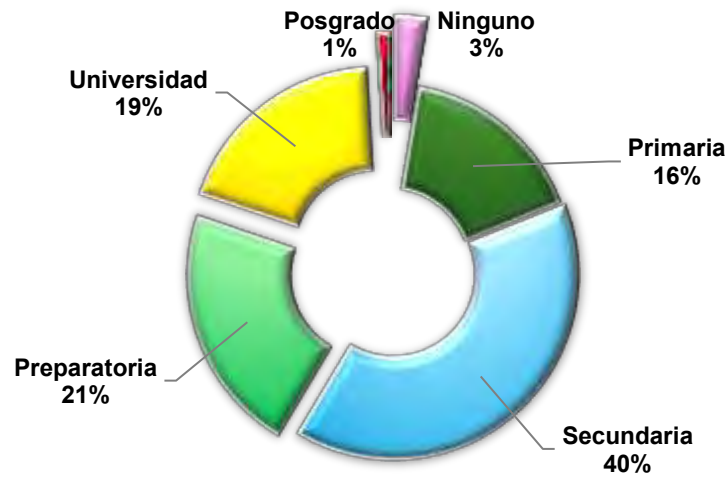


Tabla 6. Escolaridad

	Frecuencia	Porcentaje
<i>Ninguno</i>	3	2.7%
<i>Primaria</i>	18	16.3%
<i>Secundaria</i>	44	39.6%
<i>Preparatoria</i>	24	21.6%
<i>Universidad</i>	21	18.9%
<i>Posgrado</i>	1	0.9%
Total	111	100.0%

Fuente: Instrumento aplicado, Nov-Dic, N=111

11.2. DESCRIPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

En la **Tabla 7** se observa la distribución de la escala **QOL.BD-CL**, desglosada en las dimensiones evaluadas.

En cuanto al “estado físico”, 33 indicaron estar en desacuerdo en relación con haber tenido mucha energía, 42 en desacuerdo con haber hecho suficiente ejercicio y con contraste 34 estuvieron de acuerdo con sentirse bien físicamente. Por otro lado, respecto a la dimensión de “sueño”, 31 de los pacientes encuestados están de acuerdo con no haber tenido problemas para levantarse por las mañanas, 36 señalaron estar de

acuerdo con haber dormido lo suficiente y 33 están de acuerdo con haber mantenido una rutina con sus horarios de sueño, contrastando con los 33 que estuvieron en desacuerdo con despertarse con energía.

En el apartado de *“ánimo”*, la mayoría contestó estar de acuerdo en los 4 ítems que corresponden a la dimensión, como sentirse feliz, disfrutar las cosas igual que siempre, sentirse capaz de enfrentar situaciones difíciles y estar emocionalmente estable. Asimismo, 42 contestaron estar de acuerdo tanto en haber pensado con claridad, 35 en tener buena concentración y 39 con hacer planes sin dificultad, respectivamente, lo que corresponde a la dimensión *“cognición”*, por lo que se interpreta como un buen nivel cognitivo en la mayoría de los estos pacientes, a pesar de tener un padecimiento mental. Por otro lado, en la dimensión *“ocio”*, la mayoría respondieron estar de acuerdo y muy de acuerdo en los 4 ítems correspondientes que explora el disfrutar de sus actividades recreativas, estar interesados y entretenerse en ellas, así como expresar su creatividad.

En el aspecto de *“vida social”*, 44 se identificaron con estar de acuerdo en disfrutar pasar tiempo con otros, interesarse en sus relaciones sociales y compartir sentimientos o problemas con amigo(s), mientras que el ítem referente a amistades significativas, la misma cantidad de personas contestaron estar de acuerdo y muy de acuerdo, respectivamente, lo que se significa que en su mayoría cuentan con una buena red de apoyo. Con respecto a la *“espiritualidad”*, 35 expresaron estar muy de acuerdo en sentirse satisfechos con este aspecto, 33 y 35 estuvieron de acuerdo con expresarla y mantener una rutina como la desean, respectivamente, pudiendo ser un factor atenuante en estos pacientes.

En la dimensión *“finanzas”*, 38 estuvieron de acuerdo en tener dinero suficiente para necesidades básicas, 28 para cosas extras y también la mayoría manifestó estar de acuerdo o muy de acuerdo con no tener problemas con deudas. La mayoría de los participantes expresó estar de acuerdo en todos los ítems relacionados a la *“vida doméstica”*, como realizar labores diarias, organización, orden y limpieza del hogar. En relación con la *“autoestima”*, tanto sentirse respetado, aceptado por otros, valioso como los demás y capaz de enfrentar su diagnóstico, la mayoría contestó estar de acuerdo, traduciéndose como una buena autoestima en esta muestra de pacientes.

En la dimensión de “*independencia*”, la mayoría contestó estar de acuerdo tanto en sentirse libre, transportarse de un lugar a otro libremente y sentirse que los demás le permiten ser independiente. Respecto a la “*identidad*”, casi todos concordaron estar de acuerdo en los 4 ítems correspondientes a seguridad, reconocimiento de sí mismo, saber qué, y que no quiere así tener control sobre su vida. En las dimensiones opcionales de “*trabajo*” (habilidades, requerimientos, calidad y confiabilidad) y “*educación*” (disfrutar estudios, seguridad, rendimiento, organización) de la misma manera, la mayoría manifestó estar de acuerdo en todas las aseveraciones.

Tabla 7. Escala de calidad de vida (QOL.BD-CL)

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Estado físico					
1) He tenido mucha energía.	11	33	31	26	10
2) Siento que he hecho suficiente ejercicio.	29	42	20	14	6
3) Me he sentido bien físicamente.	14	28	24	34	11
Sueño					
5) Me he despertado con energía.	11	33	325	29	13
6) No he tenido problemas para levantarme por las mañanas.	20	29	16	31	15
7) He dormido lo suficiente.	9	25	24	36	17
8) He mantenido una rutina en mis horarios de sueño.	14	31	15	33	18
Ánimo					
9) Me he sentido feliz	14	16	28	30	23
10) He disfrutado las cosas igual que siempre.	12	26	21	35	17
11) Me he sentido capaz de enfrentar situaciones difíciles.	12	13	22	46	15
12) Me he sentido emocionalmente estable.	18	26	25	28	11
Cognición					
13) He pensado con claridad.	10	16	29	42	11
14) He tenido buena concentración.	10	26	28	35	10
15) No he tenido dificultades con mi memoria.	13	17	40	29	10
16) He hecho planes sin dificultad.	9	22	26	39	12
Ocio					
17) He disfrutado mis actividades de recreación.	6	16	20	43	23
18) He estado interesado en mis actividades de recreación.	8	16	19	42	23
19) Me he entretenido en mis actividades de recreación.	6	15	16	51	19
20) He expresado mi creatividad.	10	23	22	36	17

Vida social

21) <i>He disfrutado pasar tiempo con otras personas.</i>	5	7	26	44	27
22) <i>He estado interesado en mis relaciones sociales.</i>	10	19	23	31	26
23) <i>He tenido amistades significativas.</i>	10	17	18	32	32
24) <i>He sido capaz de compartir mis sentimientos o problemas con un/a amigo/a.</i>	8	20	22	41	20

Espiritualidad

25) <i>Me he sentido satisfecho con mi aspecto espiritual.</i>	5	13	25	33	35
26) <i>He expresado mi espiritualidad tal como deseo.</i>	4	22	26	33	26
27) <i>He practicado mi espiritualidad tal como la deseo.</i>	5	25	28	26	27
28) <i>He mantenido una rutina con respecto de mi espiritualidad.</i>	9	16	24	35	27

Finanzas

29) <i>He tenido dinero suficiente para mis necesidades básicas.</i>	12	19	25	38	17
30) <i>He tenido dinero suficiente para cosas extras.</i>	22	25	24	28	12
31) <i>Me he sentido seguro respecto de mi situación financiera.</i>	16	28	25	27	15
32) <i>No he tenido problemas con mis deudas.</i>	14	21	22	26	28

Vida doméstica

33) <i>He realizado las labores diarias del hogar.</i>	10	15	16	50	20
34) <i>He sido organizado en mi hogar.</i>	7	11	19	48	26
35) <i>He mantenido mi casa ordenada.</i>	8	12	16	52	23
36) <i>He mantenido mi casa limpia.</i>	6	14	18	46	27

Autoestima

37) <i>Me he sentido respetado.</i>	6	16	20	39	30
38) <i>Me he sentido aceptado por otros.</i>	5	14	19	42	31
39) <i>Me he sentido tan valioso como los demás.</i>	6	15	18	38	34
40) <i>Me he sentido capaz de enfrentar mi diagnóstico.</i>	6	14	17	47	27

Independencia

41) <i>Me he sentido libre.</i>	8	13	18	43	29
42) <i>Me he sentido seguro en mi hogar.</i>	3	6	15	41	46
43) <i>Me he transportado de un lugar a otro libremente (ej. Conduciendo o transporte público).</i>	5	10	12	44	40
44) <i>He sentido que los demás me permiten ser independiente.</i>	7	11	13	42	38

Identidad

45) <i>Estoy seguro de mí mismo.</i>	8	17	15	36	35
46) <i>Me reconozco a mí mismo.</i>	6	13	14	40	38
47) <i>He tenido una idea clara de lo que quiero y lo que no quiero.</i>	5	16	22	42	26
48) <i>He tenido control sobre mi vida.</i>	3	16	21	46	24

Trabajo

49) <i>Me he sentido seguro con mis habilidades en el trabajo.</i>	5	4	17	24	18
50) <i>He cumplido con los requerimientos del trabajo.</i>	1	5	12	32	18
51) <i>He estado satisfecho con la calidad de mi trabajo.</i>	4	5	11	28	19
52) <i>He sido confiable en el trabajo.</i>	3	3	11	27	22

Educación

53) <i>He disfrutado mis estudios.</i>	1	4	9	14	6
54) <i>Me he sentido seguro de terminar mis estudios.</i>	2	4	7	13	6
55) <i>He mantenido mi rendimiento habitual.</i>	2	3	9	12	6
56) <i>He organizado mis actividades educativas adecuadamente.</i>	5	3	4	15	5

Fuente: Instrumento QOL.BD-CL, NOV-DIC 2024, N=111

11.3. CONFIABILIDAD DE LA ESCALA “QOL.BD-CL”

La **Tabla 8** presenta los valores del Alfa de Cronbach obtenidos para cada una de las dimensiones evaluadas en la escala de calidad de vida, así como un índice global. Las dimensiones con mayor confiabilidad fueron vida doméstica (0.938), espiritualidad (0.924) y trabajo (0.906), mientras que la dimensión con menor puntaje fue sueño (0.657). Otros aspectos como ocio (0.890), autoestima (0.891), finanzas (0.849) e independencia (0.864) también mostraron alta consistencia interna. Finalmente, el Alfa de Cronbach global de la escala alcanzó un valor de 0.974, lo que indica una excelente confiabilidad en la medición general de la calidad de vida en este estudio.

Tabla 8. Confiabilidad de la escala de calidad de vida

	Alfa de Cronbach
<i>Estado físico</i>	0.812
<i>Sueño</i>	0.657
<i>Ánimo</i>	0.817
<i>Cognición</i>	0.813
<i>Ocio</i>	0.890
<i>Vida social</i>	0.796
<i>Espiritualidad</i>	0.924
<i>Finanzas</i>	0.849
<i>Vida doméstica</i>	0.938
<i>Autoestima</i>	0.891
<i>Independencia</i>	0.864
<i>Identidad</i>	0.842
<i>Trabajo</i>	0.906
<i>Educación</i>	0.803
Global	0.974

Fuente: Instrumento PCL-5 , NOV-DIC 2024, N=111

11.4. DESCRIPCIÓN DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN BASE A LA ESCALA APLICADA “PCL-5”

En la **Tabla 9** se presentan las respuestas de los participantes en relación con la dimensión “*intrusión*” del TEPT.

Esta dimensión está compuesta por 5 ítems, tener recuerdos, sueños, sentimientos o acciones, alteración y reacciones físicas, relacionados a haber sufrido alguna experiencia estresante o traumatizante en el pasado. Es destacable que, en esta muestra de pacientes, alrededor de 1/3, presentó puntuaciones altas de haber presentado recuerdos y alteración referente a alguna experiencia.

Tabla 9. Intrusión

	Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
1) <i>Recuerdos no deseados, repetitivos y perturbadores relacionados a la experiencia estresante.</i>	38	28	18	21	6
2) <i>Sueños perturbadores y repetitivos relacionados a la experiencia estresante.</i>	55	23	15	14	4
3) <i>Sentir o actuar repentinamente como si la experiencia estuviera ocurriendo en ese momento nuevamente (o reviviendo).</i>	46	26	21	14	4
4) <i>Sentirse muy alterado si algo le recuerda una experiencia estresante.</i>	40	24	20	20	7
5) <i>Tener reacciones físicas (aumento de actividad cardíaca, dificultad respiratoria) si algo le recuerda una experiencia estresante.</i>	56	18	14	18	5

Fuente: Instrumento PCL-5 , NOV-DIC 2024, N=111

A continuación, en la **Tabla 10** se detallan las respuestas correspondientes a la dimensión “*evitación*”.

En este apartado se integran 2 afirmaciones, los cuales son, evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con alguna experiencia estresante, así como evitar como lugares, situaciones, personas o actividades que lo recuerden. Analizando los resultados, podemos recalcar que 3.5% evitan tener recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados.

Tabla 10. Evitación

	Nada en absoluto	Un poco	Moderada mente	Mucho	Extremada mente
6) Evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante ocurrida.	38	22	19	25	6
7) Evitar recuerdos externos relacionados a la experiencia estresante (como lugares, situaciones, personas o actividades que le recuerdan al suceso estresante).	43	21	22	19	5

Fuente: Instrumento PCL-5 , NOV-DIC 2024, N=111

En la **Tabla 11** se observan las respuestas relacionadas con la dimensión “*alteración cognitiva y emocional*”.

Respecto a las 6 aseveraciones que engloban esta sección, los cuales son, dificultad para recordar aspectos importantes del suceso estresante, culparse a sí mismos o a otros por ello, creencias negativas de sí mismo, de otros o del mundo, tener fuertes sentimientos negativos, pérdida de interés en actividades, ser distante o cortante con otros y tener dificultad para experimentar sentimientos positivos. Es relevante que el 3.7%, refieren tener creencias negativas de sí mismo, de otros o del mundo.

Tabla 11. Alteración cognitiva y emocional

	Nada en absoluto	Un poco	Moderada mente	Mucho	Extremada mente
8) Dificultad para recordar aspectos importantes de la experiencia estresante.	51	27	11	14	7
9) Fuertes creencias negativas de sí mismo, de otras personas o del mundo (pensamientos como estar mal, no poder confiar en nadie, creer que el mundo es muy peligroso).	44	27	9	21	9
10) Culparse a sí mismo o a otra persona por la experiencia sucedida.	56	18	13	18	6:
11) Fuertes sentimientos negativos como miedo, terror, molestia, culpa o vergüenza.	47	20	17	19	8
12) Pérdida de interés en actividades que antes sentía placer.	49	25	12	19	6
13) Sentimiento distante o cortante con otras personas.	45	22	18	18	8
14) Dificultad para experimentar sentimientos positivos (como no poder sentir felicidad o sentir cariño por otras personas).	53	21	14	16	7

Fuente: Instrumento PCL-5 , NOV-DIC 2024, N=111

En la **Tabla 12** se representan las respuestas sobre la dimensión “*alteración del estado de alerta y reactividad*”.

Esta parte está compuesta por 6 afirmaciones, como lo son, sentir irritabilidad, ira o agresividad, riesgos o acciones contra si mismo u otros, sentirse en alerta, vigilancia o en defensiva, angustia o sobresalto, dificultad de concentración, y dificultar para dormir o mantener el sueño. Alrededor del 4% se identificó con tener dificultad de concentración y batallar para dormirse o mantener el sueño.

Tabla 12. Alteración del estado de alerta y reactividad

	Nada en absoluto	Un poco	Moderada mente	Mucho	Extremada mente
15) Comportamiento irritable, episodios de ira o comportamiento agresividad.	49	20	21	11	10
16) Tomar riesgos o realizar cosas que pueden hacerle daño a sí mismo.	66	16	13	11	5
17) Estar en estado de alerta, vigilancia o en defensiva.	43	33	12	15	8
18) Sentimiento alterado de angustia o sobresalto.	46	22	24	15	4
19) Dificultad de concentración.	36	32	16	21	6
20) Batallar para dormirse o mantener el sueño.	42	20	21	10	18

Fuente: Instrumento PCL-5 , NOV-DIC 2024, N=111

11.5. CONFIABILIDAD DE LA ESCALA “PCL-5”

La **Tabla 13** muestra los valores del Alfa de Cronbach para las dimensiones de la escala de estrés postraumático, destacando que la dimensión alteración del estado de alerta y reactividad obtuvo el valor más alto (0.882), seguida por intrusión (0.872), alteración cognitiva emocional (0.859) y evitación (0.848). El índice global alcanzó un valor de 0.952, lo que refleja una excelente consistencia interna en la escala aplicada.

Tabla 13. Confiabilidad de la escala de estrés postraumático

	Alfa Cronbach
<i>Intrusión</i>	0.872
<i>Evitación</i>	0.848
<i>Alteración cognitiva emocional</i>	0.859
<i>Alteración del estado de alerta y reactividad</i>	0.882
Global	0.952

Fuente: Instrumento PCL-5 , NOV-DIC 2024, N=111

11.6. CORRELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y TEPT

En la **Gráfica 4** se observa la distribución de los participantes según la presencia de estrés postraumático. Un 68% de los participantes, no presentaron Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), mientras que el 32%, sí lo presentaron. Estos resultados reflejan que prácticamente 1 de cada 3 participantes de la muestra, tendrían TEPT.

Gráfica 4. Nivel de estrés postraumático



En la **Gráfica 5** se observa que el 59% de los participantes, reportaron una alta calidad de vida, mientras que el 41%, una peor calidad de vida. Esto refleja una predominancia de una percepción positiva en cuanto a la calidad de vida dentro de la población estudiada.

Gráfica 5. Nivel de calidad de vida



En la **Gráfica 6** y en la **Tabla 14** se presenta la **correlación** entre la calidad de vida y la presencia de TEPT. De los 36 participantes con TEPT, 22 reportaron una baja calidad de vida y 14 una alta calidad de vida. En contraste, de los 75 participantes sin TEPT, 23 indicaron tener una baja calidad de vida, mientras que 52 reportaron una alta calidad de vida.

El análisis estadístico muestra un valor de “*Chi-cuadrado*” de 9.353 con un valor de “*p*” de 0.002. Lo que indica una correlación significativa entre la presencia de TEPT y el nivel de calidad de vida.

Gráfica 6. Calidad de vida y estrés postraumático

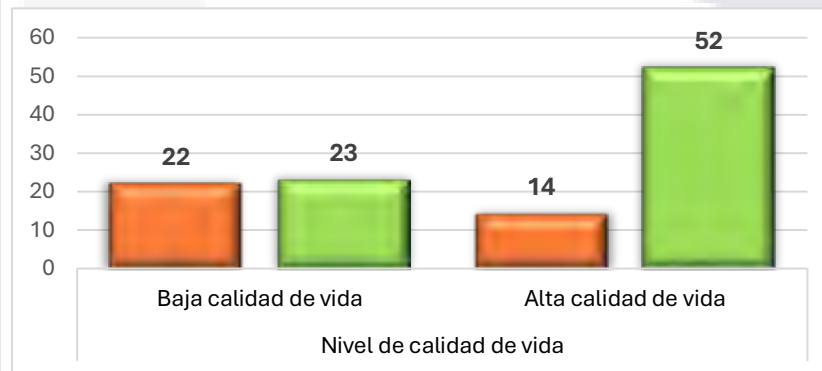


Tabla 14. Correlación entre presencia de TEPT y calidad de vida

		<u>Nivel de calidad de vida</u>		Total	Chi-Cuadrado	Valor “p”
		Baja calidad de vida	Alta calidad de vida			
TEPT	Con TEPT	22	14	36	9.353	0.002
	Sin TEPT	23	52	75		
Total		45	66	111		

Fuente: Instrumentos aplicados QOL.BD-CL Y PCL-5 , NOV-DIC 2024, N=111

En la **Tabla 15** se muestran los resultados de las pruebas de normalidad “*Shapiro-Wilk*” para los puntajes totales de calidad de vida y TEPT. El valor estadístico para el puntaje total de calidad de vida fue de 0.976 con un valor de significancia de 0.044, mientras que el de TEPT fue de 0.932 con un valor de significancia de 0.000. Esto indica que ambos conjuntos de datos *no* siguen una distribución normal.

Tabla 15. Pruebas de normalidad

	Valor estadístico	<u>Shapiro-Wilk</u>	
		gl	Sig.
<i>Puntaje total de QOL.BD-CL</i>	0.976	111	0.044
<i>Puntaje total de PCL-5</i>	0.932	111	0.000

Fuente: Elaboración propia

En la **Gráfica 7** y la **Tabla 14** se presenta la correlación entre los puntajes de Trastorno de estrés postraumático (TEPT) y calidad de vida. La gráfica muestra una relación inversa, donde un mayor resultado de TEPT está asociado a una peor calidad de vida. La mediana del puntaje total de calidad de vida fue de 183, mientras que la mediana del puntaje de TEPT fue de 20.

El “**análisis de Spearman**” reportó un coeficiente de correlación de -0.350 con un valor de “*p*” de 0.001. Con lo que se concluye una correlación negativa y estadísticamente significativa entre ambas variables.

Gráfica 7. Trastorno de estrés postraumático y calidad de vida

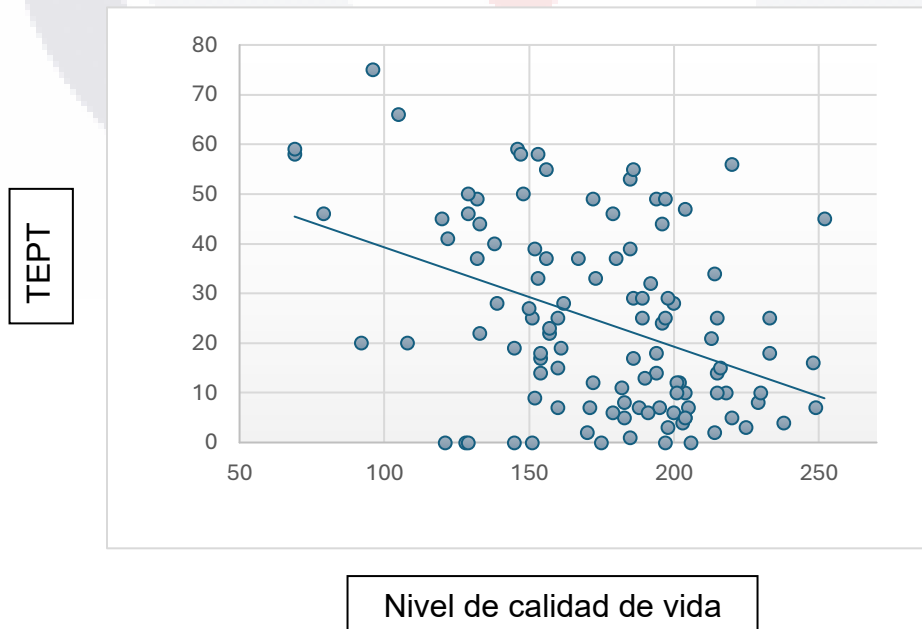


Tabla 16. Correlación entre puntajes de TEPT y calidad de vida

	MEDIANA	MÍNIMO	MÁXIMO	CORRELACIÓN DE SPEARMAN	VALOR "P"
-Puntaje total de calidad de vida	183	69	252	-0.350	0.001
-Puntaje total de TEPT	20	0	75		

FUENTE: INSTRUMENTOS QOL.BD-CL Y PCL-5 , NOV-DIC 2024, N=111

12. DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio revelan aspectos relevantes sobre la correlación entre la calidad de vida y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) en derechohabientes adultos con trastorno bipolar (TB). Estos hallazgos no solo son consistentes con investigaciones previas, sino que también aportan perspectivas específicas al contexto de la población estudiada. La explicación y análisis de los resultados, así como su comparación con otros estudios, permiten comprender mejor estas interacciones y proponer recomendaciones para el manejo clínico de estos pacientes. En primer lugar, la predominancia del género femenino (73%) en los participantes de este estudio coincide con los hallazgos de Quarantini et al. ⁽⁶⁾, quienes reportaron una mayoría de mujeres en su muestra de pacientes bipolares con y sin TEPT comórbido. En cuanto al estado civil y nivel educativo, una proporción significativa de los participantes fueron casados y contaban con estudios de secundaria, lo cual podría influir en el acceso a servicios de salud, factores que han sido relacionados con la calidad de vida en pacientes con TB según Thomas et al. ⁽²⁾

La evaluación de la calidad de vida mostró que, si bien los participantes reportaron niveles positivos en dimensiones como la vida social, espiritualidad y vida doméstica, se identificaron áreas críticas como en finanzas y trabajo, donde predominó el desacuerdo respecto a suficiencia económica y estabilidad laboral. Estos resultados son consistentes con los hallazgos de Cotrena et al. ⁽³⁾, quienes destacaron que factores como el nivel socioeconómico y la ocupación son predictores significativos de la calidad

de vida en estos pacientes; además Anyayo et al. ⁽⁴⁾ observaron que las deficiencias en componentes físicos y mentales, junto con antecedentes de pensamientos suicidas, son determinantes clave en la calidad de vida, lo que subraya la necesidad de abordar estas áreas específicas en la atención clínica. El análisis del TEPT mostró que los participantes presentaron este trastorno, fue un porcentaje similar al reportado por estudios como el de Quarantini et al. ⁽⁶⁾, quienes, además encontraron que los pacientes bipolares con TEPT tienen peores resultados clínicos y una mayor prevalencia de ciclos rápidos y riesgos de suicidio. En este estudio, las dimensiones de intrusión y evitación reflejaron que, aunque la mayoría de los participantes no experimentaron recuerdos perturbadores ni evitaron activamente situaciones relacionadas con traumas, una proporción considerable sí reportó síntomas moderados o más graves. Esto coincide con el estudio de Quarantini et al. ⁽⁶⁾, el cual señala que la coexistencia de TEPT con el TB agrava los síntomas afectivos y compromete el bienestar general.

Una correlación negativa significativa entre la calidad de vida y el TEPT fue uno de los hallazgos más destacados, con un coeficiente de correlación de Spearman de -0.350 ($p = 0.001$). Se refuerzan las conclusiones de Khafif et al. ⁽⁵⁾, quienes documentaron que la calidad de vida disminuye significativamente en presencia de comorbilidades como el TEPT, especialmente en los dominios psicológicos, sociales y ambientales. Además, concordamos con O'Rourke et al. ⁽¹⁾, sobre que las fallas cognitivas percibidas y los síntomas depresivos asociados al TB impactan directa e indirectamente en la calidad de vida. En cuanto a las dimensiones específicas evaluadas en la calidad de vida, este estudio confirmó patrones observados por Thomas et al. ⁽²⁾, quienes identificaron que las puntuaciones más bajas se presentan en los dominios sociales y económicos. Sin embargo, este estudio también destaca áreas como la espiritualidad, la vida doméstica y una buena red de apoyo como fortalezas, lo que podría considerarse como un factor protector. Finalmente, la correlación negativa entre el TEPT y la calidad de vida subraya la necesidad de realizar un diagnóstico temprano y una intervención integral que aborde no solo los síntomas afectivos y cognitivos del TB, sino también los síntomas del TEPT. Así mismo, es fundamental considerar intervenciones dirigidas para abordar aspectos financieros, laborales y sociales para potenciar la calidad de vida de estos pacientes.

Los hallazgos de este estudio también sugieren la necesidad de incorporar enfoques multidisciplinares que incluyan el manejo del TEPT y las comorbilidades en los programas de atención a los pacientes con trastorno bipolar.

12.1. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Dentro de la realización de este estudio nos encontramos con algunas limitaciones para poder localizar a los participantes, por ejemplo, el que no estén completos sus datos de localización en el sistema "SIMF", como números de teléfono, domicilio o correo electrónico. Por lo que hacemos la recomendación para el personal de la UMF 11 de completar estos datos a los pacientes, por si es requerido para futuras investigaciones. A su vez, algunos pacientes que se localizaron no aceptaron acudir por el estigma que se tiene referente a su padecimiento, e incluso algunos negaron padecer trastorno bipolar. Por lo que recomendamos continuar la concientización para la aceptación de estos pacientes con su diagnóstico.

13. CONCLUSIONES

El presente estudio analizó las características sociodemográficas, la calidad de vida, la presencia del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y la correlación entre estas variables en una muestra de 111 participantes con trastorno bipolar. En cuanto a las características sociodemográficas, se encontró que el 73% de los participantes eran mujeres, mientras que el 27% eran hombres, reflejando una predominancia del género femenino. Con relación al estado civil, el 48.6% de los participantes reportó estar casado, seguido por un 24.3% que indicó ser soltero. El 39.6% de los participantes señaló tener estudios de secundaria, mientras que un 21.6% y un 18.9% mencionaron haber cursado preparatoria y universidad, respectivamente. Un porcentaje menor reportó tener estudios de primaria (16.2%) o ningún nivel educativo (2.7%). La calidad de vida fue evaluada a través de diversas dimensiones. En el estado físico, un porcentaje importante de los participantes reportó estar en desacuerdo con haber tenido suficiente energía, mientras que, en dimensiones como sueño, ánimo, y cognición, se observaron respuestas más positivas en términos de acuerdo y muy de acuerdo. En las dimensiones de vida social, espiritualidad, y vida doméstica, los participantes indicaron predominantemente respuestas favorables, reflejando satisfacción en estas áreas. Sin embargo, en dimensiones como finanzas y trabajo, se observaron mayores niveles de desacuerdo, especialmente con relación a suficiencia económica y seguridad laboral.

Por otro lado, el estrés postraumático se evaluó a través de las dimensiones de intrusión, evitación, alteración cognitiva y emocional, y alteración del estado de alerta y reactividad. En la dimensión de intrusión, la mayoría de los participantes reportó no experimentar recuerdos perturbadores ni reacciones físicas relacionadas con experiencias estresantes. Sin embargo, una proporción considerable indicó experimentar intrusión de manera moderada o más alta. En la dimensión de evitación, 43 participantes señalaron no evitar recuerdos externos relacionados con experiencias estresantes, aunque otros indicaron hacerlo en menor medida. En cuanto a la alteración cognitiva y emocional, las dificultades más reportadas incluyeron sentimientos negativos, pérdida de interés en actividades placenteras, y dificultades para

experimentar sentimientos positivos. Finalmente, en la dimensión de alteración del estado de alerta y reactividad, se observó que la mayoría de los participantes no presentó comportamientos irritables ni dificultades severas en el sueño o la concentración. El análisis de la correlación entre el Trastorno de Estrés Postraumático y calidad de vida reveló hallazgos importantes. En total, el 68% de los participantes no presentó TEPT, mientras que el 32% sí lo presentó. En cuanto a la calidad de vida, el 59% de los participantes reportó tener una alta calidad de vida, mientras que el 41% indicó una peor calidad de vida. La correlación entre estas dos variables, medida a través del análisis de Chi-cuadrada y Coeficiente de Spearman, mostró una relación negativa significativa. Específicamente, entre los participantes con TEPT, 22 reportaron una baja calidad de vida, mientras que solo 14 señalaron tener una alta calidad de vida. En contraste, entre aquellos sin TEPT, 52 reportaron una alta calidad de vida frente a 23 con una baja calidad de vida. Este patrón se refleja en el coeficiente de correlación de Spearman de -0.350 ($p = 0.001$), lo que confirma que mayores niveles de TEPT se asocian con una peor calidad de vida. Así mismo, la gráfica muestra una relación inversa, donde un mayor nivel de TEPT está asociado a una menor calidad de vida. La mediana del puntaje total de calidad de vida fue de 183, con un rango de 69 a 252, mientras que la mediana del puntaje de estrés postraumático fue de 20, con un rango de 0 a 75. El análisis de Spearman reportó un coeficiente de correlación de -0.350 con un valor de p de 0.001, lo que indica una correlación negativa y estadísticamente significativa entre ambas variables. Estos resultados subrayan la relevancia de abordar el estrés postraumático en pacientes con trastorno bipolar para mejorar su calidad de vida, destacando la necesidad de intervenciones personalizadas que consideren la complejidad de estas interrelaciones.

14. GLOSARIO

- **Calidad de vida:** Concepto genérico que refleja preocupación por la modificar y mejorar las condiciones de vida, por ejemplo, físico, político, moral, entorno social, así como la salud y la enfermedad.
- **Trastorno por estrés postraumático:** Tipo de trastorno de estrés traumático con síntomas que duran hasta más de un mes.
- **Trastorno bipolar:** Un trastorno afectivo mayor caracterizado por grandes oscilaciones del ánimo (episodios de manía o depresión mayor) y por una tendencia a la remisión y a la recurrencia.
- **Correlación:** Asociación recíproca entre dos variables.
- **Prevalencia:** Número de casos de una enfermedad en una población específica y en un punto temporal determinado o durante un periodo de tiempo específico.
- **Magnitud:** Número que indica que tan grande o pequeña es la medida de una cantidad en comparación con un valor de referencia.
- **Frecuencia:** Número de ocasiones que se repite el valor de una variable.
- **Distribución:** Forma en que se dispersan los valores de una variable en un conjunto de datos, describe la frecuencia o probabilidad de ocurrencia de distintos valores dentro de un rango.
- **Alfa de Cronbach:** Es un coeficiente que mide la confiabilidad de una escala de medición, o bien, la correlación entre los ítems de un instrumento se calcula a partir de las correlaciones entre los ítems de una escala; Su valor se encuentra entre 0 y 1, cuanto más se aproxime a 1, mayor será su fiabilidad.
- **DSM V (5):** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición, es una herramienta que se utiliza para diagnosticar y clasificar enfermedades mentales.
- **QOL.BD-CL:** Cuestionario de Calidad de Vida en el Trastorno Bipolar, versión chilena.
- **PCL-5:** Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático para DSM-5 versión mexicana.

15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



1. Charles C, Branco LD, Shansis FM, Fonseca RP. Predictors of quality of life in bipolar disorder: A path analytical study. *Psychiatry Res.* 2020 Mar 1;285.
2. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Vol. 1. 2003, pp. 329.
3. Quarantini LC, Miranda-Scippa Â, Nery-Fernandes F, Andrade-Nascimento M, Galvão-de-Almeida A, Guimarães JL, et al. The impact of comorbid posttraumatic stress disorder on bipolar disorder patients. *J Affect Disord.* 2010 Jun;123(1–3):71–6.
4. Instituto de Salud para el Bienestar G de M. Día Mundial del Trastorno Bipolar. 2022. Recuperado el 11/10/2024 de <https://www.gob.mx/insabi/articulos/dia-mundial-del-trastorno-bipolar-30-de-marzo?idiom=es>.
5. Koenen KC, Ratanatharathorn A. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychol Med.* 2017 Oct 7; 47(13):2260–74.
6. Baldassano CF, Marangell LB, Gyulai L, Ghaemi SN, Joffe H, Kim DR, et al. Gender differences in bipolar disorder: retrospective data from the first 500 STEP-BD participants. *Bipolar Disord.* 2005 Oct;7(5):465-70.
7. Anyayo L, Ashaba S, Kaggwa MM, Maling S, Nakimuli-Mpungu E. Health-related quality of life among patients with bipolar disorder in rural southwestern Uganda: a hospital based cross sectional study. *Health Qual Life Outcomes.* 2021 Dec 1;19(1).
8. O'Rourke N, Sixsmith A, Kirshner G, Osher Y. Perceived cognitive failures and quality of life for older adults with bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2021 May 15; 287:433–40.
9. Thomas SP, Nisha A, Varghese PJ. Disability and quality of life of subjects with bipolar affective disorder in remission. *Indian J Psychol Med.* 2016 Jul 1;38(4):336–40.
10. Khafif TC, Belizario GO, Silva M, Gomes BC, Lafer B. Quality of life and clinical outcomes in bipolar disorder: An 8-year longitudinal study. *J Affect Disord.* 2021 Jan 1;278.
11. Sadock BJ. Kaplan & Sadock Sinopsis de psiquiatría. Lippincott Williams & Wilkins (LWW). 11ª. Edición, EUA, 2015, pp. 292–293.
12. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM5). Editorial Panamericana. 5ª. Edición, España, 2014.

13. CENETEC. Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Bipolar. Guía de práctica clínica. México. 2010.
14. CENETEC. Diagnóstico y Manejo del Estrés Postraumático. Guía de práctica clínica. México, 2011.
15. González-González, C. Actualidades en la fisiopatología del trastorno por estrés postraumático (TEPT). *Sal Jal.* 2014;1(2):128-134.
16. Health NI of M. Trastorno por estrés postraumático. 2023. Recuperado el 11/10/2024 de https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/health/publications/espanol/trastorno-por-estres-postraumatico/trastorno-por-estres-postraumatico_508.pdf.
17. Figueroa Rodrigo A, Cortés Paula F, Accatino Luigi, Sorensen Richard. Trauma psicológico en la atención primaria: orientaciones de manejo. *Rev. méd. Chile*, 2016 Mayo;144(5):643-655.
18. Gobierno de México INCMNSZ. 2017. ¿Qué es la calidad de vida?. Recuperado el 11/10/2024 de <https://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/calidadVida.html>
19. González B, Escobar A. Neuroanatomía del Estrés. *Rev Mex Neuroci.* 2002 Mar 5;273–282.
20. Dirección General de Tráfico D. DGT, Gob. España, Minist del inter. Los sucesos traumáticos. En aspectos emocionales propios de las víctimas. 2005. p. 1–7.
21. Beck AT, Haigh EAP. Advances in Cognitive Theory and Therapy: The Generic Cognitive Model. *Annu Rev Clin Psychol.* 2014 Mar 28;10(1):1–24.
22. Zubin J, Spring B. Vulnerability: A new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol.* 1977 Apr;86(2):103–26.
23. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy.* 2000 Apr;38(4):319–45.
24. Resick PA, Monson CM, Chard KM. Cognitive Processing Therapy Veteran/Military Version: Therapist's Manual. 2008.
25. Dembek C, et al. The economic and humanistic burden of bipolar disorder in adults in the United States. *Ann Gen Psychiatry.* 2023 Mar 24;22(1):13.
26. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2020. 2021.

27. T. Crespo Generelo LCG. Trastorno por estrés agudo y postraumático. Servicio de Psiquiatría B Hospital General Universitario Gregorio Marañón. 2019 Dec;4918–28.
28. Anxiety & Depression Association of America. 2022. Anxiety Disorders - Facts & Statistics. Recuperado el 11/10/2024 de <https://adaa.org/understanding-anxiety/facts-statistics>.
29. Roosevelt H. Fórmula para cálculo de la muestra poblaciones finitas. 2009; Recuperado el 11/10/2024 de <https://investigacionpediahr.files.wordpress.com/2011/01/formula-para-cc3a1lculo-de-la-muestra-poblaciones-finitas-var-categorica.pdf>.
30. C. Morgado et al. Evaluación de la calidad de vida de pacientes bipolares chilenos: propiedades psicométricas y utilidad diagnóstica de la versión chilena del cuestionario Quality of Life Bipolar Disorder (QoL.BD-CL).
31. Blanchard EB, Jones-Alexander J, Buckley TC, Forneris CA. Psychometric properties of the PTSD checklist (PCL). Behav Res Ther. 1996;34(8):669-73.
32. Bovin, M. J, Marx, B. P., Weathers, F. W., Gallagher, M. W., Rodriguez, P., Schnurr, P.P., & Keane, T. M. Psychometric Properties of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (PCL-5) in Veterans. Psychological Assessment. 2015, December 14.
33. Raúl Durón-Figueroa, Georgina Cárdenas-López, Jesús Castro-Calvo y AD la R-G. Adaptación de la Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático para DSM-5 en Población Mexicana. 2019; 9:26-36.
34. Universidad de Navarra. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Centro de Documentación de Bioética. Departamento de Humanidades Biomédicas. 2013. Recuperado el 11/10/2024 de <http://www.redsamid.net/archivos/201606/2013-declaracion-helsinki-brasil.pdf>.
35. Diario Oficial de la Federación. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. 2014. Recuperado el 11/10/2024 de https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf.

16. ANEXOS

A. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

 <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL</p>
 <p>Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación en salud (adultos) Aguascalientes, Ags., A 11 de octubre de 2024 Lugar y fecha</p> <p>No. de registro institucional: <u>En trámite</u></p> <p>Título del protocolo: Autocuidado del paciente diabético con el modelo información motivación y habilidades del comportamiento en la Unidad de Medicina Familiar 11. Objetivo de la investigación: Evaluar el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar 11 de Aguascalientes, utilizando el modelo de Información, Motivación y Habilidades del Comportamiento, y su relación con las variables sociodemográficas. Justificación: La diabetes tipo 2 es una enfermedad crónica que representa un reto significativo para la salud, debido a sus complicaciones y al impacto en la calidad de vida. El autocuidado es esencial para su manejo, pero muchos pacientes encuentran dificultades para mantener prácticas adecuadas como el control de glucosa y la adherencia a la medicación. El modelo de "Información, Motivación y Habilidades del Comportamiento" (IMHB) ofrece un marco teórico para mejorar el autocuidado, pero existe una brecha entre el conocimiento y su aplicación práctica. Este estudio nos permitirá identificar qué factores que contribuyen o dificultan la adopción de comportamientos de autocuidado en esta población específica, con el objetivo de diseñar futuras intervenciones que mejoren la calidad de la atención y el manejo de la diabetes. Procedimientos y duración de la investigación: Si decide participar, le pediremos que responda un cuestionario de autocuidado validado en pacientes derechohabientes de esta delegación. Este cuestionario incluye preguntas sobre sus prácticas de autocuidado, la motivación que tiene para realizar estas actividades, y sus habilidades relacionadas con el manejo de la diabetes. Todas las preguntas serán realizadas por un profesional de la salud capacitado y se llevará a cabo en un ambiente cómodo y privado, garantizando la confidencialidad de sus respuestas. Riesgos y molestias: No se esperan riesgos físicos al participar en este estudio. Sin embargo, algunas preguntas podrían causarle molestias emocionales al reflexionar sobre su estado de salud y sus prácticas de autocuidado. Si esto llegara a ocurrir, le ofreceremos el apoyo necesario de Psicología y lo orientaremos hacia los recursos de ayuda disponibles en la Unidad de Medicina Familiar No. 11 para garantizar su bienestar emocional. Beneficios que recibirá al participar en la investigación: Aunque no se espera un beneficio directo para usted al participar en este estudio, su contribución nos permitirá entender mejor cómo se llevan a cabo las prácticas de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Este conocimiento puede ayudar a mejorar las estrategias de atención para futuros pacientes y contribuir a desarrollar programas de apoyo y educación para optimizar el manejo de la enfermedad.</p>

Clave 2810-009-013



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Al finalizar el estudio, se le proporcionará una visión general de los resultados obtenidos. Esta información no incluirá recomendaciones específicas de tratamiento o un diagnóstico individual, pero podría ayudarle a entender cómo otros pacientes enfrentan y manejan situaciones similares con respecto al autocuidado de la diabetes.

Participación o retiro: La participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho de no participar o de retirarse en cualquier momento sin que esto afecte en absoluto su tratamiento médico o los servicios que recibe en la Unidad de Medicina Familiar No. 11.

Privacidad y confidencialidad: Nos comprometemos a proteger su privacidad y a mantener la confidencialidad de toda la información que proporcione. Sus respuestas y datos personales serán manejados exclusivamente por el equipo de investigación y solo se utilizarán para los fines de este estudio. Toda la información será almacenada de manera segura para garantizar que no sea accesible para personas ajenas al equipo de investigación.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con la investigación podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dr. Jaime Azahel Carranza Murillo, 4492513651, Correo electrónico: jazahel_cmi@hotmail.com, Unidad de adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 11, Unidad de Trabajo: Unidad de Medicina Familiar No. 11.

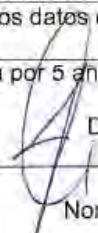
Investigador Asociado: Dra. Yeslene Barranco Dávila, 4492640264, Correo electrónico: ybdsta_8@hotmail.com, Unidad de adscripción: Hospital General de Zona No. 1, Unidad de Trabajo: Unidad de Medicina Familiar No. 11.

Declaración de consentimiento:

<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras sólo para este estudio
<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras para este estudio y/o estudios futuros

Se conservarán los datos o muestras hasta por 5 años tras lo cual se destruirán.

Nombre y firma del participante


Dr. Jaime Azahel Carranza Murillo

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

DR. JAIME AZAHEL CARRANZA MURILLO
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11
C.E.O. C.S. 7760718 U.A.A



Nombre y firma del testigo 1

Nombre y firma del testigo 2

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación en salud, sin omitir información relevante del estudio.

Clave 2810-009-013

B. APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS

FECHA: _____

- DATOS PERSONALES Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

Nombre: _____

No. De teléfono de contacto: _____

Género: Masculino ___ Femenino ___ No binario ___

Edad: _____

Estado civil: Soltero(a) ___ Casado(a) ___ Separado(a) ___ Viudo(a) ___ Unión libre ___

Escolaridad: Primaria ___ Secundaria ___ Bachillerato ___ Licenciatura ___

Postgrado ___ Ninguna ___

- CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN EL TRASTORNO BIPOLAR, VERSIÓN CHILENA (QoL.BD-CL)**

Las siguientes frases corresponden a una serie de experiencias, comportamientos y/o sentimientos relacionados con su calidad de vida. Por favor, califique las afirmaciones indicando su grado de acuerdo o desacuerdo a cada una. No se tome mucho tiempo en cada ítem, ya que son sus primeras impresiones las que nos interesan. Marque con una "X" el número que mejor describa su experiencia durante los ÚLTIMOS 7 DÍAS, así como se muestra en el siguiente ejemplo:

Durante los últimos 7 días, yo...	(1) Muy en desacuerdo	(2) En desacuerdo	(3) Ni en acuerdo, ni en desacuerdo	(4) De acuerdo	(5) Muy de acuerdo
			X		

Durante los últimos 7 días, yo...	(1) Muy en desacuerdo	(2) En desacuerdo	(3) Ni en acuerdo, ni en desacuerdo	(4) De acuerdo	(5) Muy de acuerdo
1) He tenido mucha energía.					
2) Siento que he hecho suficiente ejercicio.					
3) Me he sentido bien físicamente.					
4) He estado satisfecho con mi vida sexual.					
5) Me he despertado con energía.					
6) No he tenido problemas para levantarme por las mañanas.					
7) He dormido lo suficiente.					
8) He mantenido una rutina en mis horarios de sueño.					
9) Me he sentido feliz.					
10) He disfrutado las cosas igual que siempre.					
11) Me he sentido capaz de enfrentar situaciones difíciles.					

12) Me he sentido emocionalmente estable.					
13) He pensado con claridad.					
14) He tenido buena concentración.					
15) No he tenido dificultades con mi memoria.					
16) He hecho planes sin dificultad.					
17) He disfrutado mis actividades de recreación.					
18) He estado interesado en mis actividades de recreación.					
19) Me he entretenido en mis actividades de recreación.					
20) He expresado mi creatividad.					
21) He disfrutado pasar tiempo con otras personas.					
22) He estado interesado en mis relaciones sociales.					
23) He tenido amistades significativas.					
24) He sido capaz de compartir mis sentimientos o problemas con un/a amigo/a.					
25) Me he sentido satisfecho con mi aspecto espiritual.					
26) He expresado mi espiritualidad tal como deseo.					
27) He practicado mi espiritualidad tal como la deseo.					
28) He mantenido una rutina con respecto de mi espiritualidad.					
29) He tenido dinero suficiente para mis necesidades básicas.					
30) He tenido dinero suficiente para cosas extras.					
31) Me he sentido seguro respecto de mi situación financiera.					
32) No he tenido problemas con mis deudas.					
33) He realizado las labores diarias del hogar.					
34) He sido organizado en mi hogar.					
35) He mantenido mi casa ordenada.					
36) He mantenido mi casa limpia.					
37) Me he sentido respetado.					
38) Me he sentido aceptado por otros.					
39) Me he sentido tan valioso como los demás.					
40) Me he sentido capaz de enfrentar mi diagnóstico.					
41) Me he sentido libre.					
42) Me he sentido seguro en mi hogar.					
43) Me he transportado de un lugar a otro libremente (ej. Conduciendo o transporte publico).					
44) He sentido que los demás me permiten ser independiente.					
45) Estoy seguro de mí mismo.					
46) Me reconozco a mí mismo.					
47) He tenido una idea clara de lo que quiero y lo que no quiero.					
48) He tenido control sobre mi vida.					

¿Está usted actualmente trabajando de manera remunerada y/o voluntaria? SI __ NO __
 Si su respuesta es SI, responda las siguientes 4 preguntas:

Durante los últimos 7 días, yo...	(1) Muy en desacuerdo	(2) En desacuerdo	(3) Ni en acuerdo, ni en desacuerdo	(4) De acuerdo	(5) Muy de acuerdo
49) Me he sentido seguro con mis habilidades en el trabajo.					
50) He cumplido con los requerimientos del trabajo.					
51) He estado satisfecho con la calidad de mi trabajo.					
52) He sido confiable en el trabajo.					

¿Está usted actualmente estudiando? (cualquier grado académico) SI __ NO __
 Si su respuesta es SI, responda las siguientes 4 preguntas:

Durante los últimos 7 días, yo...	(1) Muy en desacuerdo	(2) En desacuerdo	(3) Ni en acuerdo, ni en desacuerdo	(4) De acuerdo	(5) Muy de acuerdo
53) He disfrutado mis estudios.					
54) Me he sentido seguro de terminar mis estudios.					
55) He mantenido mi rendimiento habitual.					
56) He organizado mis actividades educativas adecuadamente.					

- **“LISTA CHECABLE DE TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO PARA DSM-5 (PCL-5)” VERSIÓN MEXICANA**

A continuación, se muestra una lista de acontecimientos o sensaciones que algunas personas pueden experimentar en algún momento de su vida después de algún suceso que resulta amenazante o estresante (experiencia traumática), por lo que se le pide que marque con “X” la que mejor lo describa, como se muestra en el ejemplo:

Cuanta molestia percibió el mes pasado respecto a los siguientes acontecimientos:	(0) Nada en absoluto	(1) Un poco	(2) Moderadamente	(3) Mucho	(4) Extremadamente
			X		

Cuanta molestia percibió el mes pasado respecto a los siguientes acontecimientos:	(0) Nada en absoluto	(1) Un poco	(2) Moderadamente	(3) Mucho	(4) Extremadamente
1) Recuerdos no deseados, repetitivos y perturbadores relacionados a la experiencia estresante.					
2) Sueños perturbadores y repetitivos relacionados a la experiencia estresante.					
3) Sentir o actuar repentinamente como si la experiencia estuviera ocurriendo en ese momento nuevamente (o reviviendo).					
4) Sentirse muy alterado si algo le recuerda una experiencia estresante.					
5) Tener reacciones físicas (aumento de actividad cardiaca, dificultad respiratoria) si algo le recuerda una experiencia estresante.					
6) Evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante ocurrida.					
7) Evitar recuerdos externos relacionados a la experiencia estresante (como lugares, situaciones, personas o actividades que le recuerdan al suceso estresante).					
8) Dificultad para recordar aspectos importantes de la experiencia estresante.					
9) Fuertes creencias negativas de sí mismo, de otras personas o del mundo (pensamientos como estar mal, no poder confiar en nadie, creer que el mundo es muy peligroso).					
10) Culparse a sí mismo o a otra persona por la experiencia sucedida.					
11) Fuertes sentimientos negativos como miedo, terror, molestia, culpa o vergüenza.					
12) Pérdida de interés en actividades que antes sentía placer.					
13) Sentimiento distante o cortante con otras personas.					
14) Dificultad para experimentar sentimientos positivos (como no poder sentir felicidad o sentir cariño por otras personas).					
15) Comportamiento irritable, episodios de ira o comportamiento agresividad).					
16) Tomar riesgos o realizar cosas que pueden hacerle daño a sí mismo.					
17) Estar en estado de alerta, vigilancia o en defensiva.					
18) Sentimiento alterado de angustia o sobresalto.					
19) Dificultad de concentración.					
20) Batallar para dormirse o mantener el sueño.					

C. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

• **CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

Dimensiones de la Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de Variable	de Escala de medición	Ítems	Categorías
Género	Cualidades orgánicas, mentales y funcionales con las que se asume la persona, no necesariamente por sus caracteres sexuales.	Situación que distingue a hombres de mujeres e identificados como no binarios.	Cualitativa	Nominal	¿Con qué género se identifica?	A: Masculino B: Femenino C: No binario
Edad	Tiempo transcurrido en años desde su nacimiento.	Número de años, días y horas desde el nacimiento.	Cuantitativa	Discreta	¿Cuál es su edad?	A: 18 A 30 años B: 31 a 40 años C: 41 a 50 años D: 51 a 60 años E: mayor de 60 años
Nivel de educación	El más alto nivel de educación completado, en el sistema nacional de educación.	Grado de estudios concluidos hasta el momento.	Cualitativa	nominal	¿Cuál es tu nivel más alto de educación completada?	A: Primaria B: Secundaria C: Bachillerato D: Licenciatura E: Postgrado F: Ninguna
Estado civil	Estado civil actual del participante, en base al código civil mexicano.	Situación de convivencia reconocida legalmente	Cualitativa	Nominal	¿Cuál es tu estado civil actual?	A: Soltero (a) B: Casado (a) C: Divorciado (a) D: Viudo (a) E: Unión libre
Ocupación	Trabajo o profesión del participante	Puesto de trabajo que desempeña una persona en la sociedad	Cualitativa	Nominal	¿Cuál es tu ocupación?	Respuesta abierta

• TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Dimensiones de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	ítems	Categorías
Intrusión	Ideas o imágenes no deseados, involuntarios, que llegan de manera espontánea a la mente pueden ser agradables (inocuos) o desagradables (atemorizantes, obsesivos o inquietantes).	Eventos mentales como pensamientos y/o sensaciones, que interrumpen de manera recurrente el curso del pensamiento.	Cualitativa	Ordinal	<p>1) Recuerdos no deseados, repetitivos y perturbadores relacionados a la experiencia estresante.</p> <p>2) Sueños perturbadores y repetitivos relacionados a la experiencia estresante.</p> <p>3) Sentir o actuar repentinamente como si la experiencia estuviera ocurriendo en ese momento nuevamente (o reviviendo).</p> <p>4) Sentirse muy alterado si algo le recuerda una experiencia estresante.</p> <p>5) Tener reacciones físicas (aumento de actividad cardíaca, dificultad respiratoria) si algo le recuerda una experiencia estresante.</p>	<p>0= No en lo absoluto</p> <p>1= Un poco</p> <p>2= Moderadamente</p> <p>3= Mucho</p> <p>4= Extremadamente</p>
Evitación	Respuesta humana donde la persona actúa antes de la aparición de un estímulo aversivo, por lo que esto no	Escape de un procedimiento básico del condicionamiento instrumental que no implica la no aparición	Cualitativa	Ordinal	6) Evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante	<p>0= No en lo absoluto</p> <p>1= Un poco</p>

	llegara a ocurrir.	de un estímulo aversivo.			ocurrida. 7) Evitar recuerdos externos relacionados a la experiencia estresante (como lugares, situaciones, personas o actividades que le recuerdan al suceso estresante).	2= Moderadamente 3= Mucho 4= Extremadamente
Alteración cognitiva y emocional	Trastorno mental que afecta a las funciones cognitivas, principalmente, la memoria, percepción y la resolución de problemas, así como las respuestas emocionales ante algún estímulo desagradable.	Disfunción de las funciones cognitivas mentales superiores, con alteración de la percepción de la realidad con desencadenamiento de respuestas emocionales alteradas.	Cualitativa	Ordinal	8) Dificultad para recordar aspectos importantes de la experiencia estresante. 9) Fuertes creencias negativas de sí mismo, de otras personas o del mundo (pensamientos como estar mal, no poder confiar en nadie, creer que le mundo es muy peligroso) 10) Culparse a sí mismo o a otra persona por la experiencia sucedida 11) Fuertes sentimientos negativos como miedo, terror, molestia, culpa o vergüenza. 12) Pérdida de interés en actividades que antes sentía placer. 13) Sentimiento	0= No en lo absoluto 1= Un poco 2= Moderadamente 3= Mucho 4= Extremadamente

					<p>distante o cortante con otras personas.</p> <p>14) Dificultad para experimentar sentimientos positivos (como no poder sentir felicidad o sentir cariño por otras personas)</p>	
Alteración del estado de alerta y reactividad	Trastornos del estado de conciencia pudiendo ser características por una somnolencia o un estado de hipervigilancia.	Presencia de síntomas de somnolencia, estupor, confusión, delirio.	Cualitativa	Ordinal	<p>15) Comportamiento irritable, episodios de ira o comportamiento agresividad)</p> <p>16) Tomar riesgos o realizar cosas que pueden hacerle daño a sí mismo.</p> <p>17) Estar en estado de alerta, vigilancia o en defensiva.</p> <p>18) Sentimiento alterado de angustia o sobresalto.</p> <p>19) Dificultad de concentración.</p> <p>20) Batallar para dormirse o mantener el sueño.</p>	<p>0= No en lo absoluto</p> <p>1= Un poco</p> <p>2= Moderadamente</p> <p>3= Mucho</p> <p>4= Extremadamente</p>

- CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR

Dimensiones de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	ítems	Categorías
Estado físico	Cada una de las situaciones o formas físicamente distinguibles mediante la medición de alguna propiedad que puede adoptar un sistema físico en su evolución temporal.	Un buen estado físico, incluye buena movilidad articular, tono muscular y elasticidad.	Cualitativa	Ordinal	1) He tenido mucha energía. 2) Siento que he hecho suficiente ejercicio. 3) Me he sentido bien físicamente. 4) He estado satisfecho con mi vida sexual.	1= Muy en desacuerdo 2= En desacuerdo 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4= De acuerdo 5= Muy de acuerdo
Sueño	Estado fisiológico de reposo que ocupa aproximadamente un tercio de la vida de un ser humano.	Horas que pasa una persona dormida, puede ser en cualquier momento del día, comúnmente en la noche	Cualitativa	Ordinal	5) Me he despertado con energía. 6) No he tenido problemas para levantarme por las mañanas. 7) He dormido lo suficiente. 8) He mantenido una rutina en mis horarios de sueño.	1= Muy en desacuerdo 2= En desacuerdo 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4= De acuerdo 5= Muy de acuerdo
Ánimo	Estado de energía moral por el que pasa el ser humano	Estado de humor que puede ser fluctuante	Cualitativa	Ordinal	9) Me he sentido feliz. 10) He disfrutado las cosas igual que siempre. 11) Me he sentido capaz de enfrentar	1= Muy en desacuerdo 2= En desacuerdo 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo

					situaciones difíciles. 12) Me he sentido emocionalmente estable.	4= De acuerdo 5= Muy de acuerdo
Cognición	facultad de un ser vivo para procesar información a partir de la percepción, el conocimiento adquirido y características subjetivas que permiten valorar la información	Proceso mental que incluye el pensamiento, el aprendizaje, la memorización, la conciencia del entorno y el sentido de realidad o juicio.	Cualitativa	Ordinal	13) He pensado con claridad. 14) He tenido buena concentración. 15) No he tenido dificultades con mi memoria. 16) He hecho planes sin dificultad.	1= Muy en desacuerdo 2= En desacuerdo 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4= De acuerdo 5= Muy de acuerdo
Ocio	Tiempo que no se dedica a las actividades productivas, sino que puede invertirse en la distracción, la diversión y el descanso.	Facultad de un ser vivo para procesar información a partir de la percepción, el conocimiento adquirido y características subjetivas que permiten valorar la información.	Cualitativa	Ordinal	17) He disfrutado mis actividades de recreación. 18) He estado interesado en mis actividades de recreación. 19) Me he entretenido en mis actividades de recreación. 20) He expresado mi creatividad.	1= Muy en desacuerdo 2= En desacuerdo 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4= De acuerdo 5= Muy de acuerdo
Vida social	Se basa en las relaciones que se establecen con familiares, vecinos, amigos, compañeros de trabajo y	Actividades relativas a la relación social con miembros de otros hogares, parientes,	Cualitativa	Ordinal	21) He disfrutado pasar tiempo con otras personas.	1= Muy en desacuerdo 2= En

	otras personas con las que uno se siente vinculado, de alguna manera.	amigos o vecinos, incluyendo relaciones de ayuda a personas de otros hogares.			<p>22) He estado interesado en mis relaciones Sociales.</p> <p>23) He tenido amistades significativas.</p> <p>24) He sido capaz de compartir mis sentimientos o problemas con un/a amigo/a.</p>	<p>desacuerdo</p> <p>3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p>4= De acuerdo</p> <p>5= Muy de acuerdo</p>
Espiritualidad	Puede verse como la sensación consciente de estar vivos.	Engloba las creencias, intuiciones, estilo de vida, prácticas y rituales representativos de la dimensión espiritual del ser humano.	Cualitativa	Ordinal	<p>25) Me he sentido satisfecho con mi aspecto espiritual.</p> <p>26) He expresado mi espiritualidad tal como deseo.</p> <p>27) He practicado mi espiritualidad tal como la deseo.</p> <p>28) He mantenido una rutina con respecto de mi espiritualidad.</p>	<p>1= Muy en desacuerdo</p> <p>2= En desacuerdo</p> <p>3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p>4= De acuerdo</p> <p>5= Muy de acuerdo</p>
Finanzas	Área de la economía que estudia el funcionamiento de los mercados de dinero y capitales, las instituciones que operan en ellos, las políticas de captación de recursos, el valor del dinero en el tiempo y el coste del capital.	Mide la obtención de los ingresos, cómo se distribuyen y cómo se gastan estos (egresos), en consumo o inversión	Cualitativa	Ordinal	<p>29) He tenido dinero suficiente para mis necesidades básicas.</p> <p>30) He tenido dinero suficiente para cosas extras.</p>	<p>1= Muy en desacuerdo</p> <p>2= En desacuerdo</p> <p>3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p>

					31) Me he sentido seguro respecto de mi situación financiera. 32) No he tenido problemas con mis deudas.	4= De acuerdo 5= Muy de acuerdo
Vida doméstica	Actividades o tareas que realiza una persona dentro de su hogar	Engloba todas las relaciones interpersonales que se desarrollan dentro de la vivienda familiar, que tienen lugar dentro de lo privado, e incluye afectos, reparto de roles y tareas dentro del hogar.	Cualitativa	Ordinal	33) He realizado las labores diarias del hogar. 34) He sido organizado en mi hogar. 35) He mantenido mi casa ordenada. 36) He mantenido mi casa limpia.	1= Muy en desacuerdo 2= En desacuerdo 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4= De acuerdo 5= Muy de acuerdo
Autoestima	Es la valoración que una persona tiene de sí misma y que puede ser positiva o negativa. Es un concepto psicológico que se elabora en base a las emociones y no sobre cuestiones racionales.	Conjunto de percepciones, pensamientos y sentimientos sobre nosotros mismos que determinará nuestra manera de comportarnos y relacionarnos con los demás.	Cualitativa	Ordinal	37) Me he sentido respetado. 38) Me he sentido aceptado por otros. 39) Me he sentido tan valioso como los demás. 40) Me he sentido capaz de enfrentar mi diagnóstico.	1= Muy en desacuerdo 2= En desacuerdo 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4= De acuerdo 5= Muy de acuerdo
Independencia	Capacidad de la persona para decidir y llevar a cabo las actividades de la vida	Mide la independencia o sentimiento de libertad para ejercer sus	Cualitativa	Ordinal	41) Me he sentido libre.	1= Muy en desacuerdo

	cotidiana, utilizando sus propias habilidades y recursos.	actividades una persona, sin necesitar completa ayuda de otra.			42) Me he sentido seguro en mi hogar. 43) Me he transportado de un lugar a otro libremente (ej. Conduciendo o transporte público). 44) He sentido que los demás me permiten ser independiente.	2= En desacuerdo 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4= De acuerdo 5= Muy de acuerdo
Identidad	Conjunto de características que definen a un individuo y le permiten reconocerse a sí mismo como un ente distinto y diferenciado de los demás.	Concepto que tiene una persona de sí misma para identificarse de manera clara en su plano social.	Cualitativa	Ordinal	45) Estoy seguro de mí mismo. 46) Me reconozco a mí mismo. 47) He tenido una idea clara de lo que quiero y lo que no quiero. 48) He tenido control sobre mi vida.	1= Muy en desacuerdo 2= En desacuerdo 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4= De acuerdo 5= Muy de acuerdo
Trabajo	Actividad física o intelectual que las personas realizan para alcanzar un objetivo o satisfacer una necesidad, mediante la producción de bienes y servicios.	Como se percibe la persona que realiza las actividades en su horario y espacio laboral.	Cualitativa	Ordinal	49) Me he sentido seguro con mis habilidades en el trabajo. 50) He cumplido con los requerimientos del trabajo.	1= Muy en desacuerdo 2= En desacuerdo 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo

					<p>51) He estado satisfecho con la calidad de mi trabajo.</p> <p>52) He sido confiable en el trabajo.</p>	<p>4= De acuerdo</p> <p>5= Muy de acuerdo</p>
Educación	Proceso socializador, que procura la adaptación y la incorporación del sujeto a su medio físico y social, a través de la adquisición de los elementos propios de la cultura.	Como se percibe la persona que realiza las actividades en su horario y espacio académico.	Cualitativa	Ordinal	<p>53) He disfrutado mis estudios.</p> <p>54) Me he sentido seguro de terminar mis estudios.</p> <p>55) He mantenido mi rendimiento habitual.</p> <p>56) He organizado mis actividades educativas adecuadamente.</p>	<p>1= Muy en desacuerdo</p> <p>2= En desacuerdo</p> <p>3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p>4= De acuerdo</p> <p>5= Muy de acuerdo</p>

D. MANUAL OPERACIONAL PARA LA ESTANDARIZACIÓN Y TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Este manual operacional está diseñado para estandarizar la técnica de la aplicación de los instrumentos (encuestas): El Cuestionario de calidad de vida en el Trastorno Bipolar, versión chilena (QoL.BD-CL) y la Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático para DSM-5 (PCL-5) versión mexicana, entre los participantes de la presente investigación: “Correlación entre calidad de vida y trastorno de estrés postraumático en derechohabientes adultos con trastorno bipolar de la UMF 11 OOAD Aguascalientes”.

Se pretende la capacitación del personal que se encargará de la aplicación de los cuestionarios, para con esto evitar una distinta interpretación de los aplicadores de éstos. Se describen las instrucciones a seguir para la explicación del consentimiento informado con la respectiva firma de aceptación de los participantes y la aplicación de las encuestas, así como el vaciado de las respuestas de los ítems y/o preguntas.

Está estructurado por 4 partes que se describen a continuación:

Nota:* En algunos casos se presentarán al inicio del párrafo u oración indicaciones en mayúsculas y de tipo cursiva, remarcadas en negrita, las cuales se interpretan como indicaciones a realizar por parte del encuestador. Cuando se menciona *PREGUNTAR/LEER AL ENCUESTADO***, estará seguido por 2 puntos y entre comillas se presentará la oración o texto que se leerá al encuestado.

PRIMERA PARTE. INTRODUCCIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Leer al encuestado una breve introducción de la investigación, mencionar el nombre y cargo del aplicador de la encuesta, lo que el encuestado deberá hacer, y los beneficios obtenidos, la confidencialidad del uso de los datos y solicitar su amable apoyo; tal como se muestra a continuación:

LEER AL ENCUESTADO: “mucho gusto, me presento ante usted, mi nombre es: **MENCIONAR NOMBRE Y PUESTO LABORAL O ACADÉMICO DEL ENCUESTADOR**, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Me permito invitarlo de la manera más atenta a formar parte de una investigación que tiene como objetivo: Determinar la correlación entre la calidad de vida y el trastorno de estrés postraumático en los derechohabientes adultos con trastorno bipolar de la UMF 11 OOAD Aguascalientes, la importancia de esto radica en que a pesar de las de las amplias investigaciones que se tienen sobre la calidad de vida en el paciente bipolar, se sabe poco sobre la correlación de ésta y el impacto clínico del Trastorno de estrés postraumático en pacientes bipolares. Su participación constaría de la realización de 2 encuestas que entre las 2, le tomaría menos de 30 minutos de su tiempo. La información brindada será de útil ayuda para que en un futuro el personal médico que atiende a estos pacientes pueda encontrar estrategias para mejorar su intervención médica.

***Nota:** Si el entrevistado rechaza responder las encuestas se da por terminada su participación, agradeciéndole de antemano. Si el paciente acepta la aplicación de las encuestas se continuará con la entrevista y firmado de consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

LEER AL ENCUESTADO: “Ahora le voy a entregar la carta de consentimiento informado donde se describe de manera más amplia los puntos más importantes de esta investigación, al final se le pedirá su nombre y firma autógrafa, con lo que autoriza formar parte de esta investigación, si tiene alguna duda de lo que se pide, me

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

puede preguntar con entera confianza”. También se debe contar con nombre y firma de 2 testigos.

*Nota: Si el entrevistado rechaza la firma del consentimiento informado damos por terminada la entrevista agradeciendo su atención. Si el entrevistado acepta formar parte de la investigación y firma el consentimiento informado proseguimos con los siguientes apartados”. Si en algún momento de la entrevista el paciente rechaza continuar damos por terminada la entrevista agradeciendo al paciente.

SEGUNDA PARTE: DATOS PERSONALES Y SOCIODEMOGRÁFICOS

Este apartado está conformado por el perfil sociodemográfico, en el cual se incluyen 5 preguntas. Las instrucciones de aplicación y llenado se describen a continuación:

“¿Cuál es su nombre?”

Debe escribir su nombre completo, al lado de la oración. No poner el nombre incompleto, diminutivos o apodos.

“¿Cuál es su número de teléfono de contacto?”

La respuesta se debe escribir en números enteros, puede ser teléfono propio o alguno donde se pueda contactar en caso necesario al participante, debe constar de 10 dígitos, puede ser teléfono celular o de casa.

“¿Cuál es su edad?”

La respuesta se debe escribir en números enteros en el espacio seguido de la oración. No debe incluir números decimales, ni meses cumplidos.

“¿Cuál es su estado civil?”

Colocar una **X** en el espacio al lado de la categoría según corresponda entre: Soltero(a), Casado(a), Separado(a), Viudo(a) o Unión libre.

“¿Cuál es su escolaridad?”

Colocar una **X** en el espacio al lado de la categoría según corresponda entre: Primaria, Secundaria, Bachillerato, Licenciatura, Postgrado o Ninguna.

TERCERA PARTE. CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN EL TRASTORNO BIPOLAR, VERSIÓN CHILENA (QOL.BD-CL)

En este apartado, se realiza como tal una encuesta autoadministrada que mide la calidad de vida, en 10 dimensiones, las cuales son estado físico, sueño, ánimo, cognición, ocio, vida social, espiritualidad, finanzas, vida doméstica, auto estima, independencia, identidad, y 2 opcionales que son trabajo y educación, en total se compone por 56 ítems.

LEER AL ENCUESTADO: “ahora, realizaremos el cuestionario de calidad de vida en el trastorno bipolar, las siguientes afirmaciones corresponden a una serie de experiencias, comportamientos y/o sentimientos relacionados con su calidad de vida. Por favor, califique las afirmaciones indicando de cada una si usted esta: (1) Muy en desacuerdo, (2) En desacuerdo, (3) Ni en acuerdo, ni en desacuerdo, (4) De acuerdo, (5) Muy de acuerdo, durante los últimos 7 días. No se tome mucho tiempo para cada una, ya que son sus primeras impresiones las que nos interesan, colocará una X en la respuesta que elija en cada una. Si tiene alguna duda, puede preguntarme con entera confianza”.

ÍTEM 1.- “He tenido mucha energía”

ÍTEM 2.- “Siento que he hecho suficiente ejercicio”.

ÍTEM 3.- “Me he sentido bien físicamente”

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- ÍTEM 4.-** “He estado satisfecho con mi vida sexual”.
- ÍTEM 5.-** “Me he despertado con energía”.
- ÍTEM 6.-** “No he tenido problemas para levantarme por las mañanas”.
- ÍTEM 7.-** “He dormido lo suficiente”.
- ÍTEM 8.-** “He mantenido una rutina en mis horarios de sueño”.
- ÍTEM 9.-** “Me he sentido feliz”.
- ÍTEM 10.-** “He disfrutado las cosas igual que siempre”.
- ÍTEM 11.-** “Me he sentido capaz de enfrentar situaciones difíciles”.
- ÍTEM 12.-** “Me he sentido emocionalmente estable”.
- ÍTEM 13.-** “He pensado con claridad”.
- ÍTEM 14.-** “He tenido buena concentración”.
- ÍTEM 15.-** “No he tenido dificultades con mi memoria”.
- ÍTEM 16.-** “He hecho planes sin dificultad”.
- ÍTEM 17.-** “He disfrutado mis actividades de recreación”.
- ÍTEM 18.-** “He estado interesado en mis actividades de recreación”.
- ÍTEM 19.-** “Me he entretenido en mis actividades de recreación”.
- ÍTEM 20.-** “He expresado mi creatividad”.
- ÍTEM 21.-** “He disfrutado pasar tiempo con otras personas”.
- ÍTEM 22.-** “He estado interesado en mis relaciones sociales”.
- ÍTEM 23.-** “He tenido amistades significativas”.
- ÍTEM 24.-** “He sido capaz de compartir mis sentimientos o problemas con un/a amigo/a”.
- ÍTEM 25.-** “Me he sentido satisfecho con mi aspecto espiritual”.
- ÍTEM 26.-** “He expresado mi espiritualidad tal como deseo”.
- ÍTEM 27.-** “He practicado mi espiritualidad tal como la deseo”.
- ÍTEM 28.-** “He mantenido una rutina con respecto de mi espiritualidad”.
- ÍTEM 29.-** “He tenido dinero suficiente para mis necesidades básicas”.
- ÍTEM 30.-** “He tenido dinero suficiente para cosas extras”.
- ÍTEM 31.-** “Me he sentido seguro respecto de mi situación financiera”.
- ÍTEM 32.-** “No he tenido problemas con mis deudas”.
- ÍTEM 33.-** “He realizado las labores diarias del hogar”.
- 

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

ÍTEM 34.- “He sido organizado en mi hogar”.

ÍTEM 35.- “He mantenido mi casa ordenada”.

ÍTEM 36.- “He mantenido mi casa limpia”.

ÍTEM 37.- “Me he sentido respetado”.

ÍTEM 38.- “Me he sentido aceptado por otros”.

ÍTEM 39.- “Me he sentido tan valioso como los demás”.

ÍTEM 40.- “Me he sentido capaz de enfrentar mi diagnóstico”.

ÍTEM 41.- “Me he sentido libre”.

ÍTEM 42.- “Me he sentido seguro en mi hogar”.

ÍTEM 43.- “Me he transportado de un lugar a otro libremente (por ejemplo, conduciendo o transporte público)”.

ÍTEM 44.- “He sentido que los demás me permiten ser independiente”.

ÍTEM 45.- “Estoy seguro de mí mismo.

ÍTEM 46.- “Me reconozco a mí mismo.

ÍTEM 47.- “He tenido una idea clara de lo que quiero y lo que no quiero”.

ÍTEM 48.- “He tenido control sobre mi vida”.

LEER AL ENCUESTADO: “Para las siguientes 4 afirmaciones utilizaremos el mismo formato que para las anteriores 48 pero solo se responderán en el caso de que usted actualmente esté trabajando de manera remunerada y/o voluntaria, califíquelas indicando de cada una si usted esta: (1) Muy en desacuerdo, (2) En desacuerdo, (3) Ni en acuerdo, ni en desacuerdo, (4) De acuerdo, (5) Muy de acuerdo, durante los últimos 7 días, colocará una X en la respuesta que elija en cada una. Si tiene alguna duda, puede preguntarme con entera confianza”

ÍTEM 49.- “Me he sentido seguro con mis habilidades en el trabajo”.

ÍTEM 50.- “He cumplido con los requerimientos del trabajo”.

ÍTEM 51.- “He estado satisfecho con la calidad de mi trabajo”.

ÍTEM 52.- “He sido confiable en el trabajo”.

LEER AL ENCUESTADO: “ésta son las ultimas 4 afirmaciones de esta encuesta, de igual manera utilizaremos el mismo formato, pero en este caso, solo se responderán si usted actualmente está estudiando en cualquier grado académico, califíquelas indicando de cada una si usted esta: (1) Muy en desacuerdo, (2) En desacuerdo, (3) Ni en acuerdo, ni en desacuerdo, (4) De acuerdo, (5) Muy de acuerdo, durante los últimos 7 días, colocará una X en la respuesta que elija en cada una. Si tiene alguna duda, puede preguntarme con entera confianza”

ÍTEM 53.- “He disfrutado mis estudios”.

ÍTEM 54.- “Me he sentido seguro de terminar mis estudios”.

ÍTEM 55.- “He mantenido mi rendimiento habitual”.

ÍTEM 56.- “He organizado mis actividades educativas adecuadamente”.

CUARTA PARTE. Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático para DSM-5 versión mexicana (PCL-5)

LEER AL ENCUESTADO: “A continuación se muestra una lista de veinte acontecimientos o sensaciones que algunas personas pueden experimentar en algún momento de su vida después de algún suceso que resulta amenazante o estresante, por lo que es importante preguntarle a usted cuanta molestia percibió en el último mes en cada una de las siguientes afirmaciones, escriba una X en base a las siguientes cinco opciones: a nada en absoluto, un poco, moderadamente, mucho o extremadamente, según corresponda, reitero que cuenta con un servidor para resolver dudas que le surjan al respecto”

ÍTEM 1.- “Recuerdos no deseados, repetitivos y perturbadores relacionados a la experiencia estresante”.

ÍTEM 2.- “Sueños perturbadores y repetitivos relacionados a la experiencia estresante”.

ÍTEM 3.- “Sentir o actuar repentinamente como si la experiencia estuviera ocurriendo en ese momento nuevamente (o reviviendo)”.

- ÍTEM 4.- “Sentirse muy alterado si algo le recuerda una experiencia estresante”.
- ÍTEM 5.- “Tener reacciones físicas (aumento de actividad cardiaca, dificultad respiratoria) si algo le recuerda una experiencia estresante”.
- ÍTEM 6.- “Evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante ocurrida”.
- ÍTEM 7.- “Evitar recuerdos externos relacionados a la experiencia estresante (como lugares, situaciones, personas o actividades que le recuerdan al suceso estresante)”.
- ÍTEM 8.- “Dificultad para recordar aspectos importantes de la experiencia estresante”.
- ÍTEM 9.- “Fuertes creencias negativas de sí mismo, de otras personas o del mundo (pensamientos como estar mal, no poder confiar en nadie, creer que el mundo es muy peligroso)”.
- ÍTEM 10.- “Culparse a sí mismo o a otra persona por la experiencia sucedida”.
- ÍTEM 11.- “Fuertes sentimientos negativos como miedo, terror, molestia, culpa o vergüenza”.
- ÍTEM 12.- “Pérdida de interés en actividades que antes sentía placer”.
- ÍTEM 13.- “Sentimiento distante o cortante con otras personas”.
- ÍTEM 14.- “Dificultad para experimentar sentimientos positivos (como no poder sentir felicidad o sentir cariño por otras personas)”.
- ÍTEM 15.- “Comportamiento irritable, episodios de ira o comportamiento agresividad”.
- ÍTEM 16.- “Tomar riesgos o realizar cosas que pueden hacerle daño a sí mismo”.
- ÍTEM 17.- “Estar en estado de alerta, vigilancia o en defensiva”.
- ÍTEM 18.- “Sentimiento alterado de angustia o sobresalto”.
- ÍTEM 19.- “Dificultad de concentración”.
- ÍTEM 20.- “Batallar para dormirse o mantener el sueño”.

*Nota final: En este momento ya habremos terminado ambas encuestas, solo resta agradecer al participante.

E. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN

Actividad	2023			2024					2025	
	Oct	Nov	Dic	Ene	Ago	Sep	Oct	Nov	Ene	Feb
Acopio de la bibliografía	X									
Revisión de la literatura	X	X								
Diseño del protocolo	X	X	X	X						
Antecedentes científicos y marco teórico		X	X	X	X	X				
Justificación			X	X						
Planteamiento del problema				X						
objetivos				X						
Hipótesis					X	X				
Material y métodos						X				
Revisión de protocolo						X				
Aprobación ante comité de ética							X			
Aprobación ante comité de investigación							X			
Acopio de la información	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x
Captura y tabulación de la información								X		
Análisis de la información								X		
Autorización									X	
Elaboración del informe de tesis final									X	
Discusión de resultados									X	
Examen de grado										X

F. CARTA DE NO INCONVENIENTE



GOBIERNO DE MEXICO



Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada
Aguascalientes
Unidad de Medicina Familiar No 11
Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud

Dr. Carlos Armando Sánchez Navarro
Comité Local de Investigación en Salud 101
OOAD Aguascalientes
Presente

Aguascalientes, Ags. 11/10/2024

ASUNTO: CARTA DE NO INCONVENIENTE

Por medio de la presente manifiesto que NO TENGO INCONVENIENTE para que el Dr. Jaime Azahel Carranza Murillo, investigador principal, adscrito a la Coordinación de Educación e Investigación en Salud, matrícula 99011679, en la Unidad de Medicina Familiar No. 11 del Órgano de Operación Desconcentrada Estatal en Aguascalientes, así como el investigador asociado, el Dr. Leonardo Sebastian Bravo Alonso, residente del tercer año de Medicina Familiar y adscrito al Hospital General de Zona No. 1, con lugar de trabajo en la Unidad de Medicina Familiar No. 11 del Órgano de Operación Desconcentrada Estatal en Aguascalientes, matrícula 98012877, realicen el proyecto con el nombre "Correlación entre calidad de vida y trastorno de estrés postraumático en derechohabientes adultos con trastorno bipolar de la UMF 11, OOAD Aguascalientes"

En espera de su valioso apoyo que usted siempre brinda. Le reitero la seguridad de mi atenta consideración.

ATENTAMENTE

Dra. Argelia Anahí Reyes de Luna
DIRECTORA
Unidad de Medicina Familiar No. 11
IMSS
Tel: 0181 469 1000
Ext. 4014/223

Dra. Argelia Anahí Reyes de Luna
Directora de la Unidad de Medicina Familiar N°11



2024
Felipe Carrillo
PUERTO