

**UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ FACULTAD DE
MEDICINA
TRABAJO FIN DE GRADO EN MEDICINA**



**“PREVALENCIA DE EMBOTAMIENTO EMOCIONAL EN
PACIENTES ADULTOS CON TRASTORNO BIPOLAR
EUTÍMICOS”**

AUTORA: Bouillard, Tess.

TUTOR: García Escudero, Miguel Alfonso

SERVICIO: Psiquiatría – Hospital General Universitario de Elche (HGUE)

Curso académico 2024-2025

Prevalencia de embotamiento emocional en pacientes adultos con trastorno bipolar eutímicos.

El embotamiento emocional es una disminución en la intensidad y variabilidad de las respuestas emocionales, tanto positivas como negativas, que resulta en una experiencia afectiva empobrecida o limitada.

Método:

Se citó a pacientes adultos con diagnóstico de Trastorno Bipolar y en seguimiento ambulatorio en el Hospital General Universitario de Elche. Posteriormente, fueron evaluados mediante dos escalas para evaluar el estado eutímico del paciente: la escala de Hamilton y la escala de Young Manía. Si los resultados eran inferiores a 9 en la escala de Hamilton y menores de 7 en la de Young Manía, el paciente se consideraba eutímico y se procedía a aplicar el Oxford Depression Questionnaire, una escala autoadministrada de 26 preguntas. Los datos fueron recopilados de manera anónima en una hoja de cálculo de Excel, asignando a cada paciente un código único compuesto por cuatro letras y seis cifras.

Resultados:

La muestra del estudio estuvo compuesta por 32 pacientes adultos con diagnóstico de trastorno bipolar en fase eutímica. De ellos, el 56,2 % obtuvo una puntuación superior a 50 en el Oxford Depression Questionnaire (ODQ), lo que se consideró indicativo de embotamiento emocional clínicamente significativo. Este grupo presentó puntuaciones notablemente más altas en todas las dimensiones del cuestionario (reducción general de emociones, reducción de emociones positivas, desapego emocional, indiferencia emocional y atribución al tratamiento), con diferencias estadísticamente significativas respecto al grupo sin embotamiento. Además, aunque todos los pacientes cumplían criterios de eutimia según las escalas de Hamilton y Young Mania, aquellos con embotamiento emocional puntuaron ligeramente más alto, lo que sugiere la posible presencia de síntomas subsindrómicos. No se observaron diferencias significativas en función del sexo o la edad, lo que indica que el embotamiento emocional puede afectar a cualquier perfil demográfico dentro de esta población. En cuanto a la fiabilidad del ODQ, los análisis psicométricos mostraron una consistencia interna excelente (alfa de Cronbach = 0,92), con fuertes correlaciones entre los ítems y entre las dimensiones. Esto respalda su validez como herramienta útil y fiable para evaluar el embotamiento emocional en pacientes bipolares eutímicos. Aunque se utilizó una versión traducida al castellano sin validación lingüística formal, los resultados obtenidos fueron satisfactorios, lo que abre la puerta a futuras investigaciones para su adaptación definitiva a este contexto clínico.

Conclusiones:

Este estudio revela que el embotamiento emocional es frecuente en pacientes con trastorno bipolar en fase eutímica, afectando a más de la mitad de los evaluados. Aunque tradicionalmente vinculado a la depresión, este fenómeno también se presenta fuera de episodios agudos, influyendo negativamente en la calidad de vida y en la adherencia al tratamiento. El Oxford Depression Questionnaire mostró buena fiabilidad en esta población, aunque requiere adaptaciones específicas. Los hallazgos subrayan la necesidad de identificar y tratar el embotamiento emocional como parte del abordaje integral del trastorno bipolar. La prevalencia de embotamiento emocional en la muestra estudiada fue significativa.

Prevalence of emotional blunting in euthymic adult patients with bipolar disorder.

Emotional blunting refers to a reduction in the intensity and variability of emotional responses both positive and negative, resulting in a diminished or limited affective experience.

Method:

Adult patients diagnosed with Bipolar Disorder and under outpatient follow-up at the General University Hospital of Elche were invited to participate. Their euthymic state was assessed using two clinical scales: the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) and the Young Mania Rating Scale (YMRS). Patients with scores below 9 on the HDRS and below 7 on the YMRS were considered euthymic and subsequently completed the 26 item self-administered Oxford Depression Questionnaire (ODQ). Data were collected anonymously in an Excel spreadsheet, with each patient assigned a unique code consisting of four letters and six digits.

Results:

The study sample consisted of 32 adult patients diagnosed with bipolar disorder in a euthymic phase. Of these, 56,2% scored above 50 on the ODQ, indicating clinically significant emotional blunting. This group scored significantly higher across all dimensions of the questionnaire (general emotional reduction, reduced positive emotions, emotional detachment from others, emotional indifference, and attribution to treatment) compared to those without blunting.

Although all patients met the clinical criteria for euthymia, those with emotional blunting had slightly higher scores on the Hamilton and Young Mania scales, suggesting possible subsyndromal symptoms. No significant differences were observed based on sex or age, indicating that emotional blunting may affect all demographic profiles equally within this population.

Regarding the reliability of the ODQ, psychometric analyses showed excellent internal consistency (Cronbach's $\alpha = 0,92$), with strong correlations between items and dimensions. These results support the ODQ's validity as a reliable and useful tool for assessing emotional blunting in euthymic bipolar patients. Although a Spanish translation of the questionnaire was used without formal linguistic validation, the findings were satisfactory, highlighting the need for future studies to adapt and validate the tool for this clinical context.

Conclusions:

This study reveals that emotional blunting is frequent in euthymic patients with bipolar disorder, affecting over half of the sample. Although traditionally linked to depression, emotional blunting also occurs outside acute episodes, negatively impacting quality of life and treatment adherence. The OEQ showed strong reliability in this population, although it may require specific adaptations. These findings underscore the need to recognize and address emotional blunting as part of the comprehensive management of bipolar disorder. The prevalence observed in this study was clinically significant.

INTRODUCCIÓN

La regulación emocional puede integrarse en el estilo de afrontamiento de una persona, mientras que la desregulación emocional puede afectar negativamente su funcionamiento y estar vinculada a trastornos psiquiátricos (1).

El trastorno bipolar, también denominado trastorno afectivo bipolar es una condición neuropsiquiátrica crónica y recurrente que afecta a millones de personas cada año, caracterizada por fluctuaciones patológicas en el estado de ánimo, la energía, el nivel de actividad y las capacidades funcionales, que van más allá de las variaciones normales del estado de ánimo. Estas oscilaciones se presentan en forma de episodios definidos de manía, hipomanía, depresión mayor o estados mixtos, intercalados con periodos de eutimia (3) que no pueden explicarse únicamente por alteraciones fisiológicas secundarias a enfermedades médicas o al uso de sustancias. El trastorno afecta de manera significativa la calidad de vida, las relaciones interpersonales y el desempeño social y laboral del individuo.

Desde un punto de vista fisiopatológico, el trastorno bipolar se asocia con disfunciones en la neurotransmisión, particularmente en los sistemas dopaminérgico, serotoninérgico y glutamatérgico, así como alteraciones en la plasticidad neuronal y la regulación circadiana. Estudios de neuroimagen han evidenciado anomalías estructurales y funcionales en regiones clave como la corteza prefrontal, el sistema límbico (en particular la amígdala y el hipocampo) y los ganglios basales (1). Estas áreas están implicadas en la regulación emocional, el control de los impulsos y la toma de decisiones, lo que podría explicar la diversidad de manifestaciones clínicas observadas en el trastorno.

Desde el punto de vista clínico, los episodios maníacos, característicos del trastorno bipolar tipo I, se definen por un estado de ánimo persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al menos una semana, acompañado de un aumento de energía o actividad. Este estado debe cumplir con al menos tres síntomas adicionales, como aumento de la autoestima o grandiosidad, disminución de la necesidad de sueño, logorrea, fuga de ideas, distracción, incremento de actividades dirigidas a objetivos y conductas de riesgo (3). En los casos de hipomanía, observados en el trastorno bipolar tipo II, los síntomas son similares pero de menor intensidad,

menor duración y no provocan deterioro funcional severo ni requieren hospitalización (3). Finalmente, los episodios depresivos se caracterizan por un ánimo deprimido o pérdida de interés o placer en la mayoría de las actividades durante al menos dos semanas, acompañado de síntomas como alteraciones del sueño, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, dificultades en la concentración e ideación suicida.

El tratamiento del trastorno bipolar requiere un enfoque multimodal e interdisciplinario, que combina intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas. Los estabilizadores del ánimo, como el litio, los anticonvulsivantes (valproato, lamotrigina y carbamacepina u oxcarbamacepina), y los antipsicóticos atípicos constituyen el pilar del manejo farmacológico, mientras que las terapias psicológicas, como la psicoeducación, terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal y de ritmo social, son esenciales para mejorar la adherencia al tratamiento, manejar los factores desencadenantes y prevenir recaídas.

Un síntoma referido por pacientes con trastorno bipolar tratados farmacológicamente en el fenómeno de embotamiento emocional. El embotamiento emocional se define como una disminución en la intensidad y variabilidad de las respuestas emocionales, tanto positivas como negativas, que resulta en una experiencia afectiva empobrecida o limitada. Las personas que lo padecen describen una desconexión emocional, con dificultad para experimentar placer, tristeza, empatía o una implicación emocional significativa en su vida cotidiana.

En el contexto del trastorno bipolar, el embotamiento emocional puede surgir como un efecto adverso del tratamiento farmacológico que, aunque es fundamental para la estabilización de los síntomas del estado de ánimo y la prevención de recaídas, puede alterar las respuestas emocionales al modular los sistemas neuroquímicos implicados en la regulación emocional, como los sistemas serotoninérgico y dopaminérgico.

El embotamiento emocional ha sido ampliamente estudiado en pacientes con depresión, especialmente en relación con el uso de antidepresivos, pero su investigación en el contexto del trastorno afectivo bipolar (TAB) es aún limitada.

Explorar el embotamiento emocional en pacientes con TAB resulta de interés no solo para comprender mejor las experiencias subjetivas asociadas al tratamiento, sino también para optimizar las estrategias terapéuticas(5). El embotamiento emocional, puede reducir significativamente la calidad de vida y la adherencia al tratamiento, aspectos especialmente críticos en un trastorno crónico como el TAB.

La mayoría de las investigaciones en esta área se centran en los efectos neurocognitivos y emocionales de los episodios afectivos agudos, dejando un vacío significativo en la comprensión

de cómo las intervenciones farmacológicas pueden impactar las experiencias emocionales de los pacientes eutímicos.

En este trabajo vamos a medir este fenómeno en pacientes mediante la escala “Oxford Depression Questionnaire” (ODQ) (anexo 1), una escala novedosa y específica autoinformada por pacientes para evaluar los síntomas de embotamiento emocional, inicialmente en pacientes con trastorno depresivo que reciben tratamiento con antidepresivos, y potencialmente, en el trastorno afectivo bipolar, en este ámbito no ha sido ampliamente explorada, representando una oportunidad para ampliar el conocimiento sobre las experiencias emocionales en esta población. (4) Esta escala mide varios aspectos del embotamiento emocional, como la reducción de emociones positivas, la desconexión emocional y la disminución general de las emociones, ofreciendo un enfoque integral para comprender este fenómeno.

JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS

El análisis de este fenómeno es esencial, ya que la reducción en la intensidad emocional puede interpretarse erróneamente como una mejora clínica o como la ausencia de síntomas afectivos, cuando en realidad podría representar una complicación del tratamiento que limita la funcionalidad y el bienestar del paciente. Nuestro enfoque se centrará en medir la incidencia del embotamiento emocional en pacientes bipolares bajo tratamiento en el Hospital General Universitario de Elche, utilizando el Oxford Depression Questionnaire, evaluando de manera precisa y específica este síntoma. Su uso podría proporcionar información valiosa sobre la presencia y la gravedad de este síntoma en la población seleccionada.

El uso del Oxford Depression Questionnaire permitirá identificar y cuantificar de manera efectiva el embotamiento emocional en pacientes con trastorno bipolar, y se espera que la prevalencia de embotamiento emocional en pacientes con trastorno bipolar en fase eutímica sea elevada, constituyendo una experiencia común y clínicamente relevante en esta población, incluso en ausencia de episodios afectivos agudos. Este fenómeno, frecuentemente relacionado con el tratamiento farmacológico, puede reflejarse en una disminución de la intensidad y la variabilidad de las respuestas emocionales, afectando tanto las emociones positivas como las negativas. Dado que la eutimia se considera un periodo de estabilidad emocional, la presencia de embotamiento emocional en esta fase podría indicar un efecto adverso subestimado de los estabilizadores del ánimo y otros tratamientos, con implicaciones importantes para la calidad de vida y la adherencia terapéutica.

Estudios previos han demostrado que aproximadamente un tercio de los pacientes con trastorno bipolar exhiben reactividad emocional atenuada, dificultades en la regulación emocional y en el reconocimiento de expresiones faciales, lo que se asocia con un curso clínico más desfavorable (11). Además, investigaciones han revelado que pacientes eutímicos con trastorno bipolar no muestran la mejora típica en la memoria para contenidos emocionales, lo que sugiere un

embotamiento emocional persistente incluso en fases de estabilidad clínica (12) . Por lo tanto, se espera que nuestros resultados reflejen una prevalencia considerable de embotamiento emocional en esta muestra, respaldando la necesidad de intervenciones terapéuticas específicas para abordar este síntoma en el manejo integral del trastorno bipolar.

OBJETIVOS

Objetivo principal:

- El objetivo principal del presente proyecto es medir la prevalencia de embotamiento emocional (EE) en pacientes con Trastorno Bipolar eutímicos en el Hospital General Universitario de Elche

Objetivos secundarios:

- Validar una traducción de la escala Oxford.
- Evaluar la utilidad del ODQ en pacientes con trastorno bipolar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño y ámbito de estudio:

Se trata de un estudio observacional, transversal y descriptivo. Se realizará en el Hospital General Universitario de Elche (HGUE) a partir de pacientes adultos con diagnóstico de trastorno bipolar que estén en seguimiento en régimen ambulatorio y se mantengan eutímicos en las 6 semanas previas a la evaluación

Captación y/o selección de sujetos:

En primer lugar, para llevar a cabo una correcta selección de los pacientes que se incluirán en el estudio, se seleccionarán a paciente que hayan tenido un seguimiento regular en la Unidad de Trastornos Bipolares, con el fin de asegurar, entre otras cosas, que haya un diagnóstico de Trastorno bipolar durante el período de tiempo ya descrito. Se citará a los pacientes o se aprovechará de una cita con su médico para pasarles la entrevista. La participación es totalmente voluntaria.

Población a estudio:

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años y menores de 75 años, diagnosticados de Trastorno Bipolar.

- Pacientes en seguimiento ambulatorio en la Unidad de Trastornos Bipolares (UTB) del HGUE al menos durante seis semanas previas a la inclusión.
- Los pacientes deben de encontrarse en una fase eutímica de la enfermedad (Puntuación <9 en la escala de Hamilton para la depresión (HDRS por sus siglas en inglés) y < de 7 en la escala de Young para la manía (YMRS por sus siglas en inglés). (4)(5)
- Los pacientes deben estar en tratamiento farmacológico estabilizado durante al menos 6 semanas previas al inicio del estudio. Esto incluye el uso de estabilizadores del ánimo, antipsicóticos o antidepresivos, sin cambios recientes en la medicación.
- Los participantes deben ser capaces de dar su consentimiento informado de manera voluntaria y comprensible, participando activamente en el estudio

Criterios de exclusión:

- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes no colaboradores o con incapacidad para comprender los cuestionarios que forman parte del estudio.
- Pacientes que estén experimentando un episodio maniaco o hipomaniaco en el momento de la evaluación o en las seis semanas previas.
- Pacientes que no estén cumpliendo adecuadamente con el tratamiento prescrito o que tengan cambios recientes en su medicación (en los últimos 4 semanas) que puedan interferir con la evaluación estable de los efectos secundarios.

Método de recogida de datos:

Pacientes que acuden a consulta de seguimiento en la UTB son invitados a participar en el estudio previa obtención del Consentimiento Informado y entrega de la Hoja de Información al Paciente.

La recogida de datos se llevará a cabo de forma presencial en el Departamento de Psiquiatría del Hospital General de Elche. Se realizará una única entrevista a cada paciente, siguiendo un diseño transversal. Los participantes, serán seleccionados de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión descritos en el apartado anterior.

Todos los datos obtenidos se registrarán en una base de datos (Excel) que será diseñada para este estudio (cuaderno de recogida de datos). En esta, se asignará un código numérico a cada sujeto participante con el fin de garantizar la anonimización de todos ellos, compuesto de 4 letras y 6 dígitos.

Durante la entrevista, se aplicarán tres escalas estructuradas en un orden predefinido. En primer lugar, se administrará la escala HDRS (anexo 2) para evaluar los síntomas depresivos actuales. A continuación, se utilizará la YMRS (anexo 3) para confirmar que los pacientes se encuentran en una fase bipolar eutímica, asegurando así la pertinencia de su inclusión en el análisis. La valoración de estas dos escalas heteroadministradas correrá a cargo del facultativo especialista

en psiquiatría responsable de la Unidad. Finalmente, se aplicará el Oxford Depression Questionnaire, que constituye la herramienta principal del estudio, destinada a recoger información específica sobre los síntomas depresivos y su impacto en los pacientes.

Esta metodología garantiza una evaluación rigurosa y estructurada, permitiendo recopilar datos fiables y relevantes para alcanzar los objetivos planteados en el presente trabajo.

Variables:

Las variables demográficas consideradas en este estudio son sexo y edad, ya que se busca una caracterización básica de la muestra sin incluir otras variables sociodemográficas. En cuanto a las variables clínicas, se ha registrado la puntuación en la escala de Hamilton y en la escala de Young Manía, con objeto de comprobar que los pacientes cumplen los criterios que los incluyen en fase eutímica. No se ha evaluado en detalle el tratamiento farmacológico específico recibido, ya que el tamaño muestral no es lo suficientemente elevado como para extraer conclusiones significativas sobre su impacto en el embotamiento emocional.

Estrategia y análisis y gestión informática de los datos:

El análisis descriptivo de los datos obtenidos se realizó utilizando el software estadístico R (versión 2023), un programa especializado para el procesamiento, visualización y análisis estadístico de datos. En primer lugar, se llevó a cabo una categorización de las puntuaciones del Oxford Depression Questionnaire (ODQ) con el objetivo de facilitar la comparación entre grupos. Para evaluar la fiabilidad interna del cuestionario, se calculó el coeficiente alfa de Cronbach, con su intervalo de confianza al 95%, así como las correlaciones ítem-total corregidas y la media de correlación entre ítems. Adicionalmente, se evaluó la consistencia interna del instrumento. Por otra parte, se analizaron las correlaciones entre las distintas dimensiones del ODQ mediante el coeficiente de correlación de Pearson, con el fin de explorar la asociación entre los distintos componentes. Los datos fueron gestionados, procesados y representados siguiendo principios de calidad, reproducibilidad y transparencia estadística.

Criterios éticos:

El estudio siguió los principios éticos establecidos en la declaración de Helsinki. La participación fue totalmente voluntaria. Se administró una hoja de información sobre los objetivos del estudio, los posibles riesgos y beneficios. Solo fueron incluidos aquellos que firmaron el consentimiento informado de manera voluntaria. Se garantizó la confidencialidad de los datos recogidos mediante anonimización de la información. El estudio responde a una necesidad clínica y científica fundamentada, con el objetivo de mejorar la comprensión del embotamiento emocional en pacientes con trastorno bipolar y su impacto en la calidad de vida.

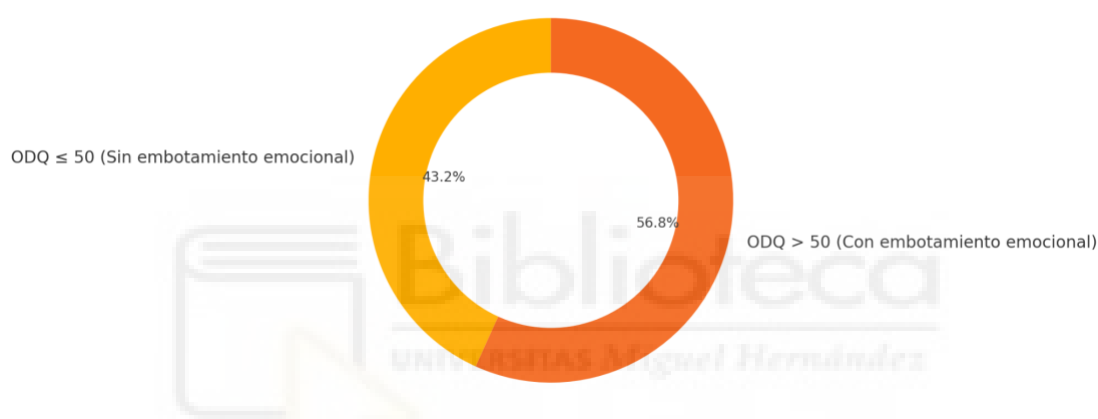
El protocolo del estudio fue inscrito en el Código de Investigación Responsable (COIR) de la Universidad Miguel Hernández (UMH) (anexo 4), revisado y aprobado por el comité de ética de investigación del Hospital General Universitario de Elche.

RESULTADOS

La muestra del estudio estuvo conformada por 32 pacientes adultos con diagnóstico de trastorno bipolar, en fase eutímica, según los criterios establecidos (puntuación <9 en la escala de Hamilton y <7 en la escala de Young Mania Rating Scale). Las edades oscilaron entre los 18 y 75 años, con una mediana de 49 años (rango intercuartílico: 44,8–54,2 años). En cuanto al sexo, 14 participantes fueron mujeres (43,7%) y 18 fueron hombres (56,3%).

Para evaluar el embotamiento emocional, se utilizó el Oxford Depression Questionnaire (ODQ), una herramienta autoadministrada que analiza este fenómeno en cinco dimensiones. De los 32 pacientes, 18 **(56,2%) obtuvieron una puntuación total superior a 50 en el ODQ**, lo cual se consideró indicativo de embotamiento emocional clínicamente significativo. Los 14 restantes (43,8%) puntuaron por debajo de este umbral.

Distribución de pacientes según puntuación ODQ

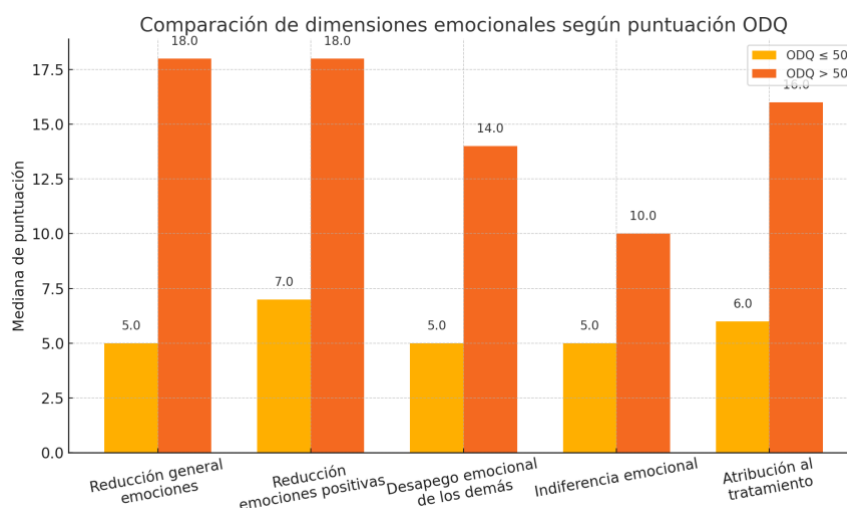


Hay 4 dimensiones que pueden ser valoradas: (6)

- Reducción general de las emociones, medido en las preguntas 1,5,9,13,17
- Reducción de las emociones positivas, medido en las preguntas 2,6,10,14,18
- Desapego emocional de los demás, medido en las preguntas 3,7,11,15,19
- Indiferencia emocional, medido en las preguntas 4,8,12,16,20

Además, se puede añadir una 5ª dimensión, siendo la dimensión atributiva adicional, antidepresivo como causa, medido en las preguntas 21,22,23,24,25,26

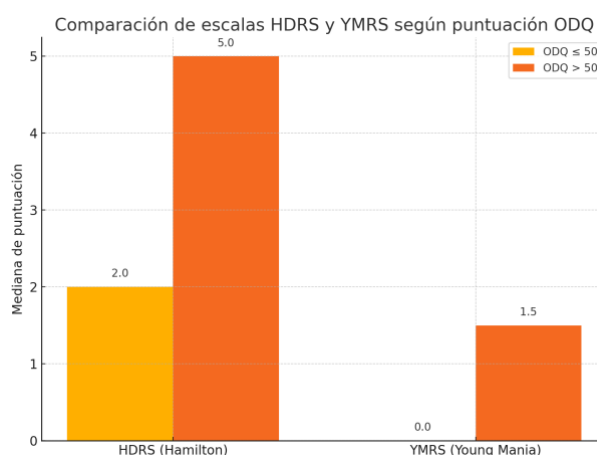
El análisis comparativo entre ambos grupos reveló diferencias estadísticamente significativas en todas las dimensiones evaluadas por el ODQ:



- Reducción general de las emociones: Mediana de 18,0 en el grupo ODQ>50 vs. 5,0 en ODQ<50 ($p < 0,001$).
- Reducción de emociones positivas: Mediana de 18,0 vs. 7,0 ($p < 0,001$).
- Desapego emocional de los demás: Mediana de 14,0 vs. 5,0 ($p < 0,001$).
- Indiferencia emocional: Mediana de 10,0 vs. 5,0 ($p = 0,001$).
- Atribución del embotamiento al tratamiento farmacológico: Mediana de 16,0 vs. 6,0 ($p < 0,001$).

Además, se observó que los pacientes con embotamiento emocional presentaron puntuaciones más elevadas en las escalas clínicas utilizadas para confirmar la eutimia, aunque dentro del rango considerado no patológico:

- Escala de Hamilton (HDRS): Mediana de 5,0 en el grupo ODQ>50 vs. 2,0 en ODQ<50 ($p = 0,002$).
- Escala de Young Mania Rating Scale (YMRS): Mediana de 1,5 en el grupo ODQ>50 vs. 0,0 en ODQ<50 ($p = 0,040$).



Estos hallazgos refuerzan la idea de que el embotamiento emocional puede presentarse incluso en ausencia de síntomas afectivos agudos, afectando a pacientes que, según los criterios clínicos tradicionales, se encuentran en fase eutímica.

Por otro lado, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de embotamiento emocional en función del sexo de los participantes ($p = 0,52$), lo que indica que este fenómeno puede afectar de forma similar a hombres y mujeres. La variable edad no mostró diferencias significativas entre los dos grupos (mediana de 49.0 años para ODQ <50 vs. 49.5 años para ODQ >50 ; $p = 0.924$), lo que sugiere que la prevalencia observada de embotamiento emocional no está influida por la edad en esta muestra.

Respecto al objetivo secundario de “Evaluar la utilidad del ODQ en pacientes con trastorno bipolar”, los resultados obtenidos respaldan su utilidad en esta población clínica. El instrumento presentó una fiabilidad interna excelente, evidenciada por un coeficiente alfa de Cronbach de 0,92 (intervalo de confianza del 95%: 0,86–0,96), lo cual refleja una alta consistencia entre los ítems del cuestionario. Las correlaciones ítem-total corregidas, comprendidas entre 0,77 y 0,89, junto con una media de correlación inter-ítems de 0,74, refuerzan la homogeneidad de la escala. Además, el análisis de consistencia interna tras la eliminación individual de cada dimensión reveló un descenso en el valor del alfa, lo que indica que todas las dimensiones aportan valor psicométrico al conjunto del instrumento. Por otro lado, se observaron correlaciones estadísticamente significativas y de magnitud moderada a alta entre las distintas dimensiones del ODQ (valores de r entre 0,62 y 0,88; $p < 0,001$), lo que pone de manifiesto una estructura interna coherente y bien definida. Estos hallazgos, en conjunto, respaldan la validez del ODQ como herramienta fiable y útil para la detección y evaluación del embotamiento emocional en pacientes con trastorno bipolar en fase eutímica.

Finalmente, el último objetivo a estudiar es el de “validar una traducción de la escala Oxford”, durante todo el estudio, se aplicó la escala de ODQ traducida al castellano, aunque no se realizó una validación lingüística formal mediante técnicas como la traducción inversa, el análisis estadístico de fiabilidad mostró resultados altamente satisfactorios.

DISCUSIÓN

Nuestro trabajo muestra la relevancia del embotamiento emocional en pacientes con trastorno bipolar en fase eutímica, un aspecto poco explorado hasta la fecha. El estudio de Zhu et al. validó la versión china del ODQ en pacientes con trastornos del estado de ánimo, encontrando que el ODQ es una herramienta confiable y válida para evaluar el embotamiento emocional en esta población (5). Goodwin et al. realizaron una encuesta en pacientes deprimidos tratados con antidepresivos y encontraron que el 46% de los pacientes reportaron embotamiento emocional, utilizando el Oxford Questionnaire on the Emotional Side-Effects of Antidepressants (OQuESA), una versión anterior del ODQ (7). Los estudios que han medido el embotamiento emocional en pacientes con trastorno bipolar, han usado como criterio para medirlo: patrones en la mirada y las expresiones faciales durante el procesamiento y la regulación emocional (8), reflejo de sobresalto (9), regulación de las respuestas emocionales en situaciones sociales negativas (10). La utilización del Oxford Depression Questionnaire (ODQ) ha permitido identificar este fenómeno,

tradicionalmente asociado al tratamiento con antidepresivos en la depresión mayor, también en pacientes bipolares, sugiriendo que su presencia podría no estar exclusivamente ligada a episodios afectivos agudos.

El tratamiento farmacológico puede considerarse como uno de los factores potencialmente implicados en la aparición del embotamiento emocional. Resultaría de gran interés ampliar el tamaño muestral en futuras investigaciones con el objetivo de establecer asociaciones más sólidas entre la prevalencia del embotamiento emocional y las características específicas del tratamiento farmacológico recibido por los pacientes ya que en este estudio no ha sido posible relacionarlo puesto que cada paciente tiene un ajuste individualizado de dosis, un tratamiento que funciona en su caso y una combinación de distintos fármacos (estabilizadores del ánimo, antiepilépticos, antidepresivos, ansiolíticos y benzodiazepinas). Además, se entiende que estos pacientes reciben los tratamientos necesarios para el trastorno bipolar y para mantenerse eutímicos, por lo que sería complicado establecer correlaciones sin un número mayor de participantes.

Otro hallazgo relevante es la utilidad del OEQ en la evaluación del embotamiento emocional en el trastorno bipolar. A pesar de que la escala fue diseñada para pacientes con depresión, nuestros resultados sugieren que podría ser una herramienta válida para detectar este síntoma en otros trastornos afectivos. Sin embargo, varios pacientes expresaron que las preguntas del cuestionario estaban demasiado orientadas a la depresión, lo que en ocasiones les resultaba confuso o poco aplicable a su situación. Esto era esperable, dado que la herramienta fue creada para evaluar a pacientes depresivos, y refuerza la necesidad de desarrollar instrumentos más específicos para el trastorno bipolar.

Además, las preguntas yendo de la 13 a la 20 hacen referencia a la comparación de síntomas actuales con aquellos previos a la enfermedad, por ejemplo: "La vida diaria simplemente no tiene el mismo impacto emocional en mí que tenía antes de mi enfermedad" o "Mis emociones están adormecidas / atenuadas / aplanadas en comparación con antes de desarrollar mi enfermedad". Esto resultó problemático para muchos pacientes, dado que el trastorno bipolar es una enfermedad crónica y la mayoría de ellos llevan años con síntomas, o incluso toda su vida, lo que les impide tener un recuerdo claro de cómo eran antes del inicio de la enfermedad. Este aspecto plantea una limitación en la evaluación del embotamiento emocional en estos pacientes y podría requerir ajustes en los cuestionarios utilizados en futuros estudios.

Otro punto de interés observado en el estudio es que algunos pacientes no sabían si los síntomas que percibían como embotamiento emocional se debían realmente a este fenómeno, a rasgos propios de su personalidad, justificando estos síntomas con frases como "yo soy así", en preguntas del cuestionario como la 11: "el hecho de que otras personas estén molestos no me afecta"; sugiriendo que el embotamiento emocional puede estar integrado en la percepción que los pacientes tienen de su propia identidad, o a la presencia de síntomas subsindrómicos de tipo depresivo.

Además, en la sección de "dimensión atributiva adicional" del cuestionario (preguntas 21, 22, 23, 24, 25, 26) , donde originalmente se preguntaba si el "antidepresivo" era la causa del

embotamiento emocional, se ha optado por modificar el término a "tratamiento". Esta decisión se tomó para reflejar mejor la realidad de los pacientes con trastorno bipolar, quienes pueden estar bajo distintos tipos de medicación (estabilizadores del estado de ánimo, antipsicóticos, entre otros) en lugar de solo antidepresivos. Si se quisiera validar este cuestionario para el trastorno bipolar, sería necesario realizar adaptaciones adicionales para que refleje de manera más precisa la variedad de tratamientos utilizados en esta patología.

No obstante, nuestro estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, el tamaño muestral es reducido, lo que impide una plena validez estadística del estudio. Además, no se ha analizado la severidad exacta de los síntomas mediante puntuaciones específicas en las escalas de Hamilton y Young Manía, sino únicamente el cumplimiento de los criterios de eutimia, lo que podría limitar la detección de diferencias sutiles entre los pacientes. Futuras investigaciones deberían ampliar la muestra e incluir un análisis más detallado de las variables clínicas y farmacológicas implicadas en la aparición del embotamiento emocional.

Implicaciones clínicas y futuras investigaciones:

Para futuras investigaciones, sería interesante:

- Aumentar el tamaño muestral para que pueda tener mayor significación estadística y para que haga posible el establecer relaciones con otras variables como el tratamiento farmacológico o el nivel de síntomas subsindrómicos evaluados en las escalas HDRS y YMRS.
- Hacer un diseño metodológico para establecer correlaciones entre el embotamiento emocional y los tratamientos específicos de cada paciente y valorar la adherencia.
- Explorar intervenciones específicas para reducir este fenómeno, incluyendo ajustes en el tratamiento farmacológico y estrategias psicológicas complementarias.

CONCLUSIONES

- Alta prevalencia del embotamiento emocional en eutimia: un 56,2% de los pacientes eutímicos con trastorno bipolar presentaron puntuaciones elevadas en el ODQ, lo que indica que el embotamiento emocional es frecuente incluso en fases sin síntomas afectivos agudos.
- El embotamiento emocional puede pasar desapercibido clínicamente: puede confundirse con remisión o estabilidad, cuando en realidad puede ser un efecto adverso relevante del tratamiento que reduce la calidad de vida.
- El ODQ es útil, pero requiere adaptación para bipolaridad: aunque originalmente fue diseñado para depresión, mostró excelente fiabilidad en pacientes bipolares. No obstante, algunas preguntas resultaron confusas o inadecuadas, especialmente aquellas que comparan con el estado "pre-enfermedad".
- Implicaciones clínicas clave: reconocer el embotamiento emocional es fundamental para ajustar el tratamiento, mejorar la adherencia y preservar la calidad de vida de los pacientes con trastorno bipolar.

- El tamaño muestral reducido y la falta de análisis detallado del tratamiento farmacológico impidieron establecer asociaciones concluyentes entre medicación y embotamiento emocional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Henry C, Phillips M, Leibenluft E, M'Bailara K, Houenou J, Leboyer M. Emotional dysfunction as a marker of bipolar disorders. *Front Biosci (Elite Ed)*. 2012 Jan 1;4:2722-30. doi: 10.2741/e578. PMID: 22652673; PMCID: PMC3927326.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
3. Harrison PJ, Geddes JR, Tunbridge EM. The emerging neurobiology of bipolar disorder. *Trends Neurosci*. 2018 Jan;41(1):18-30. doi: 10.1016/j.tins.2017.10.006. PMID: 29169634; PMCID: PMC5755726.
4. Price J, Cole V, Goodwin GM. Emotional side-effects of selective serotonin reuptake inhibitors: qualitative study. *J Affect Disord*. 2009 Feb;117(1-2):175-9. doi: 10.1016/j.jad.2008.12.009.
5. Zhu Y, Wu L, Ye S, Fu Y, Huang H, Lai J, Shi C. The Chinese Version of Oxford Depression Questionnaire: A Validation Study in Patients with Mood Disorders. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2023;19:547-556. doi: 10.2147/NDT.S396356.
6. Quilty LC, Cosgrove VE, Bagby RM, Swenson R, Whelan R, Fridberg DJ, et al. Measurement-based care in depression: The use of the Oxford Depression Questionnaire (ODQ) to guide treatment decisions. *J Affect Disord*. 2021 Dec 1;295:425-433. doi: 10.1016/j.jad.2021.08.092.
7. Goodwin GM, Price J, De Bodinat C, Laredo J. Emotional blunting with antidepressant treatments: a survey among depressed patients. *J Affect Disord*. 2017;221:31-35. doi: 10.1016/j.jad.2017.05.048.
8. Broch-Due I, Kjærstad HL, Kessing LV, Miskowiak K. Subtle behavioural responses during negative emotion reactivity and down-regulation in bipolar disorder: a facial expression and eye-tracking study. *Psychiatry Res*. 2018;266:152-159. doi: 10.1016/j.psychres.2018.04.054.
9. Erdogan NO, Temucin CM, Başar K, Sen ZD, Ozer S. Affective modulation of emotional reactivity in euthymic patients with bipolar disorder. *Int J Psychophysiol*. 2025;207:112487. doi: 10.1016/j.ijpsycho.2024.112487.
10. Kjærstad HL, Vinberg M, Goldin PR, et al. Impaired down-regulation of negative emotion in self-referent social situations in bipolar disorder: a pilot study of a novel experimental paradigm. *Psychiatry Res*. 2016;238:318-325. doi: 10.1016/j.psychres.2016.02.047.
11. Whitton AE, Treadway MT, Pizzagalli DA. A systematic review of emotional blunting in depression and bipolar disorder. *Psychol Med*. 2023 Mar;53(4):1236-49. doi:10.1017/S0033291722001127. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36965236>
12. Holmes MK, Erickson K, Luckenbaugh DA, Drevets WC, Bain EE, Cannon DM, et al. Emotion-related memory bias in bipolar disorder: a review of behavioral evidence. *Neuropsychol Rev*. 2008 Jun;18(2):145-57. doi:10.1007/s11065-008-9054-5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18515899>

ANEXO 1:

	No estoy de acuerdo	estoy un poco en desacuerdo	no estoy en acuerdo ni en desacuerdo	un poco de acuerdo	de acuerdo
1. Todas mis emociones, tanto las "agradables" como las "desagradables," están "atenuadas."					
2. No disfruto completamente de cosas que deberían darme placer, como lugares o cosas hermosas o la música.					
3. Me importan menos los sentimientos de otras personas de lo que creo que debería.					
4. Debido a que no me importan tanto las cosas, estoy teniendo problemas en casa.					
5. Las emociones desagradables, como la tristeza, la decepción y el malestar, se sienten atenuadas o diferentes de alguna manera.					
6. No espero las cosas con una anticipación ansiosa.					
7. No tengo mucha simpatía por las personas.					
8. Me siento "desconectado" y distante del mundo que me rodea.					
9. Mis emociones carecen de intensidad.					
10. No tengo la pasión ni el entusiasmo					

por la vida que debería					
11. El hecho de que otras personas estén molestos no me afecta.					
12. Debido a que no me importan tanto las cosas, estoy teniendo problemas en el trabajo o en la universidad.					
13. La vida diaria simplemente no tiene el mismo impacto emocional en mí que tenía antes de mi enfermedad / problema.					
14. No experimento emociones agradables tanto como lo hacía antes de desarrollar mi enfermedad/problema.					
15. No reacciono a las emociones de otras personas (como su tristeza, ira o malestar) tanto como lo hacía antes de mi enfermedad/problema.					
16. No me importan tanto mis responsabilidades diarias como antes de desarrollar mi enfermedad/problema.					
17. Mis emociones están adormecidas / atenuadas / aplanadas en comparación con antes de desarrollar mi enfermedad / problema.					
18. No experimento tanto "éxtasis" por las cosas buenas en mi vida como lo hacía antes de mi enfermedad / problema.					
19. No tengo tanta simpatía por otras personas como lo tenía antes de mi					

enfermedad / problema.					
20. Simplemente no me importan tanto las cosas como me importaban antes de mi enfermedad / problema.					
21. El antidepresivo me está impidiendo sentir mis emociones de alguna manera.					
22. El antidepresivo parece hacer que simplemente no me importe las cosas que deberían importarme.					
23. El antidepresivo parece hacer que me sienta emocionalmente desconectado de las personas a mi alrededor.					
24. El antidepresivo me está impidiendo sentir emociones agradables.					
25. El antidepresivo cambia la forma en que experimento mis emociones de una manera que no me es útil en este momento.					
26. He considerado dejar (o ya he dejado) mi antidepresivo debido a sus efectos secundarios emocionales.					

ANEXO 2: HDRS

1- ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO:

0 Ausente

1 Ligero: actitud melancólica; el paciente no verbaliza necesariamente el descenso del ánimo

2 Moderado: llanto ocasional, apatía, pesimismo, desmotivación

3 Intenso: llanto frecuente (o ganas); introversión; rumiaciones depresivas; pérdida del gusto por las cosas

4 Extremo: llanto frecuente (o ganas); frecuente tendencia al aislamiento; contenidos depresivos exclusivos en el pensamiento o la comunicación verbal; pérdida de la capacidad de reacción a estímulos placenteros

2- SENTIMIENTOS DE CULPA:

0 Ausente

1 Ligero: autorreproches, teme haber decepcionado a la gente

2 Moderado: ideas de culpabilidad; sentimiento de ser una mala persona, de no merecer atención

3 Intenso: la enfermedad actual es un castigo; meditación sobre errores, malas acciones o pecados del pasado; merece lo que padece

4 Extremo: ideas delirantes de culpa con o sin alucinaciones acusatorias

3- SUICIDIO

0 Ausente

1 Ligero: la vida no vale la pena vivirla

2 Moderado: desearía estar muerto o piensa en la posibilidad de morir

3 Intenso: ideas o amenazas suicidas

4 Extremo: serio intento de suicidio

4- INSOMNIO INICIAL (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1)

0 Ausente

1 Ocasional: tarda en dormir entre media y una hora (<3 noches/semana)

2 Frecuente: tarda en dormir más de una hora (3 ó más noches /semana)

5- INSOMNIO MEDIO (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1)

0 Ausente

1 Ocasional: está inquieto durante la noche; si se despierta tarda casi una hora en dormirse de nuevo (<3 noches/semana)

2 Frecuente: está despierto durante la noche, con dificultades para volver a conciliar el sueño; cualquier ocasión de levantarse de la cama (excepto para evacuar), o necesidad de fumar o leer tras despertarse debe puntuar 2 (3 ó más noches seguidas por semana)

6- INSOMNIO TARDÍO (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1)

0 Ausente

1 Ocasional: se despierta antes de lo habitual (<2 horas antes; <3 días por semana)

2 Frecuente: se despierta dos o más horas antes de lo habitual 3 ó más días por semana)

7- TRABAJO Y ACTIVIDADES

0 Ausente

1 Ligero: ideas o sentimientos de incapacidad o desinterés. Distíngalo de la fatiga o pérdida de energía que se puntúan en otra parte.

2 Moderado: falta de impulso para desarrollar las actividades habituales, las aficiones o el trabajo (si el paciente no lo manifiesta directamente, puede deducirse por su desatención, indecisión o vacilación ante el trabajo y otras actividades).

3 Intenso: evidente descenso del tiempo dedicado a sus actividades; descenso de su eficacia y/o productividad. En el hospital se puntúa 3 si el paciente no se compromete al menos durante tres horas/día a actividades (Trabajo hospitalario o distracciones) ajenas a las propias de la sala. Notable desatención del aseo personal.

4 Extremo: dejó de trabajar por la presente enfermedad. No se asea o precisa de gran estímulo para ello. En el hospital se puntúa 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a las pequeñas tareas de la sala o si precisa de gran estímulo para que las realice.

8-INHIBICIÓN

0 Ausente

1 Ligera: ligera inhibición durante la entrevista; sentimientos ligeramente embotados; facies inexpressiva.

2 Moderada: evidente inhibición durante la entrevista (voz monótona, tarda en contestar las preguntas).

3 Intensa: entrevista difícil y prolongada; lentitud de movimientos al caminar.

4 Extrema: estupor depresivo completo; entrevista imposible.

9- AGITACIÓN

0 Ausente

1 Ligera: mueve los pies; juega con las manos o con los cabellos

2 Moderada: se mueve durante la entrevista, se agarra a la silla; se retuerce las manos; se muerde los labios; se tira de los cabellos; mueve ampliamente los brazos, se muerde las uñas, las manos...

3 Intensa: no puede estar quieto durante la entrevista; se levanta de la silla.

4 Extrema: la entrevista se desarrolla "corriendo", con el paciente de un lado para otro, o quitándose la ropa, o arrancándose los cabellos; el paciente parece desconcertado y "desatado".

10- ANSIEDAD PSÍQUICA

0 Ausente

1 Ligera: tensión subjetiva e irritabilidad.

2 Moderada: tensión objetiva, evidente; preocupación por trivialidades.

3 Intensa: actitud aprensiva evidente en la cara y el lenguaje.

4 Extrema: crisis de ansiedad observadas, la ansiedad forma la mayor parte del contenido de su comunicación espontánea, verbal o no verbal.

11- ANSIEDAD SOMÁTICA

0 Ausente

1 Ligera: un solo síntoma o síntoma dudoso o varios síntomas de un mismo sistema.

2 Moderada: varios síntomas de distintos sistemas.

3 Intensa: múltiples síntomas de varios sistemas simultáneamente.

4 Extrema: numerosos síntomas persistentes e incapacitantes la mayor parte de las veces.

12- SÍNTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINALES

0 Ausentes:

1 Ligeros: pérdida de apetito, pero come sin necesidad de estímulo; sensación de pesadez en el abdomen. 2 Intensos: pérdida de apetito, no come aunque se le estimule, o precisa de gran estímulo para comer; precisa o solicita laxantes o medicación para sus síntomas gastrointestinales.

13- SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES

0 Ausentes:

1 Ligeros: fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza; algias en el dorso, cabeza, músculos.

2 Intensos: fatigabilidad y pérdida de energía la mayor parte del tiempo; cualquier síntoma somático bien definido o expresado espontáneamente.

14- SÍNTOMAS GENITALES (LIBIDO)

0 Ausentes: o información inadecuada o sin información (emplear lo menos posible estas dos últimas).

1 Ligeros: descenso de la libido; actividad sexual alterada (inconstante, poco intensa).

2 Intensos: pérdida completa de apetito sexual; impotencia o frigidez funcionales.

15- HIPOCONDRÍA

0 Ausente:

1 Ligera: preocupado de sí mismo (corporalmente).

2 Moderada: preocupado por su salud.

3 Intensa: se lamenta constantemente. Solicita ayuda, etc.

4 Extrema: ideas hipocondríacas delirantes.

ANEXO 3: YMRS

1-ESTADO DE ÁNIMO ELEVADO

0 Ausente

1 Ligeramente o posiblemente aumentado según el cuestionamiento

2 Elevación subjetiva definitiva; optimista, seguro de sí mismo; alegre; apropiado al contenido

3 Elevado; inapropiado al contenido; humorístico

4 Eufórico; risas inapropiadas; cantando

2- AUMENTO DE ACTIVIDAD MOTORA-ENÉRGICA

0 Ausente

1 Incremento subjetivo

2 Animado; gestos aumentados

3 Energía excesiva; hiperactivo a veces; inquieto (puede ser calmado)

4 Excitación motora; hiperactividad continua (no puede ser calmado)

3-INTERÉS SEXUAL

0 Normal; no aumentado

1 Ligeramente o posiblemente aumentado

2 Aumento subjetivo definitivo según el cuestionamiento

3 Contenido sexual espontáneo; elabora sobre temas sexuales; hipersexual según auto-reporte

4 Actos sexuales manifiestos (hacia pacientes, personal o entrevistador)

4-SUEÑO

0 No informa disminución del sueño

1 Duerme menos de lo normal por hasta una hora

2 Duerme menos de lo normal por más de una hora

3 Informa una disminución de la necesidad de sueño

4 Niega la necesidad de dormir

5-IRRITABILIDAD

0 Ausente

2 Incremento subjetivo

4 Irritable a veces durante la entrevista; episodios recientes de enojo o molestia en la sala

6 Frecuentemente irritable durante la entrevista; breve, cortante en todo momento

8 Hostil, poco cooperativo; entrevista imposible

6-HABLA

0 Sin incremento

2 Se siente hablador

4 Tasa o cantidad aumentadas a veces; verboso en ocasiones

6 Presión; aumento constante en tasa y cantidad; difícil de interrumpir

8 Forzada; ininterrumpible, habla continua

7-TRASTORNO DEL LENGUAJE-PENSAMIENTO

0 Ausente

1 Circunstancial; distracción leve; pensamientos rápidos

2 Distráido, pierde el objetivo del pensamiento; cambia de tema frecuentemente; pensamientos acelerados

3 Fuga de ideas; tangencialidad; difícil de seguir; rimas, ecolalia

4 Incoherente; comunicación imposible

8-CONTENIDO

0 Normal

2 Planes cuestionables, nuevos intereses

4 Proyecto(s) especial(es); hiperreligioso

- 6 Ideas grandiosas o paranoicas; ideas de referencia
- 8 Delirios; alucinaciones

9-COMPORTAMIENTO DISRUPTIVO-AGRESIVO

- 0 Ausente, cooperativo
- 2 Sarcástico; a veces ruidoso, reservado
- 4 Exigente; amenazas en la sala
- 6 Amenaza al entrevistador; gritos; entrevista difícil
- 8 Agresivo; destructivo; entrevista imposible

10-APARIENCIA

- 0 Vestimenta y aseo apropiados
- 1 Ligeramente descuidado
- 2 Mal aseado; moderadamente desaliñado; demasiado arreglado
- 3 Desaliñado; parcialmente vestido; maquillaje llamativo
- 4 Totalmente descuidado; decorado; vestimenta extravagante

11-INSIGHT

- 0 Presente; admite enfermedad; acepta necesidad de tratamiento
- 1 Posiblemente enfermo
- 2 Admite cambio de comportamiento, pero niega enfermedad
- 3 Admite posible cambio en el comportamiento, pero niega enfermedad
- 4 Niega cualquier cambio de comportamiento

