



ORIGINAL

Discapacidad en pacientes bipolares ancianos en tratamiento ambulatorio. Variables asociadas

Elena Ezquiaga^{a,*}, Aurelio García-López^b, Jose Manuel Montes^c,
Analucía Alegría^d, Consuelo de Dios^e, Vicente Balanzá^f, Pilar Sierra^f,
Josefina Perez^g, Francisco Toledo^h y Alfonso Rodriguezⁱ

^a Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España

^b Servicio de Psiquiatría, Centro de Salud Mental de San Blas, Madrid, España

^c Servicio de Psiquiatría, Hospital del Sureste, Madrid, España

^d Servicio de Psiquiatría, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

^e Servicio de Psiquiatría, Centro de Salud Mental Fuencarral, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^f Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Doctor Peset, Universitat de València, CIBERSAM, Valencia, España

^g Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Sant Pau, Barcelona, España

^h Servicio de Psiquiatría, Hospital de Murcia, Murcia, España

ⁱ Servicio de Psiquiatría, Hospital del Mar, Barcelona, España

Recibido el 21 de diciembre de 2010; aceptado el 19 de abril de 2011

Disponible en Internet el 30 de junio de 2011

PALABRAS CLAVE

Trastorno bipolar;
Discapacidad;
Ancianos

Resumen

Introducción: Los estudios en pacientes bipolares adultos han demostrado una discapacidad asociada al trastorno bipolar, incluso en pacientes eutímicos, pero apenas hay datos en población anciana.

Material y método: Estudio transversal y multicéntrico, en una muestra de pacientes bipolares (criterios DSM-IV-TR) ambulatorios, consecutivos, con edad igual o superior a 65 años. Se recogieron datos retrospectivos y transversales sociodemográficos y clínicos, además de la gravedad clínica global (ICG-BP-M) y el grado de discapacidad mediante la Escala de Discapacidad de la OMS (WHO/DAS). Se valoró la discapacidad global y por áreas. Se consideró variable dependiente la presencia de discapacidad de moderada a máxima frente a discapacidad de nula a ligera.

Resultados: El 43,6% de la muestra presentó una discapacidad global entre moderada y máxima. Por áreas, el funcionamiento ocupacional resultó el área más frecuentemente afectada y la de cuidado personal la menos afectada. Las únicas variables con las que se relacionó la discapacidad fueron la presencia de comorbilidad médica ($p = 0,01$), una edad mayor ($p = 0,005$) y la gravedad clínica global ($p = 0,0001$) y en el polo depresivo ($p = 0,03$). El subtipo clínico, la duración de la enfermedad, el número de episodios previos, el número de hospitalizaciones y otras variables clínicas no mostraron asociación con el grado de discapacidad.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eezquiaga@yahoo.es (E. Ezquiaga).

KEYWORDS

Bipolar disorder;
Disability;
Elderly

Conclusiones: Estos datos subrayan la necesidad de establecer estrategias terapéuticas específicas para abordar los síntomas depresivos y la comorbilidad médica, con el fin de minimizar la discapacidad de los pacientes bipolares ancianos. Dada la escasez de datos actual, sería necesario realizar nuevos estudios con muestras amplias y grupos control.

© 2010 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Variables associated with disability in elderly bipolar patients on ambulatory treatment

Abstract

Introduction: Studies on adult bipolar patients have demonstrated a disability associated with the bipolar disorder, even in euthymic patients, but there is a lack of data in the elderly population.

Material and method: A cross-sectional, multicentre study on a consecutive sample of ambulatory bipolar patients (DSM-IV-TR criteria), aged 65 years or over. Retrospective and cross-sectional sociodemographic and clinical data were collected, as well as the Clinical Global Impression for Bipolar Modified scale (CGI-BP-M) and the level of disability using the World Health Organisation Disability Assessment Schedule (WHO/DAS). The disability was assessed globally and by areas. The presence of a moderate to maximum disability compared to a mild to no disability was considered a dependent variable.

Results: A moderate to maximum global disability was present in 43.6% of the sample. By areas, occupational functioning was the area most frequently affected, and personal care the least affected. The only variables which were associated with disability were the presence of medical comorbidity ($P = .01$), increased age ($P = .005$) global clinical severity ($P = .0001$) and in the depressive pole ($P = .03$). There was no relationship between clinical subtype, duration of the disease, number of previous episodes, number of hospitalisations, or other clinical variables and the degree of disability.

Conclusions: These data underline the need to establish specific therapeutic strategies in the approach to depressive symptoms and medical comorbidity, with the aim of minimising the disability in elderly bipolar patients. Given the lack of current data, new studies are needed with larger samples and control groups.

© 2010 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Mientras que la prevalencia estimada de trastorno bipolar tipo I y II está entre el 1y el 3% de la población general^{1,2}, los estudios epidemiológicos en personas mayores estiman unas cifras de prevalencia de trastorno bipolar (TB) de entre el 0,1 y el 0,4%^{3,4}. Sin embargo, la prevalencia alcanzaría al 8-10% de los pacientes ancianos institucionalizados o en unidades de hospitalización psiquiátrica⁵.

La proporción de personas mayores se está incrementando en las sociedades occidentales de forma imparable, debido al proceso de envejecimiento de la población, condicionado por el incremento de la expectativa de vida. Este envejecimiento, junto con el intenso desarrollo que ha tenido la asistencia médica en general y psiquiátrica en particular, hacen previsible un aumento progresivo del número de personas mayores con enfermedad mental en tratamiento médico.

Sin embargo, existe un déficit importante en el conocimiento de los trastornos psiquiátricos, exceptuando las demencias, en personas mayores^{5,6}, y este déficit es más acusado en el área del trastorno bipolar que en el de otros trastornos afectivos, como la depresión mayor.

Hasta la fecha, apenas se han publicado estudios multicéntricos o con muestras amplias de prevalencia,

etiopatogenia, clínica o funcionamiento de pacientes bipolares ancianos. Son muy escasos también los estudios de seguimiento en este grupo poblacional y, además, los trabajos publicados tienen numerosas limitaciones que hacen difícil su generalización, porque están basados en muestras muy pequeñas extraídas, generalmente, de pacientes ingresados por fases maníacas⁷⁻⁹, de forma que los datos existentes se refieren casi exclusivamente a pacientes con trastorno bipolar tipo I.

Los datos de los que disponemos actualmente en población adulta demuestran que la enfermedad mental, y específicamente el trastorno bipolar, producen un deterioro funcional significativo¹⁰⁻¹⁶, deterioro que en algunos estudios¹⁷ es superior al encontrado para la depresión unipolar aunque no tan grave como el que sufren los pacientes con esquizofrenia^{18,19}. Desgraciadamente, tampoco existen datos del grado de discapacidad de los pacientes bipolares ancianos, aunque sería previsible que fuera de mayor intensidad que el de la población adulta, por el efecto acumulativo de los episodios afectivos y la presencia frecuente de comorbilidad médica y deterioro cognitivo, todas ellas variables relacionadas con peor funcionalidad y presentes en mayor medida en población anciana¹⁹⁻²².

La escasez de datos en ancianos bipolares está relacionada, probablemente, con las dificultades metodológicas

que existen para estudiar este tipo de población, ya que los estudios deberían incluir no solo a los ancianos que siguen un tratamiento continuado en dispositivos especializados, sino a los que están institucionalizados y a los que no mantienen contacto con los dispositivos sanitarios.

Los objetivos del presente trabajo son: conocer el grado de discapacidad que presentan los pacientes bipolares mayores de 65 años que siguen un tratamiento ambulatorio, identificar las áreas del funcionamiento más afectadas y determinar las variables socio-demográficas, clínicas y evolutivas más asociadas con discapacidad.

Metodología

Se trata de un estudio transversal y multicéntrico, en el que a lo largo de tres meses se reclutaron pacientes ambulatorios con edad igual o superior a 65 años que cumplían criterios diagnósticos DSM IV TR de trastorno bipolar, en cinco consultas de psiquiatría de centros de salud mental y de hospital general de la Comunidad de Madrid, de la Comunidad Valenciana y de Murcia. El otro criterio de inclusión era que fueran capaces de entender los procedimientos del estudio y de otorgar su consentimiento informado. Fue criterio de exclusión estar incluido en un ensayo clínico.

Los pacientes fueron evaluados en una sola entrevista en la que se recogieron datos sociodemográficos, clínicos y de tratamiento. Asimismo se evaluó la gravedad clínica global mediante la Escala de Impresión Clínica Global Modificada para el trastorno Bipolar (ICG-BP-M)²³ y el grado de discapacidad mediante la Escala de Discapacidad de la OMS (WHO/DAS)²⁴.

La WHO-DAS es una escala diseñada para que el profesional clínico realice una evaluación del funcionamiento y la discapacidad de los pacientes con trastornos mentales en general y psicóticos en particular, en las siguientes áreas: cuidado personal, ocupacional, relaciones familiares y contexto social.

En la cuantificación de la discapacidad se tienen en cuenta dos parámetros: la intensidad de la discapacidad (ligera, moderada o grave) y la duración de la misma (en ningún momento, corto período de tiempo o algún tiempo, bastante tiempo, mayoría del tiempo o todo el tiempo). De la combinación de ambos parámetros el clínico puntúa la discapacidad en cada una de las áreas, y la discapacidad global, en una puntuación que oscila en un rango entre 0 y 5. Se da la puntuación de 0 cuando no hay ninguna discapacidad, 1 si la discapacidad es mínima (ligeramente discapacitado algún tiempo), 2 con discapacidad moderada (ligeramente discapacitado bastante tiempo o moderadamente discapacitado un corto período de tiempo), 3 con discapacidad seria (moderadamente discapacitado bastante tiempo o gravemente discapacitado algún tiempo), 4 con discapacidad muy seria (gravemente discapacitado la mayoría del tiempo o moderadamente discapacitado todo el tiempo) y 5 con discapacidad máxima (gravemente discapacitado todo el tiempo).

El cuidado personal se evalúa en relación con la higiene, el vestido, la alimentación, etc. El funcionamiento ocupacional tiene en cuenta el funcionamiento en actividades remuneradas, en el estudio o en las tareas domésticas. En el área familiar se valora la interacción con la esposa, los hijos

o los padres, y en el área de funcionamiento social se evalúa la relación del paciente con los miembros de la comunidad y su participación en actividades de ocio, sociales, etc.

Se analizó la relación entre las diferentes variables socio-demográficas y clínicas con el grado de discapacidad y el funcionamiento en las diversas áreas. Se consideró en el análisis estadístico, como variable dependiente, el grado de discapacidad entre moderada y máxima, de forma que se pretendió clasificar a los pacientes entre aquellos que no tenían ninguna discapacidad o la tenían ligera, frente a los que tenían una discapacidad moderada, seria, muy seria o máxima.

Se decidió la dicotomización de la variable dependiente en base a identificar el perfil de los pacientes con nula o muy escasa discapacidad, frente a los pacientes con al menos moderada discapacidad. Se estudió la relación de las variables independientes cualitativas frente a la variable dependiente mediante pruebas de chi-cuadrado, con la corrección exacta de Fisher cuando fue posible, y las variables cuantitativas mediante la prueba t de Student para diferencia de medias.

El estudio fue aprobado por el Comité Ético del Hospital Universitario de La Paz y los pacientes firmaron un consentimiento informado.

Resultados

Se recogió una muestra de 55 pacientes ambulatorios procedentes de las consultas de trastorno bipolar de los siguientes dispositivos asistenciales: Hospital Universitario La Princesa, Madrid (n = 15), Centro de Salud Mental de San Blas, Madrid (n = 6), Centro de Salud Mental de Fuencarral, Madrid (n = 11), Hospital La Fe, Valencia (n = 17), Hospital de Murcia (n = 6). La edad media fue de $72,3 \pm 5,2$ años, de los que el 56,4% son mujeres, el 58,2% están casados y el 20% son viudos. En cuanto a los subtipos diagnósticos, el 52,7% son diagnosticados de TB I, el 45,5% de TB II y el 1,8% de TB no especificado (tabla 1).

Según la valoración del estado afectivo, 33 pacientes (60%) estaban en remisión clínica, 15 (27,3%) fueron diagnosticados durante la evaluación de depresión leve-moderada, 4 (7,3%) de depresión grave sin síntomas psicóticos, 1 (1,8%) de depresión grave con síntomas psicóticos y 2 (3,6%) de hipomanía.

La mayoría de los pacientes (56,4%) no presentó ninguna discapacidad o esta fue mínima, el 14,5% tenía una discapacidad moderada, el 20% discapacidad seria, el 7,3% discapacidad muy seria y 1 caso (1,8%) discapacidad máxima (tabla 2).

Por áreas, los resultados más favorables, aunque con escasas diferencias, se obtuvieron en el área de cuidado personal, donde el 65,4% de los pacientes no presentó ninguna discapacidad o esta fue mínima, mientras que el 10,9% sufría discapacidad muy seria o máxima.

En el área de funcionamiento ocupacional, el 54,5% de los casos se mantenían sin ninguna discapacidad o esta era mínima (tabla 2).

Entre las variables sociodemográficas y clínicas estudiadas, no presentaron ninguna asociación significativa con el funcionamiento global el estado civil, la situación laboral, el nivel de estudios, los síntomas psicóticos previos, el

Tabla 1 Descripción de la muestra

| | |
|---------------------------------------|-------------|
| <i>Sexo</i> | |
| Varón | 24 (43,6%) |
| Mujer | 31 (56,4%) |
| <i>Edad</i> | |
| X (DS) | 72,3 (5,2) |
| <i>Estado civil</i> | |
| Soltero | 7 (12,7%) |
| Casado | 32 (58,2%) |
| Viudo | 11 (20%) |
| Separado/divorciado | 5 (9,1%) |
| <i>Subtipo dx</i> | |
| Tipo I | 29 (52,7%) |
| Tipo II | 25 (45,5%) |
| Sin especificar | 1 (1,8%) |
| <i>N.º total de episodios previos</i> | |
| Media (DS) | 18,6 (16,4) |
| <i>N.º de ingresos</i> | |
| Media (DS) | 1,8 (2,2) |
| <i>ICG global</i> | |
| Media (DS) | 2,6 (1,6) |
| <i>ICG depresión</i> | |
| Media (DS) | 2,2 (1,5) |
| <i>ICG manía</i> | |
| Media (DS) | 1,3 (0,7) |
| <i>Años de enfermedad</i> | |
| Media (DS) | 30,7 (15,6) |

tiempo de duración de la enfermedad, el número de episodios previos, el número de ingresos previos, el estado afectivo durante la evaluación, la comorbilidad psiquiátrica o el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas. Los años de retraso en el diagnóstico y el diagnóstico de trastorno de personalidad comórbido presentaron una asociación que no alcanzó la significación estadística.

Las variables asociadas significativamente con discapacidad al menos moderada fueron: edad más avanzada, presencia de comorbilidad física, puntuación más alta, tanto en la impresión clínica global como en la impresión clínica en el área de depresión (tabla 3).

Discusión

Nuestros resultados en población anciana confirman que existe un porcentaje elevado de pacientes bipolares que sufre una discapacidad significativa, de forma que aunque el 56,4% no presenten discapacidad o esta es mínima, un porcentaje elevado de pacientes (el 43,6% de la muestra) presentó, según la escala WHO-DAS, una discapacidad global entre moderada y máxima. La escasez de datos en ancianos hace difícil comparar estos resultados con los de otras muestras.

En un estudio en el que se comparan pacientes bipolares de edad media y ancianos, que viven en la comunidad, con otro grupo de pacientes esquizofrénicos y con controles,

Tabla 2 Discapacidad observada en pacientes ancianos, por áreas de funcionamiento

| Puntuación | 0: Ninguna discapacidad (no discapacidad en ningún momento, 0%) | 1: Discapacidad mínima (ligeramente discapacitado algún tiempo, 20%) | 2: Discapacidad moderada (ligeramente discapacitado bastante tiempo o moderadamente discapacitado durante un corto periodo de tiempo, 40%) | 3: Discapacidad seria (moderadamente discapacitado bastante tiempo o gravemente discapacitado algún tiempo, 60%) | 4: Discapacidad muy seria (gravemente discapacitado la mayoría del tiempo o moderadamente discapacitado todo el tiempo, 80%) | 5: Discapacidad máxima (gravemente discapacitado todo el tiempo, 100%) | N (%) | N (%) |
|--------------------------------------|---|--|--|--|--|--|-----------|---------|
| Cuidado personal | 30 (54,5) | 6 (10,9) | 6 (10,9) | 7 (12,7) | 5 (9,1) | 1 (1,8) | 6 (10,9) | 1 (1,8) |
| Funcionamiento ocupacional | 19 (34,5) | 11 (20,0) | 8 (14,5) | 9 (16,4) | 7 (12,7) | 1 (1,8) | 8 (14,5) | 1 (1,8) |
| Funcionamiento en familia | 26 (47,3) | 7 (12,7) | 10 (18,2) | 8 (14,5) | 3 (5,5) | 1 (1,8) | 10 (18,2) | 1 (1,8) |
| Funcionamiento en el contexto social | 21 (38,2) | 11 (20,0) | 11 (20,0) | 8 (14,5) | 3 (5,5) | 1 (1,8) | 11 (20,0) | 1 (1,8) |
| Funcionamiento global | 21 (38,2) | 10 (18,2) | 8 (14,5) | 11 (20,0) | 4 (7,3) | 1 (1,8) | 8 (14,5) | 1 (1,8) |

La mayoría de los pacientes presentan una discapacidad mínima o ninguna (56,4%) en los niveles de discapacidad menores, lo que se resiente más es el funcionamiento ocupacional y en el contexto social.

Los pacientes que presentan una discapacidad obvia, seria, muy seria o máxima ven afectadas de forma similar cada una de las áreas de funcionamiento.

Tabla 3 Variables sociodemográficas y clínicas asociadas a algún tipo de discapacidad (obvia o máxima discapacidad global)

| | Poca/Ninguna (N = 31) | Obvia/Seria/Muy seria/Máxima (N = 24) | |
|--|-----------------------|---------------------------------------|-------|
| <i>Sexo</i> | | | |
| Varón | 13 | 11 | 0,79 |
| Mujer | 18 | 13 | |
| <i>Estado civil</i> | | | |
| Casado | 20 | 12 | 0,51 |
| Soltero | 4 | 3 | |
| Viudo | 4 | 7 | |
| Separado | 3 | 2 | |
| <i>Edad</i> | 70,6 (5,0) | 74,5 (4,7) | 0,005 |
| <i>Subtipo bipolar</i> | | | |
| Tipo I | 18 | 11 | 0,39 |
| Tipo II | 13 | 12 | |
| No específico | 0 | 1 | |
| <i>Edad de inicio de la enfermedad</i> | 39,6 (16,7) | 43,9 (15,9) | 0,36 |
| <i>Retraso diagnóstico (años)</i> | 18,6 (16,4) | 11,4 (11,1) | 0,07 |
| <i>Años de enfermedad</i> | 31,1 (16,9) | 30,1 (13,9) | 0,82 |
| <i>N.º total de episodios</i> | 17,5 (16,2) | 20,0 (16,9) | 0,59 |
| <i>N.º de ingresos</i> | 1,9 (2,3) | 1,7 (2,1) | 0,71 |
| <i>Diagnóstico psiquiátrico actual</i> | | | |
| Remisión | 20 | 13 | 0,22 |
| Hipomanía o depresión leve-moderada | 10 | 7 | |
| Depresión grave | 1 | 4 | |
| <i>Trastornos de personalidad</i> | | | |
| T. de personalidad | 2 | 6 | 0,06 |
| Otros: ansiedad, etc. | 29 | 18 | |
| <i>Comorbilidad psiquiátrica</i> | | | |
| No | 24 | 15 | 0,11 |
| T. de ansiedad | 1 | 0 | |
| T. de personalidad | 2 | 6 | |
| T. de uso sustancias | 2 | 0 | |
| <i>Comorbilidad médica</i> | | | |
| Sí | 21 | 23 | 0,01 |
| No | 10 | 1 | |
| <i>ICG global</i> | 1,9 (0,9) | 3,5 (1,7) | 0,000 |
| <i>ICG manía</i> | 1,2 (0,6) | 1,4 (0,9) | 0,35 |
| <i>ICG depresión</i> | 1,8 (1,1) | 2,7 (1,8) | 0,03 |
| <i>Tratamiento con estabilizadores</i> | | | |
| Sí | 30 | 21 | 0,3 |
| No | 1 | 3 | |

a través de diferentes indicadores de funcionamiento y de diversas escalas de calidad de vida y de estado de salud, Depp et al²⁵ encuentran que el funcionamiento social del grupo de pacientes bipolares era significativamente peor que el del grupo control e incluso peor que el del grupo de pacientes esquizofrénicos. Es destacable también que la remisión de la sintomatología afectiva se asoció a una mejoría funcional incompleta.

Este mismo grupo, en un trabajo reciente²⁶, a partir de una muestra de pacientes bipolares de edad media y de

ancianos, valora el funcionamiento del día a día a través de medidas subjetivas y objetivas, observando una discapacidad importante en el funcionamiento, mayor que en los sujetos control, y relacionada con el deterioro cognitivo.

En los estudios de revisión en pacientes adultos en general, el 30-60% de los casos no alcanzaron la recuperación ocupacional y social^{11,16} después de un episodio afectivo, y dos tercios no consiguieron la recuperación funcional completa, ni siquiera cuando se había conseguido la remisión sindrómica^{15,27}.

Las áreas de funcionamiento más afectadas en pacientes bipolares adultos suelen ser la familiar, la social y la laboral¹⁶. Respecto al funcionamiento social, nuestros datos son similares en cuanto a los porcentajes de afectación (el 41,8% tiene un grado de discapacidad moderado, severo, muy severo o máximo), pero quizá de mayor gravedad que los obtenidos en pacientes adultos por autores como Goldberg y Harrow²⁸, que encontraron que el 30-40% de los pacientes bipolares adultos que estudiaron presentaba algún grado de discapacidad social, a pesar de encontrarse en remisión clínica. En la misma línea, diversos autores han constatado la existencia de un déficit significativo en el funcionamiento social de bipolares adultos, incluso en situación de remisión clínica^{17,29}.

El área de funcionamiento familiar también está afectada en muestras de pacientes bipolares. Así, por ejemplo, el porcentaje de pacientes separados o divorciados es mayor que en población general³⁰. En un estudio en atención primaria, los que se identificaban como bipolares referían mayores dificultades de funcionamiento familiar³¹. En nuestra muestra de pacientes ancianos un porcentaje alto (40%) de la muestra presenta afectación de moderada a máxima en su funcionamiento familiar.

En pacientes bipolares adultos, también el funcionamiento laboral y ocupacional está significativamente afectado^{32,33}, de forma que menos del 50% de los pacientes con un trastorno bipolar trabajan de manera activa a tiempo completo³⁴ y suelen sufrir un deterioro en el estatus laboral y en los ingresos económicos¹⁷. En los datos de una muestra recogida en nuestro medio^{35,36} solamente el 42,4% de los pacientes adultos trabajaban a tiempo completo en el momento de la evaluación. En los pacientes ancianos, ya jubilados, no es posible valorar el funcionamiento laboral aunque sí el ocupacional, en el que el 45,4% de los casos presentaron un grado discapacidad entre moderado y máximo y solamente el 34,5% no sufrían ningún déficit. El área de cuidado personal resultó ser la menos afectada, ya que casi dos tercios de la muestra no presentaron ningún grado de deterioro o de discapacidad o esta fue mínima, y solo un tercio de pacientes presentaba una discapacidad entre moderada y máxima. Sin embargo, en la valoración de estos resultados, aparentemente favorables, habría que tener en cuenta que la muestra está constituida por pacientes mayores que, aunque en ocasiones necesiten algún tipo de ayuda, tienen capacidades suficientes para vivir en un medio normalizado, y muy posiblemente no representan a la totalidad de los pacientes bipolares ancianos, sino solo a los que viven en su domicilio y pueden acudir a las consultas ambulatorias especializadas.

Al igual que ocurre en gran parte de los estudios de funcionalidad en pacientes bipolares^{21,22}, en nuestro estudio la mayoría de las variables clínicas y sociodemográficas, como el sexo, el estado civil, la edad de inicio de la enfermedad, los años de enfermedad o el tipo de tratamiento farmacológico actual, no muestran ninguna relación significativa con el grado de deterioro funcional. Tampoco se observan diferencias de acuerdo al subtipo diagnóstico: los pacientes con trastorno bipolar tipo I tienen un grado de discapacidad similar a los pacientes con el subtipo II, como se ha comprobado también muy recientemente en muestras de pacientes no ancianos³⁷.

En nuestra muestra, los pacientes sin discapacidad tenían una edad media de 70 años, mientras que los que sufrían una discapacidad entre severa y máxima tenían como media 75 años. Rosa et al²², en una muestra de bipolares adultos, encontraron también que la edad elevada se asociaba a mayor deterioro funcional.

La comorbilidad con patología médica significativa se ha asociado en este estudio con mayor discapacidad. Este resultado, lógico de esperar, se ha observado³⁸ en pacientes ancianos con depresión mayor unipolar.

Tanto la impresión clínica global (ICG-G) como la subescala de depresión (ICG-D) se asociaron con discapacidad. Este es un resultado esperable, porque en la impresión clínica global el clínico valora la severidad de la enfermedad, incluyendo aspectos psicopatológicos pero también funcionales. En cuanto a la asociación entre una puntuación más alta en la impresión clínica de depresión y mayor deterioro, nuestros hallazgos son similares a los de otros estudios^{12,39}, en los que una de las variables más consistentes para predecir deterioro funcional es la presencia de sintomatología depresiva, pero no la presencia de sintomatología hipomaniaca.

Fortalezas del estudio: Este es uno de los pocos estudios que valora discapacidad específicamente en una muestra de pacientes ancianos bipolares tratados a nivel ambulatorio.

Limitaciones del estudio: El limitado tamaño total de la muestra refleja la dificultad para recoger grupos amplios en población anciana en seguimiento en consultas ambulatorias específicas (posiblemente esta dificultad podría explicar también la escasez de publicaciones al respecto) y puede limitar la generalización de los resultados y refuerza la necesidad de organizar más estudios multicéntricos. La ausencia de grupo control de ancianos no bipolares y de pacientes bipolares no ancianos no permite diferenciar la discapacidad específica, consecuencia de la enfermedad bipolar y la discapacidad derivada de los problemas asociados con la edad. Tampoco se valoró específicamente el deterioro cognitivo de los pacientes; en cualquier caso, ninguno de los pacientes incluidos cumplía criterios diagnósticos de demencia.

Cuando se diseñó este estudio no existían instrumentos validados específicos para medir discapacidad en población española bipolar. Por esa razón se utilizó una escala general de discapacidad. Actualmente se dispone de una escala de funcionamiento, FAST,⁴⁰ específica para trastorno bipolar y validada en población española.

En conclusión, son muy escasos los datos publicados de funcionamiento y discapacidad en pacientes bipolares ancianos, y nuestros datos confirman una afectación funcional importante en casi la mitad de los pacientes bipolares ancianos en tratamiento ambulatorio. Las únicas variables con las que se relacionó dicha discapacidad fueron la presencia de comorbilidad médica, una edad mayor, la gravedad clínica global y de forma específica en el polo depresivo. El subtipo clínico, la duración de la enfermedad, el número de episodios previos, el número de hospitalizaciones y otras variables clínicas no mostraron asociación con el grado de discapacidad.

Estos datos subrayan la necesidad de establecer estrategias terapéuticas específicas para abordar los síntomas depresivos y la comorbilidad médica, con el fin de minimizar la discapacidad de los pacientes bipolares ancianos.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, Petukhova M, et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64:543–52.
- Judd LL, Akiskal HS. The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. *J Affect Disord*. 2003;73:123–31.
- Van Gerpen MW, Johnson JE, Winstead DK. Mania in the geriatric patient population: a review of the literature. *Am J Geriatr Psychiatry*. 1999;7:188–202.
- Weissman MM, Leaf PJ, Tischler GL, Blazer DG, Karno M, Bruce ML, et al. Affective disorders in five United States communities. *Psychol Med*. 1988;18:141–53.
- Depp CA, Jeste DV. Bipolar disorder in older adults: a critical review. *Bipolar Disord*. 2004;6:343–67.
- Cassano GB, McElroy SL, Brady K, Nolen WA, Placidi GF. Current issues in the identification and management of bipolar spectrum disorders in "special populations". *J Affect Disord*. 2000;59 Suppl 1:S69–79.
- Dhingra U, Rabins PV. Mania in the elderly: a 5-7 year follow-up. *J Am Geriatr Soc*. 1991;39:581–3.
- Shulman K, Post F. Bipolar affective disorder in old age. *Br J Psychiatry*. 1980;136:26–32.
- Benedetti A, Scarpellini P, Casamassima F, Lattanzi L, Liberti M, Musetti L, et al. Bipolar disorder in late life: clinical characteristics in a sample of older adults admitted for manic episode. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2008;4:22.
- Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL, Hammen C. Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 1995;152:1635–40.
- MacQueen GM, Young LT, Joffe RT. A review of psychosocial outcome in patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;103:163–70.
- Bauer MS, Kirk GF, Gavin C, Williford WO. Determinants of functional outcome and healthcare costs in bipolar disorder: a high-intensity follow-up study. *J Affect Disord*. 2001;65:231–41.
- Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Maser J, Solomon DA, et al. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59:530–7.
- Elgie R, Morselli PL. Social functioning in bipolar patients: the perception and perspective of patients, relatives and advocacy organizations — a review. *Bipolar Disord*. 2007;9:144–57.
- Huxley N, Baldessarini RJ. Disability and its treatment in bipolar disorder patients. *Bipolar Disord*. 2007;9:183–96.
- Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A, Tabares-Seisdedos R, Torrent C, Vieta E, Ayuso-Mateos JL. Functioning and disability in bipolar disorder: an extensive review. *Psychother Psychosom*. 2009;78:285–97.
- Coryell W, Scheftner W, Keller M, Endicott J, Maser J, Klerman GL. The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *Am J Psychiatry*. 1993;150:720–7.
- Dickerson FB, Sommerville J, Origoni AE, Ringel NB, Parente F. Outpatients with schizophrenia and bipolar I disorder: Do they differ in their cognitive and social functioning? *Psychiatry Res*. 2001;102:21–7.
- Tabares-Seisdedos R, Balanza-Martinez V, Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A, Salazar-Fraile J, Selva-Vera G, et al. Neurocognitive and clinical predictors of functional outcome in patients with schizophrenia and bipolar I disorder at one-year follow-up. *J Affect Disord*. 2008;109:286–99.
- Bonnin CM, Martinez-Aran A, Torrent C, Pacchiarotti I, Rosa AR, Franco C, et al. Clinical and neurocognitive predictors of functional outcome in bipolar euthymic patients: A long-term, follow-up study. *J Affect Disord*. 2010;121:156–60.
- Martinez-Aran A, Vieta E, Torrent C, Sanchez-Moreno J, Goikolea JM, Salamero M, et al. Functional outcome in bipolar disorder: the role of clinical and cognitive factors. *Bipolar Disord*. 2007;9:103–13.
- Rosa AR, Reinares M, Franco C, Comes M, Torrent C, Sanchez-Moreno J, et al. Clinical predictors of functional outcome of bipolar patients in remission. *Bipolar Disord*. 2009;11:401–9.
- Vieta Pascual E, Torrent Font C, Martinez-Aran A, Colom Victoriano F, Reinares Gabnepen M, Benabarre Hernandez A, et al. A user-friendly scale for the short and long term outcome of bipolar disorder: the CGI-BP-M. *Actas Esp Psiquiatr*. 2002;30:301–4.
- Janca A, Kastrup M, Katschnig H, Lopez-Ibor Jr JJ, Mezzich JE, Sartorius N. The World Health Organization Short Disability Assessment Schedule (WHO DAS-S): a tool for the assessment of difficulties in selected areas of functioning of patients with mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1996;31:349–54.
- Depp CA, Davis CE, Mittal D, Patterson TL, Jeste DV. Health-related quality of life and functioning of middle-aged and elderly adults with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2006;67:215–21.
- Depp CA, Mausbach BT, Eyler LT, Palmer BW, Cain AE, Lebowitz BD, et al. Performance-based and subjective measures of functioning in middle-aged and older adults with bipolar disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2009;197:471–5.
- Tohen M, Strakowski SM, Zarate Jr C, Hennen J, Stoll AL, Suppes T, et al. The McLean-Harvard first-episode project: 6-month symptomatic and functional outcome in affective and nonaffective psychosis. *Biol Psychiatry*. 2000;48:467–76.
- Goldberg JF, Harrow M. Consistency of remission and outcome in bipolar and unipolar mood disorders: a 10-year prospective follow-up. *J Affect Disord*. 2004;81:123–31.
- Bauwens F, Tracy A, Pardoën D, Vander Elst M, Mendlewicz J. Social adjustment of remitted bipolar and unipolar out-patients. A comparison with age- and sex-matched controls. *Br J Psychiatry*. 1991;159:239–44.
- Mitchell PB, Slade T, Andrews G. Twelve-month prevalence and disability of DSM-IV bipolar disorder in an Australian general population survey. *Psychol Med*. 2004;34:777–85.

31. Das AK, Olfson M, Gameroff MJ, Pilowsky DJ, Blanco C, Feder A, et al. Screening for bipolar disorder in a primary care practice. *JAMA*. 2005;293:956–63.
32. Michalak EE, Yatham LN, Maxwell V, Hale S, Lam RW. The impact of bipolar disorder upon work functioning: a qualitative analysis. *Bipolar Disord*. 2007;9:126–43.
33. Dean BB, Gerner D, Gerner RH. A systematic review evaluating health-related quality of life, work impairment, and healthcare costs and utilization in bipolar disorder. *Curr Med Res Opin*. 2004;20:139–54.
34. Morselli PL, Elgie R, Cesana BM. GAMIAN-Europe/BEAM survey II: cross-national analysis of unemployment, family history, treatment satisfaction and impact of the bipolar disorder on life style. *Bipolar Disord*. 2004;6:487–97.
35. Garcia-Lopez A, Ezquiaga E, de Dios C, Agud JL, Soler B. Retraso diagnóstico y diferencias por sexo y subtipo clínico en una cohorte de pacientes ambulatorios con trastorno bipolar. *Rev Psiquiat Salud Ment*. 2010;3:79–89.
36. De Dios C, Ezquiaga E, Garcia A, Soler B, Vieta E. Time spent with symptoms in a cohort of bipolar disorder outpatients in Spain: a prospective, 18-month follow-up study. *J Affect Disord*. 2010;125:74–81.
37. Rosa AR, Bonnin CM, Vazquez GH, Reinares M, Sole B, Tabares-Seisdedos R, et al. Functional impairment in bipolar II disorder: is it as disabling as bipolar I? *J Affect Disord*. 2010;127:71–6.
38. Bogner HR, Cary MS, Bruce ML, Reynolds IIIrd CF, Mul-santTen Have B, Ten Have T, et al. The role of medical comorbidity in outcome of major depression in primary care: the PROSPECT study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005;13:861–8.
39. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Leon AC, Solomon DA, et al. Psychosocial disability in the course of bipolar I and II disorders: a prospective, comparative, longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:1322–30.
40. Rosa AR, Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A, Salamero M, Torrent C, Reinares M, et al. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2007;3:5.