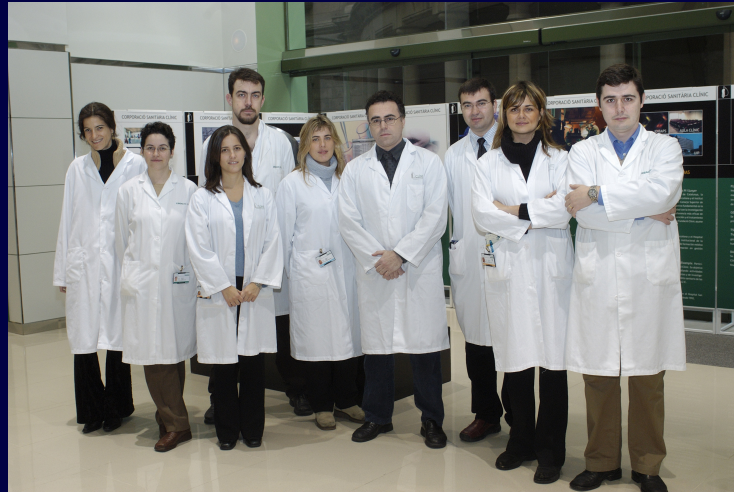
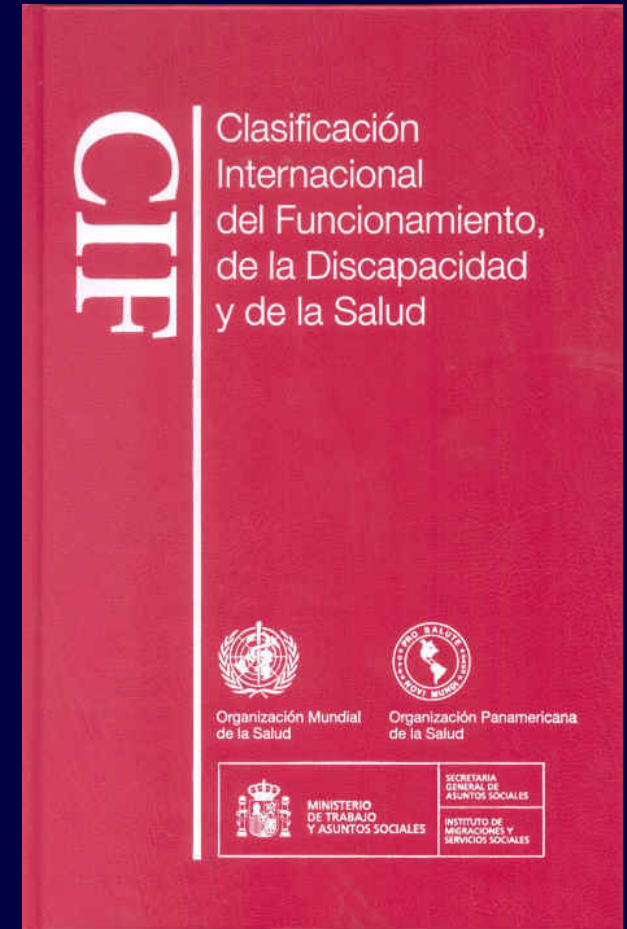


Cómo medir la funcionalidad en el paciente bipolar



Jose Sánchez-Moreno
Programa de Trastornos Bipolares.
Hospital Clinic de Barcelona
Universidad Autónoma de Madrid



- Funcionamiento en el trastorno bipolar
- Factores asociados a mala adaptación funcional
- ¿Cómo medir la funcionalidad?
- ¿Cómo mejorar la funcionalidad?

Funcionamiento en el trastorno bipolar

Funcionamiento y trastorno bipolar

- El trastorno bipolar es una condición multidimensional que implica una interacción dinámica y compleja entre factores biológicos, psicológicos y sociales.
- El trastorno bipolar generalmente se asocia a un mejor curso y pronóstico que la esquizofrenia.

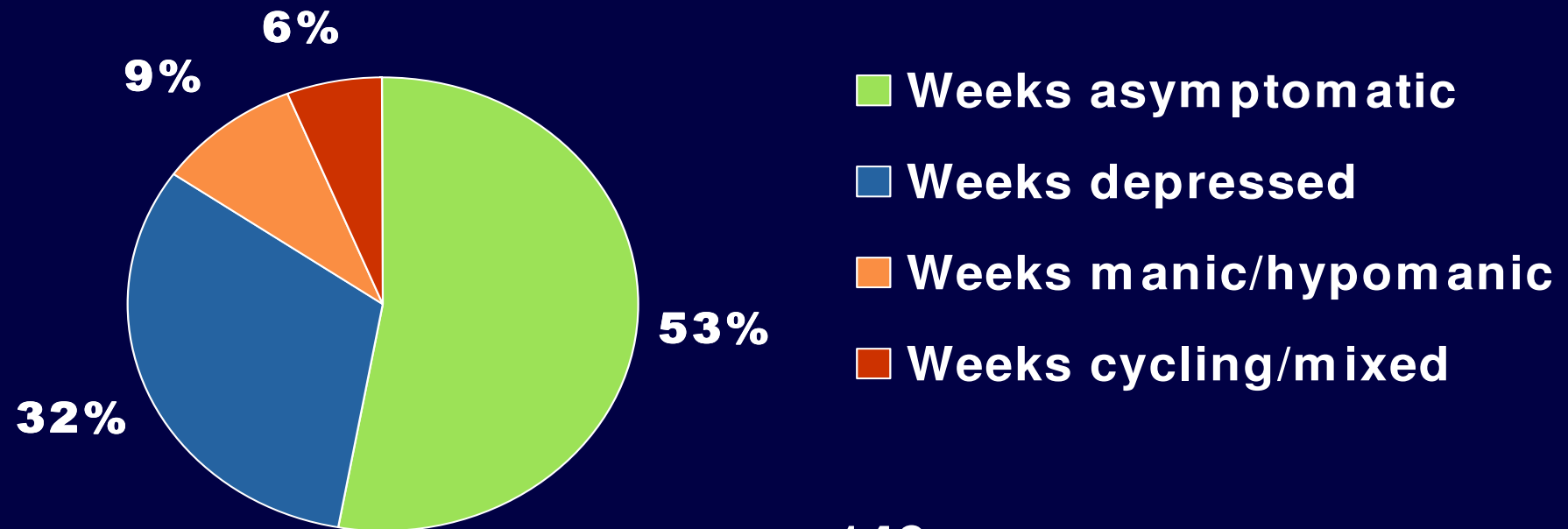
Funcionamiento y trastorno bipolar

- Funcionamiento: concepto complejo ya que implica capacidad para trabajar, estudiar, vivir independientemente, tener relaciones interpersonales significativas¹
- Recuperación funcional: Capacidad para alcanzar el nivel de funcionamiento previo al episodio más reciente²

1. Zarate et al, 2000

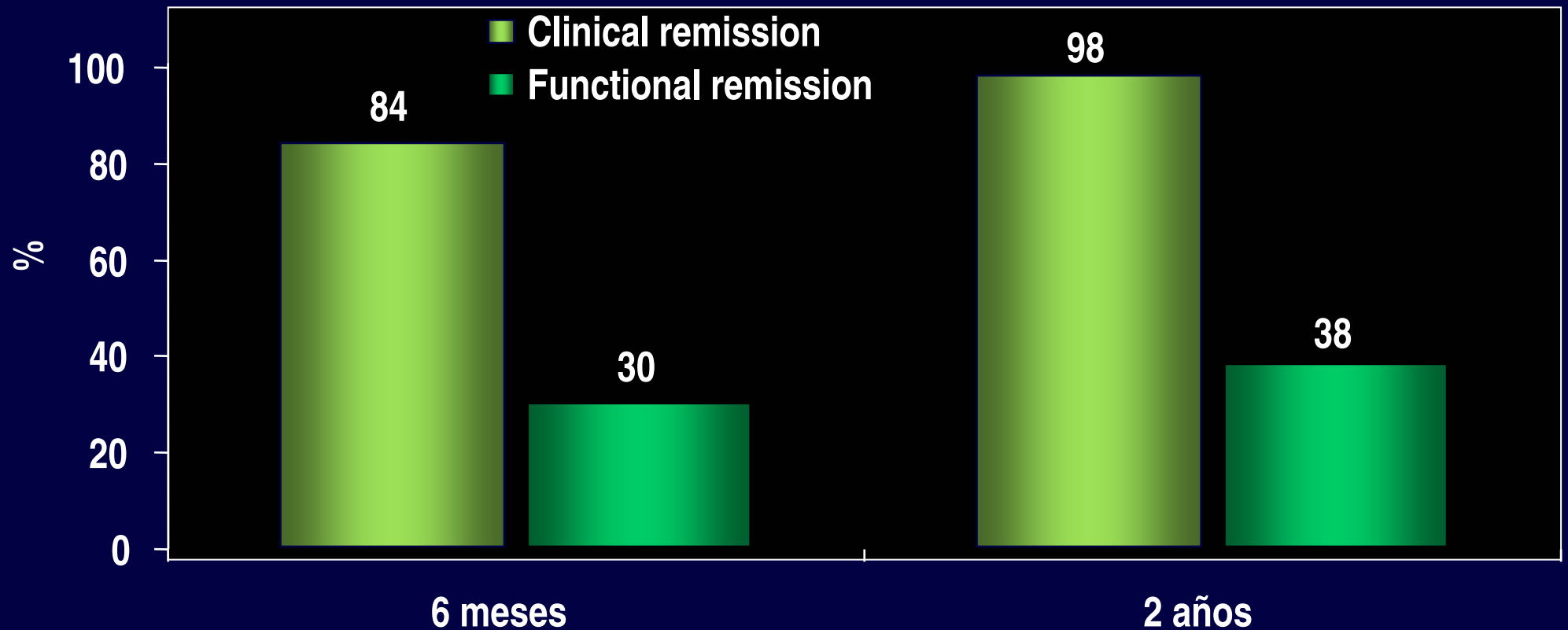
2. Tohen et al, AJP, 2000

Patients are symptomatic for almost a half of their lives despite drug treatment



n=146
12.8 years follow-up

Remisión clínica vs. remisión funcional en el trastorno bipolar



Tohen et al. *Am J Psychiatry* 2000.

REMISIÓN CLÍNICA
≠
REMISIÓN FUNCIONAL

Adaptación laboral

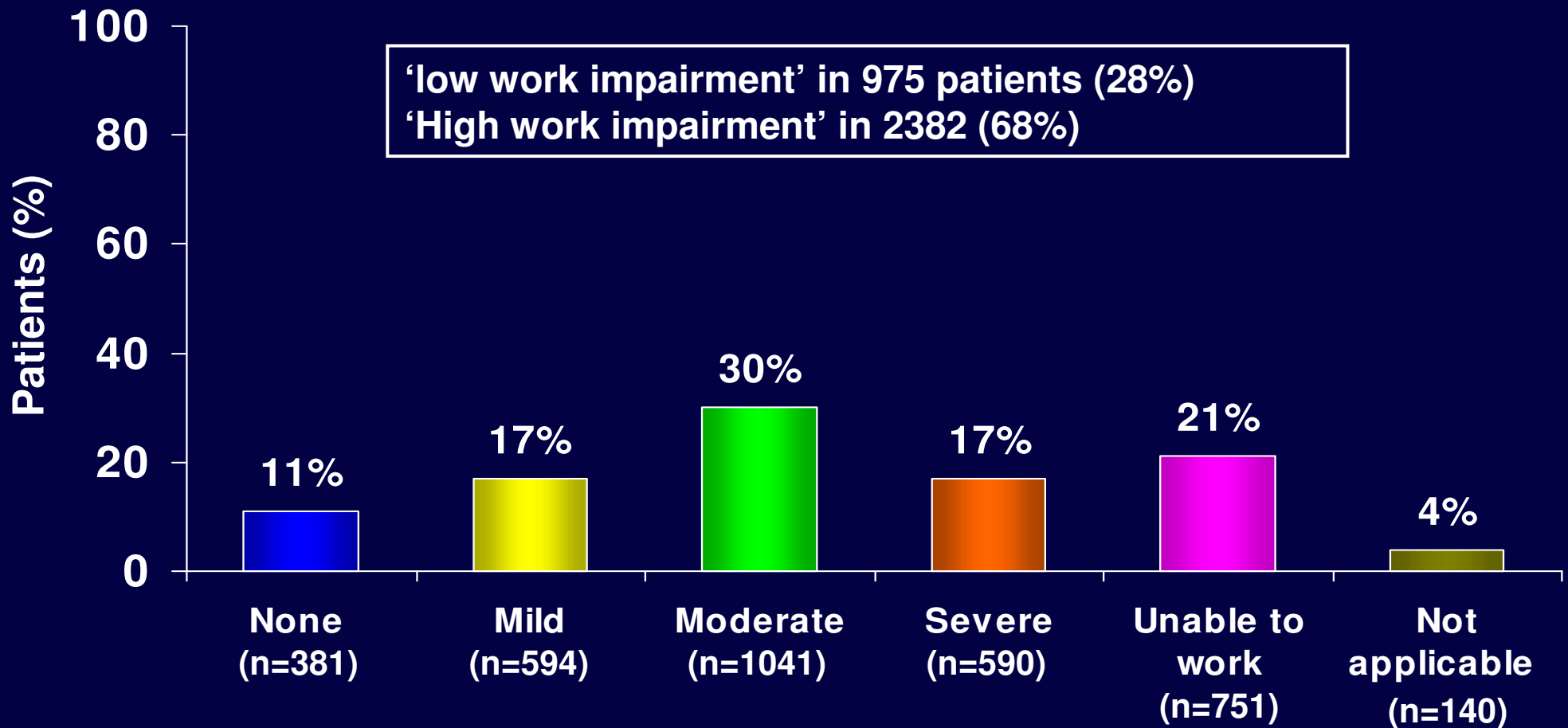
- Menos del 50% de los pacientes bipolares tienen una vida laboral activa¹.
- 13-34% de los pacientes reconocen tener problemas frecuentes en el trabajo¹.
- 22% de pacientes BP estaban activos laboralmente².

Importantes repercusiones de la enfermedad sobre la situación laboral e impacto negativo en la calidad de vida

1. Morselli et al, Bipolar Disord, 2004

2. Sierra et al, Bipolar Disord, 2005

Functional Status: How would you rate the patient's impairments in work activities over the previous year?



39 data points missing

N = 3497

Carga familiar

- Superior en familias de pacientes BP que en las de pacientes UP. Relación con duración de la enfermedad y interrupción social debido a los episodios maníacos¹.
- BP presentan mayor probabilidad de ser viudos, separados o divorciados².
- Las parejas de pacientes BP refieren dificultades financieras, desempleo, problemas maritales, recurrencias que comportan hospitalizaciones y aislamiento social³.

1. Chakrabarti et al, 1992

2. Mitchell et al, 2004

3. Targum et al, 1981

Factores asociados a una mala adaptación funcional

Factores sociodemográficos

- ✓ Mayor edad
- ✓ Sexo masculino
- ✓ Status socioeconómico bajo
- ✓ Mal funcionamiento premórbido

Factores clínicos

- ✓ Edad de inicio precoz
- ✓ Estados mixtos
- ✓ Historia previa de síntomas psicóticos
- ✓ Número de episodios previos y hospitalizaciones
- ✓ Ciclación rápida
- ✓ Historia de tentativas autolíticas
- ✓ **Síntomas subclínicos persistentes**

Factores clínicos

Comorbilidad con:

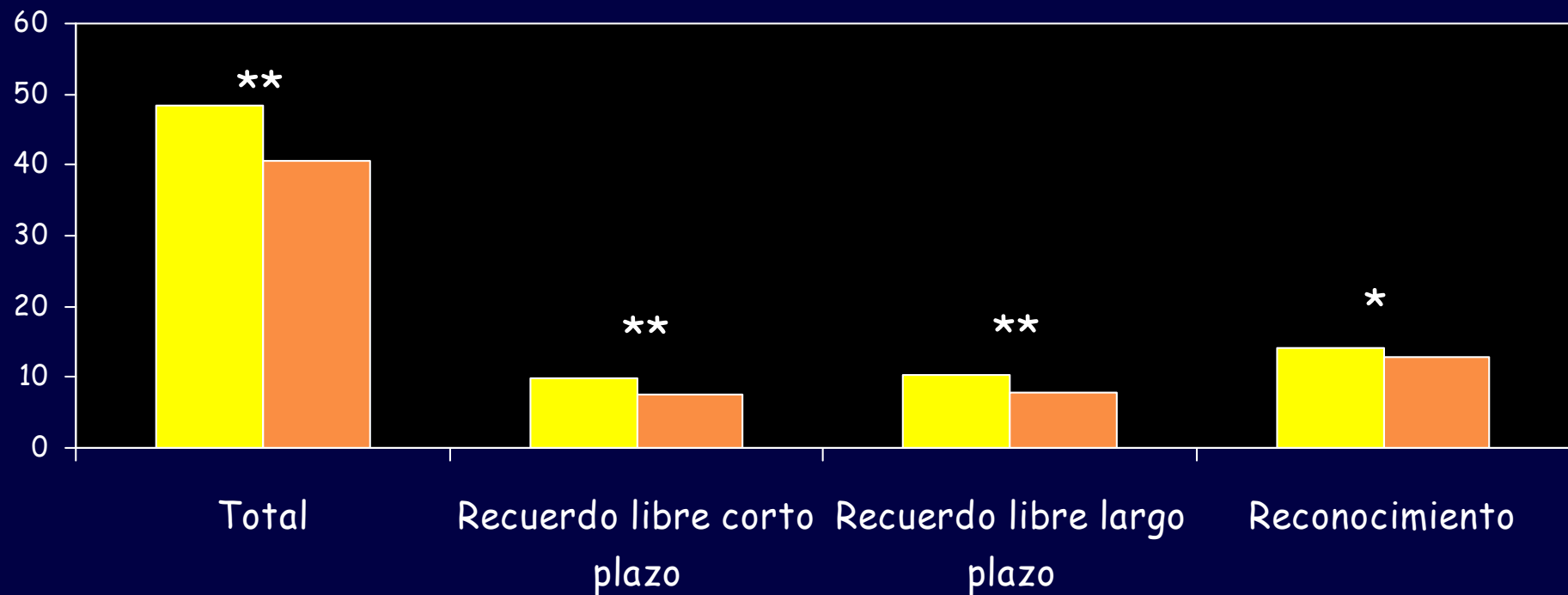
- ✓ Abuso de sustancias
- ✓ Trastornos de ansiedad
- ✓ Trastornos de personalidad
- ✓ Enfermedades médicas

Factores cognitivos

Entre el 30% y el 50% de pacientes bipolares experimentan dificultades sociolaborales significativas que pueden estar relacionadas con disfunciones cognitivas persistentes

Función cognitiva y adaptación laboral

CVLT



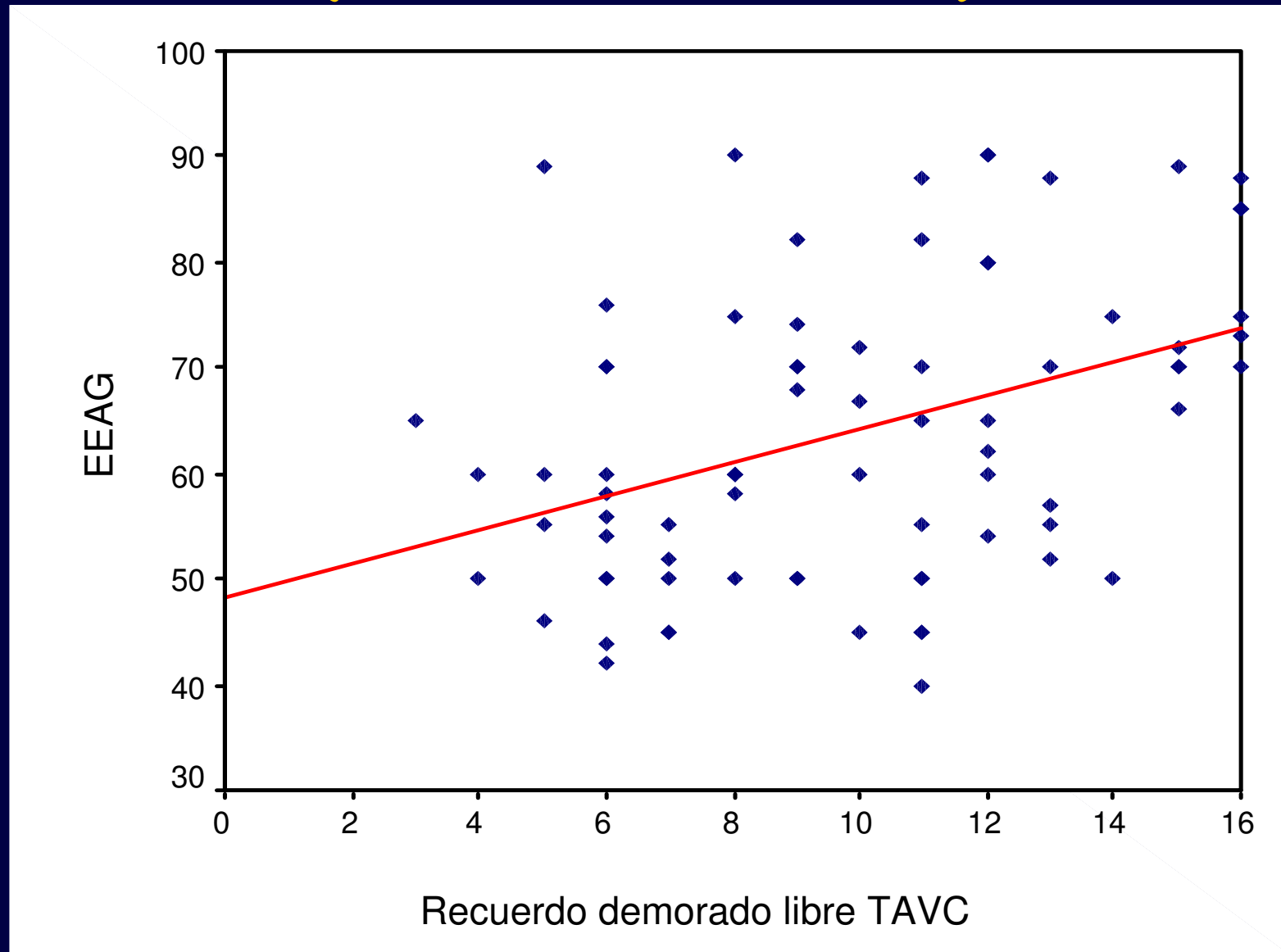
*p=0.005

**p=0.001

■ Buena adaptación ■ Mala adaptación

Martinez-Aran et al, *Am J Psychiatry*, 2004

Memoria verbal y adaptación funcional (n=77 BP eutímicos)



Factores cognitivos

Las dificultades para recordar información pueden representar un serio problema en el funcionamiento laboral y en las relaciones interpersonales de los pacientes bipolares.

Factores farmacológicos

- ✓ Número de fármacos
- ✓ Efectos secundarios
- ✓ Causa-efecto? Probablemente los pacientes con peor adaptación funcional sean más graves y requieran más fármacos o dosis más altas.

¿Cómo mejorar el
funcionamiento del paciente
bipolar?

Tratar los síntomas residuales

- El número y la intensidad de los síntomas interepisódicos se asocia a más recaídas durante el tratamiento con litio¹ u otros fármacos^{2,3}
- Estudio colaborativo del NIMH (n=94)⁴
 - Los síntomas subclínicos incrementaron 4 veces el riesgo de recaída
 - 67% de las hipomanías acabaron en manía
 - 39% de las depresiones subclínicas acabaron en depresión mayor
- Problemas cognitivos en un tercio de los pacientes en remisión⁵

1. Goodnick PJ, et al. *Am J Psychiatry*. 1987;144(3):367-369.

2. Benazzi F. *Psychother Psychosom*. 2001;70(5):232-238.

3. Fava GA. *Psychol Med*. 1999;29(1):47-61.

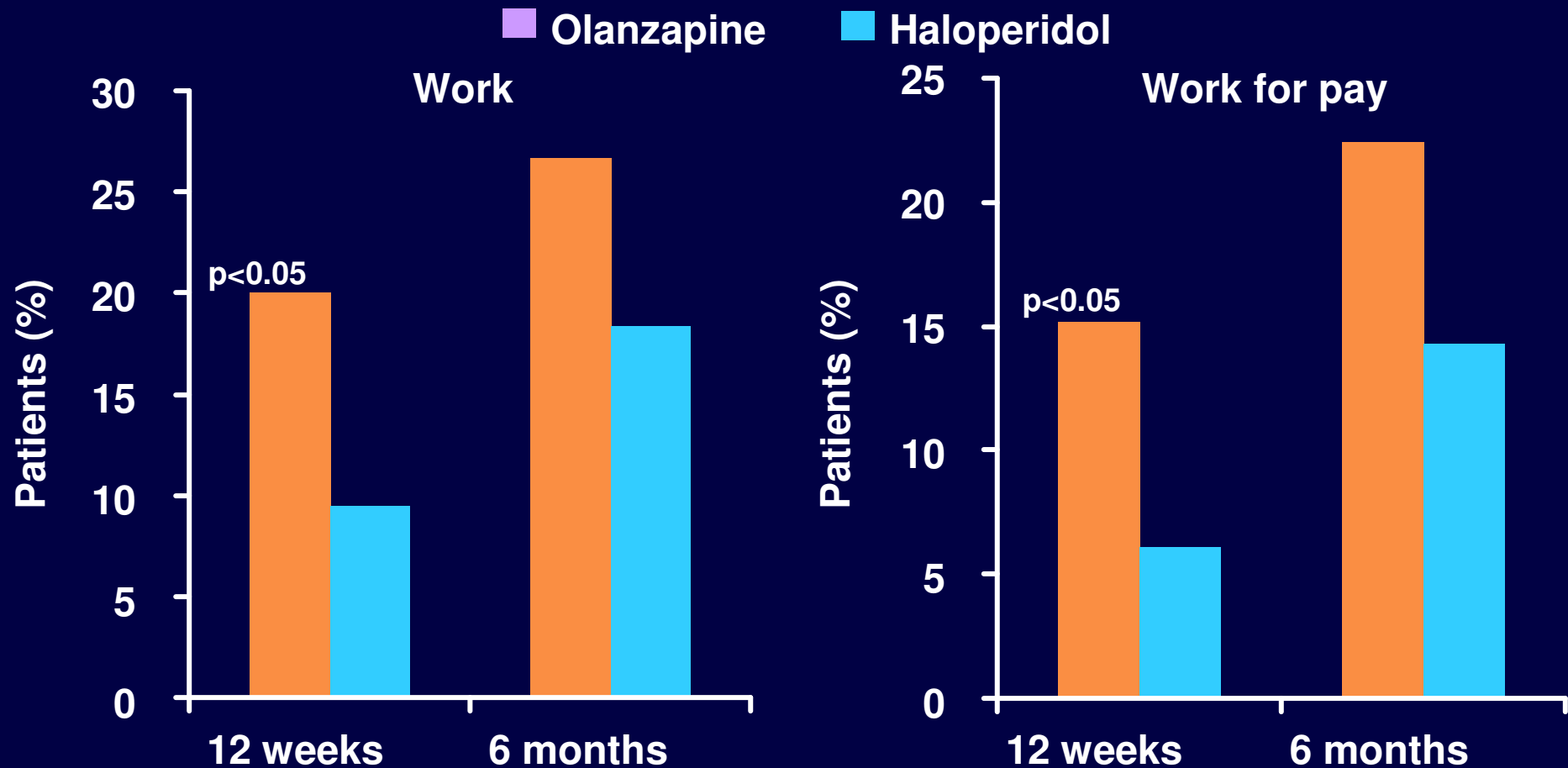
4. Keller MB, et al. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49(5):371-376.

5. Martínez-Arán A, et al. *Psychother Psychosom*. 2000;69:2-18.

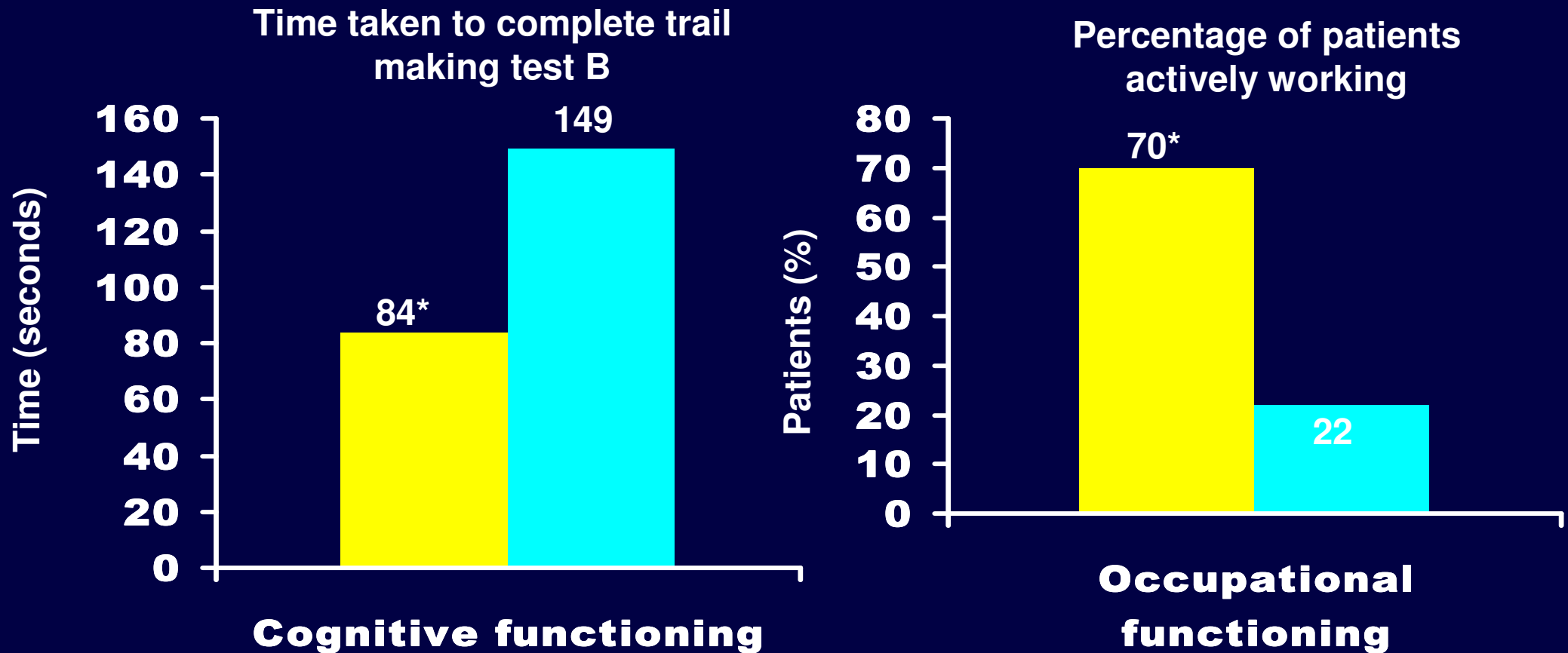
INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA PARA LAS DISFUNCIONES COGNITIVAS EN EL TB

- Nuevos eutimizantes vs litio
- Antipsicóticos atípicos vs convencionales
- Antidepresivos selectivos vs tricíclicos
- Tiroxina
- Donepezilo
- Galantamina

Olanzapina vs Haloperidol en la Manía: efectos en la adaptación laboral (n=453)



Risperidona vs Haloperidol en T. Bipolar: Neuropsicología y Adaptación laboral



*p<0.05 vs neuroleptics

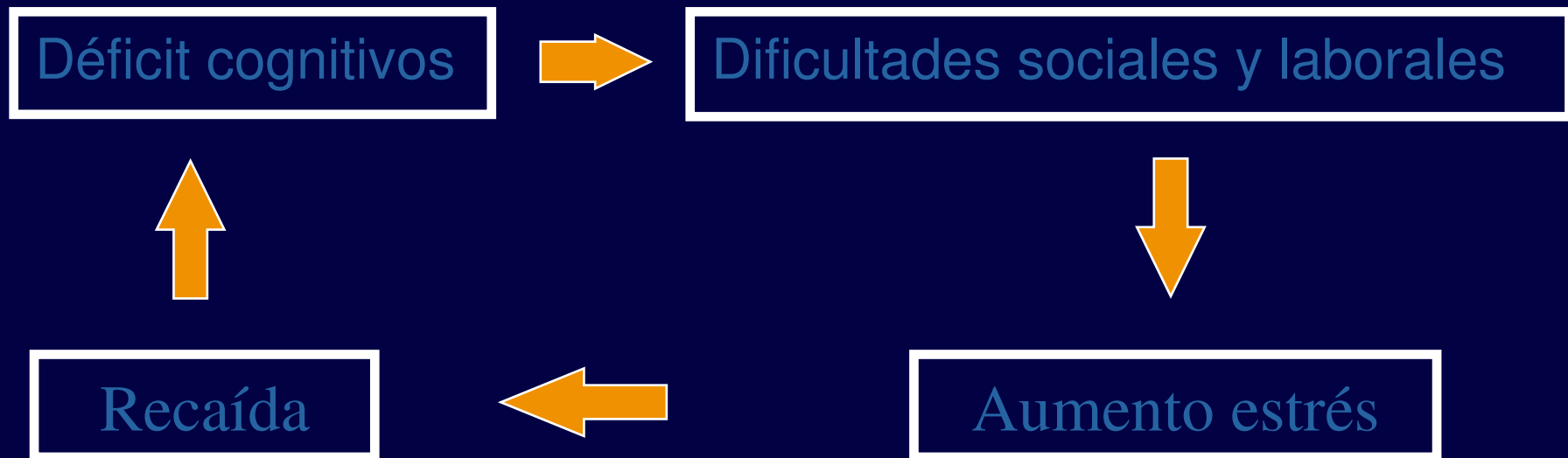
■ Risperidone

■ Haloperidol

Tratamiento farmacológico de los síntomas residuales

- **Objetivo del psiquiatra: conseguir la plena estabilidad del paciente.**
 1. Buscar el tratamiento ideal para conseguir la remisión completa de los síntomas,
 2. Detectar y tratar los déficit cognitivos,
 3. Elegir la medicación más adecuada para tratar los síntomas afectivos, valorando ventajas e inconvenientes respecto a sus efectos cognitivos.

INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN EL TB

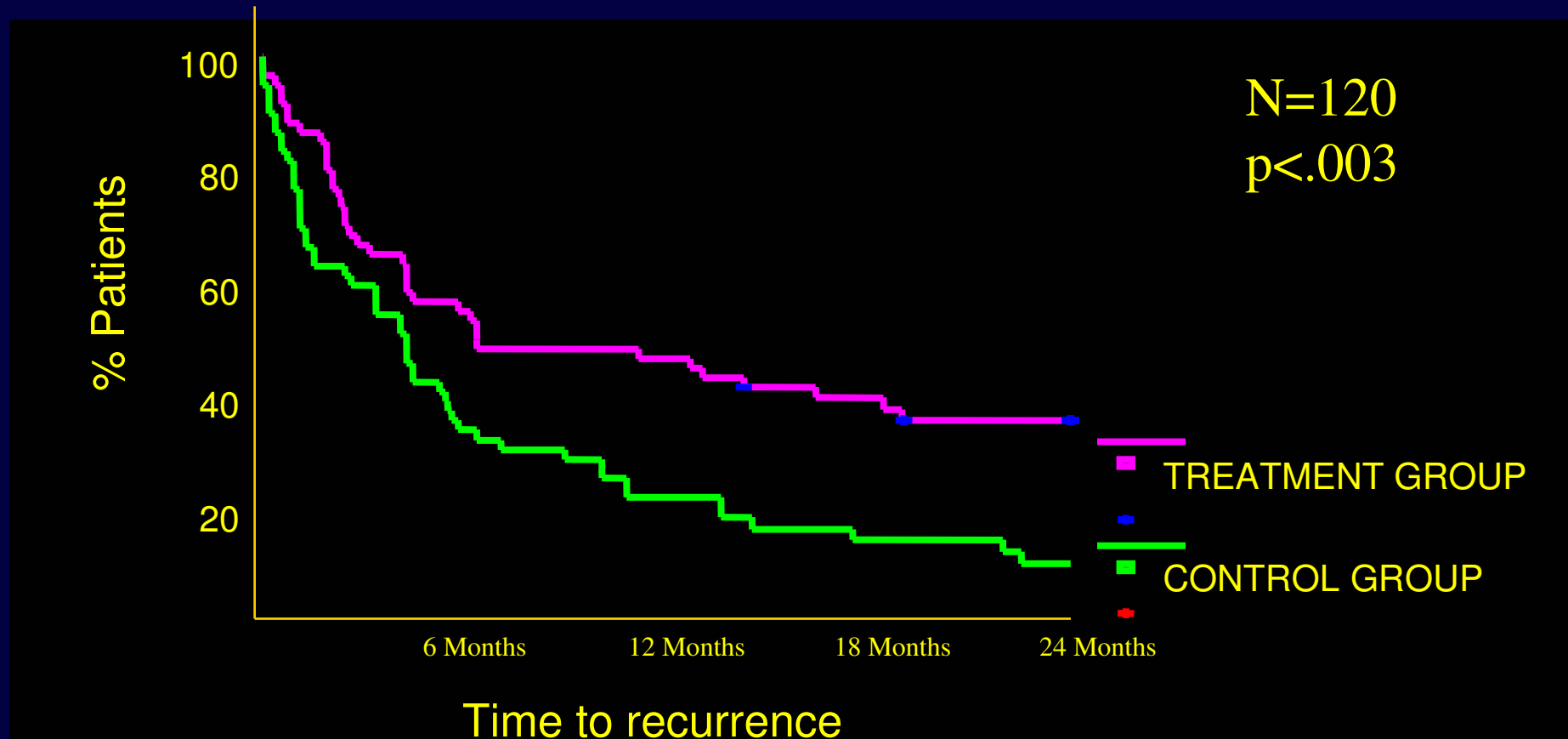


REHABILITACION NEUROPSICOLOGICA (Martínez-Arán et al, 2002, 2004)

PSICOEDUCACIÓN (Colom et al, 1998, 2003)

INTERVENCION FAMILIAR (Honing et al, 1997; Reinares et al, 2002,2004)

Ensayo aleatorizado de Psicoeducación + medicación vs sólo medicación en T. Bipolar

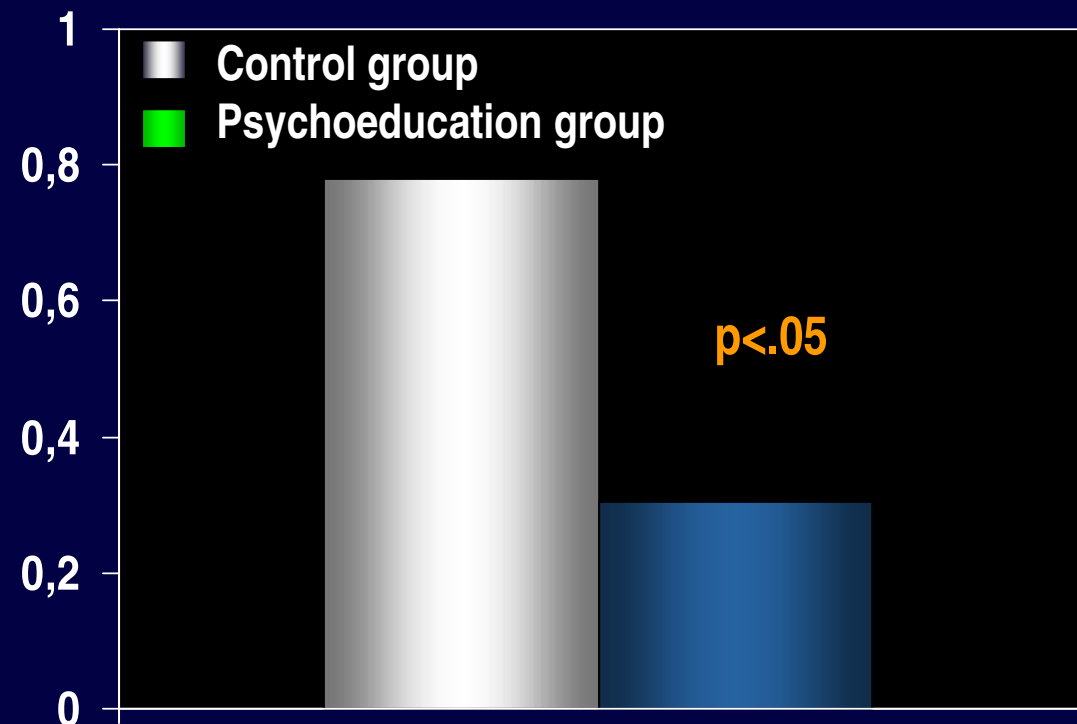


Colom et al, *Arch Gen Psychiatry*, 2003;60:402-407.

Hospitalizaciones tras la Psicoeducación

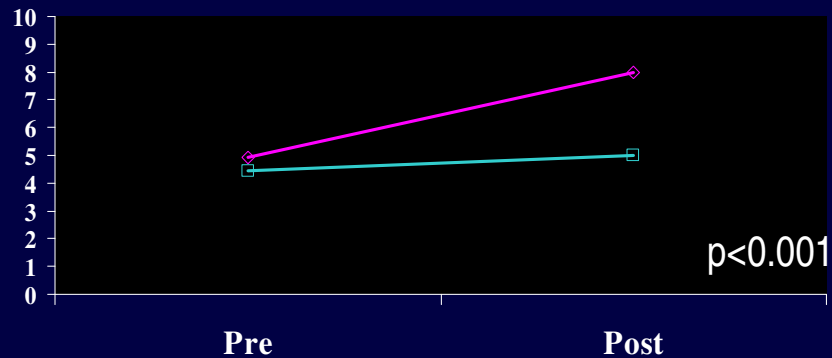
- No hubo diferencias respecto al porcentaje de pacientes que requirieron hospitalización a los 2 años (35% en el grupo control vs 25% en el de psicoeducación)
- La psicoeducación supuso menos hospitalizaciones por paciente y menor estancia media (24 días vs. 42 días, $p < .05$)

Hospitalizaciones por Paciente (2 años)

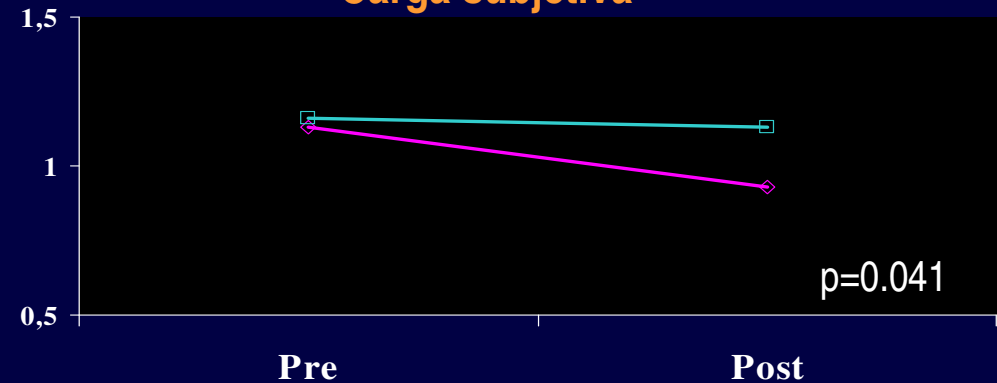


Intervención familiar en el trastorno bipolar

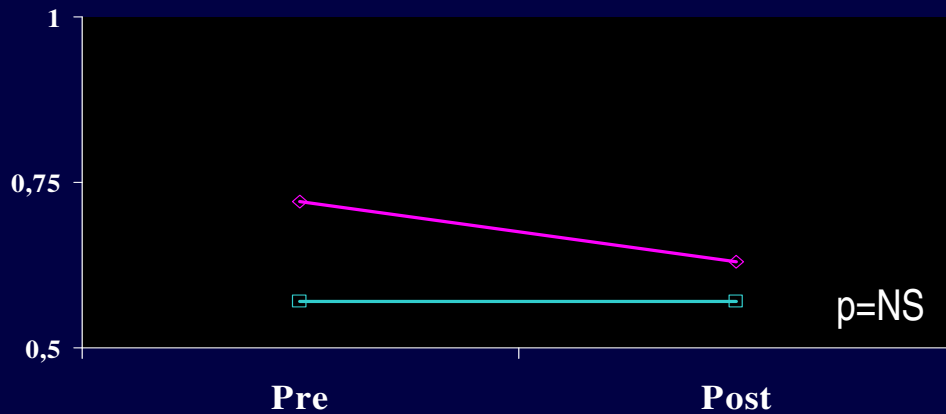
Conocimientos sobre el trastorno bipolar



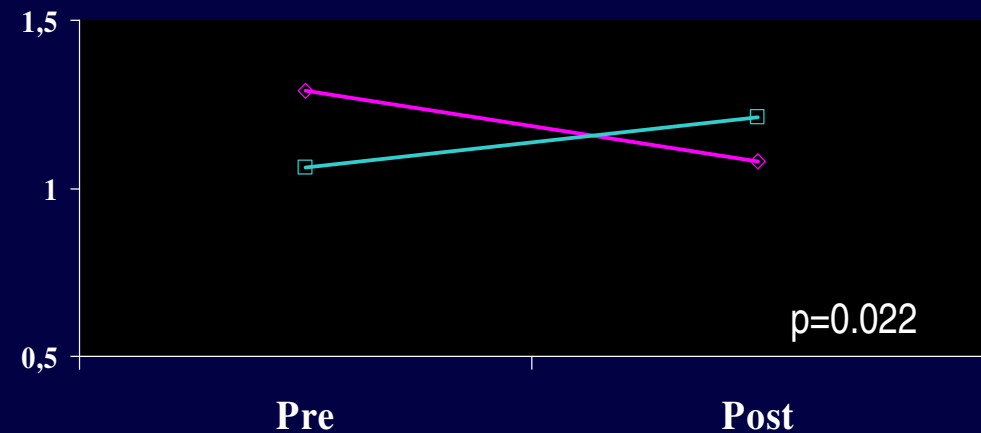
Carga subjetiva



Carga objetiva

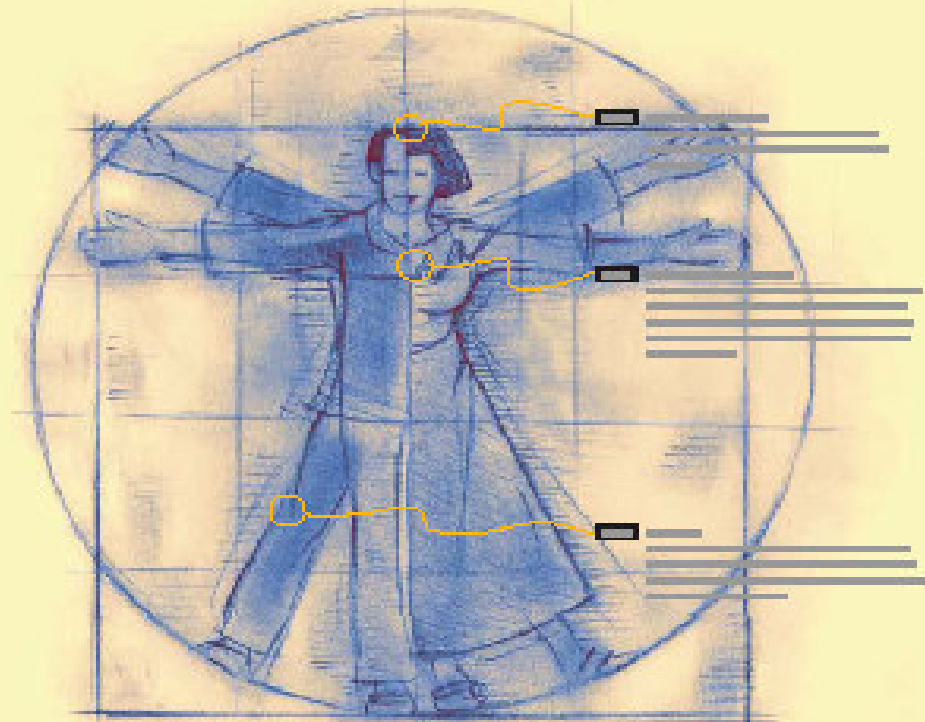


Grado de atribución



Reinares M, Vieta E, Colom F, Martínez-Arán A, Torrent C, Comes C, Goikolea JM, Benabarre A, Sánchez-Moreno J. Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients. *Psychother Psychosom*, 2004.

To make a difference...



*Measure difference
with...*

