

Ayude a sus pacientes con desorden bipolar a permanecer empleados

Integre los temas laborales mientras valora síntomas, medicamentos y función

La señora S, de 34 años, trabajó como directora de oficina, con responsabilidades sobre más de 40 empleados, por 5 años. Empezando en la mitad de sus veintes ella tuvo repetidos períodos de depresión, consumo excesivo de alcohol, y toma de riesgos que fueron tratados ineffectivamente con antidepresivos. En última instancia, ella fue despedida de su trabajo.

Eventualmente la señora S fue diagnosticada como bipolar y con el tiempo respondió bien al régimen de estabilización de ánimo. Ahora desea volver a trabajar, por razones financieras y por el sentido de realización que obtiene del trabajo. Inicialmente, los directores de personal revisaron su currículum y le dijeron que ella podría aburrirse por la naturaleza rutinaria de las posiciones de entrada; por lo que le ofrecerían trabajos con mayores responsabilidades. Ella aceptó una posición de alto nivel pero pronto la abandonó, sintiéndose sobrecogida por el estrés.

El desorden bipolar a largo plazo presenta un reto terapéutico cuando los pacientes desean continuar empleados, buscan incapacidad temporal o permanente, o —más comúnmente— intentan volver al empleo después de un período de inhabilidad para trabajar. Como se ilustra en la experiencia de la señora S, las capacidades previas, que aparentan ser mayores que la experiencia presente o reciente de trabajo, son un aspecto clave para manejar en la terapia interpersonal.

La investigación basada en evidencia es informativa, pero finalmente usted debe aplicar el juicio y la flexibilidad en el establecimiento y revisión de las metas en los individuos bipolares. La atención a las características básicas de los trastornos puede ayudarlo a equipar a los pacientes para un trabajo que contribuya a su búsqueda de salud.



Dr. Charles L. Bowden, MD

Profesor Clínico de Psiquiatría y Farmacología
Nancy U. Karren Jefe de Psiquiatría
Universidad Texas Health Science Center en San Antonio

Resumen

Beneficios terapéuticos del trabajo para pacientes con desórdenes bipolares

El trabajo, definido como lo que hacemos para vivir, es útil para la mayoría de las personas. Para personas con desórdenes bipolares, el trabajo tiene beneficios adicionales. El trabajo ayuda a estructurar sus actividades diarias, que tienden a verse afectadas por problemas del ritmo circadiano por sueño inadecuado, sueño que comienza muy tarde y que se extiende durante el día. La expectativa de rutina de un horario de trabajo también puede contrarrestar la distracción y la multitarea improductiva común en algunos individuos con desórdenes bipolares.

Los beneficios no están garantizados y varían considerablemente a través de contextos ocupacionales, pero los pacientes y sus familiares entenderán pronto este aspecto del trabajo. Los beneficios pueden servir como un importante ímpetu para pacientes que persisten en conseguir empleo, aunque enfrenten obstáculos.

Obstáculos para emplearse

Función de rol. El desorden bipolar deteriora las funciones familiares y sociales en cerca de la mitad de las personas con éste diagnóstico; lo que representa una tasa de deterioro superior que en personas con depresión mayor.¹

Función cognitiva. Los pacientes con desorden bipolar tienen deterioros sutiles sostenidos en la función cognitiva, especialmente la memoria de trabajo.^{2,3} Estas deficiencias—aunque generalmente mucho menos severas que en personas con esquizofrenia—contribuyen a las dificultades en el trabajo y educacionales.

Humor inestable. Algunos síntomas asociados con el ánimo elevado contribuyen al deterioro funcional. Estos no están limitados a la manía o hipomanía y también pueden ser prominentes en estados mixtos y depresión.

Un estudio del Programa de Tratamiento de Mejoramiento Sistemático para

Desorden Bipolar (*Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder*; STEP-BD) encontró que dos tercios de 1,380 pacientes bipolares I y II deprimidos tenían ≥ 1 síntomas concomitantes principalmente asociados con estados maníacos. Los más prominentes fueron distractibilidad, habla y pensamientos apresurados, comportamiento riesgoso y agitación.⁴ Cada uno de estos, o más aún todos estos, pueden interferir con las responsabilidades del trabajo.

Patrón de ritmo circadiano. Los disturbios de sueño en el desorden bipolar difieren de los asociados con otras condiciones médicas. Los pacientes bipolares tienden a incrementar su actividad e intereses en la tarde, pudiendo permanecer despiertos hasta altas horas de la mañana. El sueño insuficiente, la alteración cognitiva y el estado de alerta, relacionados a los ritmos circadianos idiosincráticos, pueden interferir con los requerimientos del trabajo.⁵ La estructura del empleo puede ayudar a muchos pacientes bipolares manteniendo patrones de sueño efectivos así como actividades de vigilia (*Recuadro 1*).

Algunos individuos reconocen sus patrones de actividad perturbados, pero muchos ven esto simplemente como la manera en que aprovechan un día. Para el último grupo, es necesario un esfuerzo de tratamiento sostenido, para ayudarlos a reconocer las consecuencias adversas del patrón y que desarrollen una rutina diaria más efectiva.

Efectos adversos de tratamiento. Aunque importante, este aspecto médico básico no es el enfoque interpersonal central del presente artículo. La tolerabilidad objetiva en la prescripción de medicamentos—y menos frecuentemente en las terapias como tratamientos electroconvulsivos—es evitar dosis que deterioren la concentración, el nivel de alerta o la velocidad motriz y precisión. De manera similar, evite medicinas que puedan causar cambios físicos notables—como temblor, somnolencia o ganancia de peso significativa—o ajuste



Ayude a sus pacientes con desorden bipolar

las dosis para eliminar estos efectos laterales.

Dominio de los síntomas bipolares

La ansiedad se reconoce como un factor mayor dominante en la psicopatología bipolar,⁶ contribuyendo fuertemente a resultados pobres. Aunque la ansiedad es un tanto más predominante en depresión y estados mixtos, también es común en estados maníacos y bipolares recuperados.

La ansiedad social y los estados de pánico parecen estar más específicamente asociados con el desorden bipolar.⁷ Debido a que estos tipos de ansiedad implican respuestas de temor excesivo, las técnicas psicoterapéuticas que incluyen el enfoque de extinción pueden ser útiles.

La depresión en desórdenes bipolares tiende a manifestarse como función motora y cognitiva lenta, lo cual es probable que sea evidente en situaciones de trabajo. Adicionalmente, la pérdida de intereses sociales—uno de los aspectos más comunes y severos de la depresión en desórdenes bipolares—es probable que sea evidente para los compañeros de trabajo e impacte negativamente la efectividad laboral.

La irritabilidad ocurre más frecuentemente en estados bipolares mixtos, pero también es característica —aunque por lo general menos intensa— de estados clínicos depresivos y maníacos. Estrictamente la irritabilidad interna y subjetiva puede reducir la confianza individual y la efectividad en el trabajo. La expresión de la irritabilidad, desde molestias menores hasta estallidos explosivos, puede tener serias consecuencias para el empleo, incluyendo el despido.

Síntomas maníacos. La impulsividad, que es común en manía bipolar, puede interferir con el trabajo. Actuar sin considerar consecuencias, tomar riesgos indebidos, o llegar a conclusiones con información inadecuada, puede causar problemas, incluyendo heridas físicas a sí mismo o a

Recuadro 2

Energía hipomaníaca en el trabajo: ¿constructiva o destruktiva?

Para algunos propósitos, la enfermedad bipolar confiere ventajas sociales y en el empleo. Comúnmente, las características comportamentales adaptativas de la hipomanía incluyen:

- Perseverancia
- Energía alta
- Intensificación de la percepción sensitiva
- Exuberancia y festividad
- Optimismo.

La energía incrementada y los grados moderados de hiperactividad—así como los pensamientos a lo largo de líneas de creatividad multisistema—pueden beneficiar la productividad en el trabajo, la interacciones con clientes, y las relaciones en el grupo de trabajo.

La confianza aumentada y los intereses sociales pueden ser de valor en algunas ventas y actividades de mercadeo.

Aunque estas actitudes y creencias pueden tener efectos constructivos, los pacientes necesitan entender sus límites y el potencial destructivo. Esto no es un problema directo, ya que los pacientes pueden no tener autoconciencia de ciertas consecuencias adversas de características como irritabilidad, toma de riesgos o comportamientos sexuales inapropiados. Un pequeño fenómeno descrito en la literatura clínica, pero relativamente común, en las historias biográficas de personas con desórdenes bipolares es que amigos o compañeros de trabajo pueden fomentar la racionalización, y tomar ventaja de la energía hipomaníaca del individuo, impidiendo intervenciones efectivas.

Fuente: Referencias 8-10

compañeros de trabajo. Hablar en exceso —usualmente asociado con pensamiento interno acelerado— puede ser una molestia o resultar problemático, si interfiere con los clientes o compañeros de trabajo.

La hiperactividad y el incremento de la energía pueden percibirse como comportamientos que facilitan la productividad en el trabajo (*Recuadro 2*).⁸⁻¹⁰ Sin embargo,

las características adaptativas de muchos estados hipomaniacos son poco frecuentes o ausentes en estados depresivos, maniacos, y en estados clínicos mixtos.

La psicosis se asocia principalmente con episodios maniacos, pero puede ser un componente de cualquier estado clínico sintomático. Ideas de engaño o pensamientos persecutorios raramente son compatibles con un ambiente laboral, en parte por los riesgos potenciales hacia otros.

Tratamiento componencial

Los dominios de síntomas múltiples del desorden bipolar sugieren una aproximación componencial al tratamiento. Puede ser útil transferir el concepto metafóricamente al paciente. Cuando se está trabajando un rompecabezas, una sección que ha sido puesta junta puede dejarse a un lado intacta y dirigir la atención a otras secciones del rompecabezas. De forma similar, una vez un componente bipolar en particular se maneja de forma correcta—ya sea por medicación, estilo de vida, actitudes, o una combinación de estas— es probable que los síntomas se mantengan estables, salvo un nuevo agravio/estresor (como una condición médica que requiera medicamentos que interfieran con el régimen bipolar).

Si los estabilizadores del afecto controlan las conductas de riesgo, impulsividad y la labilidad afectiva, el régimen generalmente permanecerá efectivo. Si los problemas residuales o nuevos se desarrollan en otra área (como ansiedad, ciclos de sueño, o irritabilidad), escoja el régimen de medicamento y las aproximaciones psicoeducativas que son compatibles con el plan de estabilización del ánimo. Esta es la actitud hacia el tratamiento:

- para la mayoría de pacientes que vienen a ver un problema nuevo o recurrente en un dominio es tranquilizador que este no sea esencialmente presagio de una recaída completa.
- esto puede reducir el inicio o retiro de medicamentos en un régimen que se ha

establecido como efectivo, ya sea por parte de los pacientes o médicos.

Recuentos autobiográficos de personas con desórdenes bipolares pueden ser útiles al educar, pacientes acerca de las consideraciones presentadas aquí. La actriz Patty Duke hizo estas observaciones al describir el desarrollo gradual de un tratamiento efectivo para su desorden bipolar severo:

Trabajo en no perder los estribos... y estoy mucho mejor así. Mis cuentas médicas bajaron en cerca de \$50,000 al año desde el diagnóstico y tratamiento bipolar. Hasta ese momento, siempre estaba en el hospital por enfermedades fantasmas. Estaba allí por síntomas reales nacidos de la depresión. No he regresado al hospital desde el diagnóstico.

Mi recuperación de la depresión maníaca ha sido una evolución, no ha sido un milagro. Para alguien que pasaba el 50% de su vida gritando acerca de algo, ahora ha bajado a un, digamos, 5%.¹¹

Factores psicosociales para considerar

Estigma en el lugar de trabajo. Aunque la mayoría de los compañeros son tolerantes e imparciales acerca de las dificultades funcionales comunes en la sintomatología del desorden bipolar, algunos tendrán puntos de vista parciales e inexactos acerca de las condiciones psiquiátricas. Se aconseja a los individuos bipolares tomar decisiones caso a caso acerca de si proveer información a otros empleados y, si es así, qué tanta.

Como con la mayoría de las condiciones médicas, la decisión predeterminada puede ser no discutir la información personal en el lugar de trabajo. Algunos compañeros de trabajo, sin embargo, podrían apreciar el aprender acerca de la condición bipolar (por ejemplo, un supervisor que parezca enfático en el aparente estado estresado del empleado).

Expectativas realísticas. La mayoría de médicos reconoce que el alivio de un estado de síndrome bipolar se obtiene más rápidamente que un estado de recuperación sostenida en el cual los síntomas sean mínimos. Alcanzar la capacidad funcional en un rango normal también se retrasa

Punto clínico

Para pacientes empleados, evite dosis de medicamentos que puedan afectar la concentración, el nivel de alerta, o la velocidad y precisión motriz.



Ayude a sus pacientes con desorden bipolar

Punto clínico

Los compañeros de trabajo pueden fomentar y tomar ventaja de la energía hipomaniaca del individuo frustrando intervenciones efectivas.

en tiempo y en proporción de personas quienes alguna vez obtuvieron buena funcionalidad.¹² Los pacientes, sus familias, y a menudo los empleadores, tienen expectativas irreales acerca de la reanudación temprana del trabajo después de resolver un episodio maniaco o depresivo.

Consideraciones étnicas. Algunas fuentes de literatura sugieren diferencias étnicas en la presentación inicial del desorden bipolar, con manifestaciones más severas en algunas poblaciones, particularmente si la psicosis es un síntoma componente.¹³ Adicionalmente, algunos puntos de vista culturales acerca del estigma de la enfermedad pueden fomentar la renuencia del paciente o los miembros de la familia al reingreso al lugar de trabajo.

Estado socioeconómico. A veces la enfermedad bipolar se extiende fuera de las actividades ocupacionales que un individuo ha realizado previamente o que son características de la experiencia y expectativas de la familia. La resistencia al cambio en el autoconcepto puede añadir dificultad en el éxito de trasladar un paciente al considerar un empleo que sea de naturaleza más rutinaria y menos intelectual o de decisión (*Recuadro 3*).¹⁴

Divergencia en la educación vs estado laboral. Las personas con desórdenes bipolares a menudo tienen una divergencia sustancial entre el grado educacional alto y el bajo rendimiento laboral.¹ Cuando este es el caso, todos o la mayoría de los factores revisados en este artículo probablemente hayan contribuido. La experiencia de la señora S ilustra este aspecto del cuidado de personas con desorden bipolar.

CONFIDENCIAL

Encontrando un nuevo balance

Después de dejar el trabajo con alto nivel de estrés, la señora S resuelve limitar su búsqueda a posiciones de medio tiempo y tomar un empleo con responsabilidades limitadas en una librería. Su productividad en el trabajo fue sobresaliente, pero se puso

Recuadro 3

Superando la fijación de los pacientes por el trabajador idealizado

Un obstáculo laboral para algunos pacientes bipolares es que un breve, a menudo lejano, período pasado de desempeño vocacional o profesional elevado sirve como punto de referencia para sus capacidades. Los pacientes con estas características resisten revisiones de conceptos de sí mismos. Algunos tratan la pérdida de esta imagen idealizada como una consecuencia injusta de su enfermedad o la reacción de la sociedad al desorden bipolar. Ellos tienden, de forma obstinada, a prevenir un compromiso social o vocacional realista a niveles que les son factibles en el momento.

La resistencia a los cambios asociados con esta característica suele ser difícil de manejar efectivamente con visitas cortas, relativamente infrecuentes y enfocadas en la medicación. Las intervenciones psicosociales específicas pueden ser más efectivas.¹⁴

nerviosa fácilmente cuando se le solicitó asumir responsabilidades adicionales. Algunas de estas requerían aprendizaje rápido de nuevas habilidades en provisión de inventarios o interacción con clientes insatisfechos.

A medida que se volvió más confiada y menos temerosa de ser despedida, la señora S habló con dos supervisores sobre el manejo de su enfermedad. Ellos detuvieron los esfuerzos por promoverla, que estaban basados en que la percibían como talentosa y comprometida.

La atención a los temas de su trabajo ocupó aproximadamente la mitad del tiempo en sus citas psiquiátricas regulares por más de 1 año. A través de este proceso, la señora S desarrolló introspección efectiva de la mezcla compleja de sus logros y resiliencia por un lado y su incapacidad social y vocacional por otra parte. También reconoció que los síntomas subsindrómicos continúan por momentos, a pesar de su buen estado funcional. Estas percepciones y su gran autoconfianza ayudaron a la señora S

a resolver y manejar las divergencias entre las percepciones de sí misma y de otros respecto de sus capacidades y potencial.

Recursos relacionados

• Coping with depression or bipolar disorder at your job (información para pacientes). Depression and Bipolar Support Alliance. www.dbsalliance.org/site/PageServer?pagename=Employment_Information.

Manifestación

El Dr. Bowden reporta no tener relaciones financieras con ninguna compañía cuyos productos son mencionados en este artículo o con fabricantes de productos competidores.

Referencias

1. Ware JE Jr, Kosinski M, Bayliss MS, et al. Comparison of methods for the scoring and statistical analysis of SF-36 health profile and summary measures: summary of results from the Medical Outcomes Study. *Med Care*. 1995;33(suppl 4):AS264-AS279.
2. Glahn D, Bearden CE, Barguil M, et al. The neurocognitive signature of psychotic bipolar disorder. *Biol Psychiatry*. 2007;62:910-916.
3. Goodwin G, Martinez-Aran A, Glahn DC, et al. Cognitive impairment in bipolar disorder: neurodevelopment or

- neurodegeneration? An ECNP expert meeting report. *Eur Neuropsychopharm*. 2008;18:787-793.
4. Goldberg JF, Perlis RH, Bowden CL, et al. Manic symptoms during depressive episodes in 1,380 patients with bipolar disorder: findings from the STEP-BD. *Am J Psychiatry*. 2009;166(2):173-181.
5. Mansour HA, Wood J, Chowdari KV, et al. Circadian phase variation in bipolar I disorder. *Chronobiol Int*. 2005;22(3):571-584.
6. Feske U, Frank E, Mallinger AG, et al. Anxiety as a correlate of response to the acute treatment of bipolar I disorder. *Am J Psychiatry*. 2000;57:956-962.
7. Mantere O, Melartin TK, Suominen K, et al. Difference in axis I and II comorbidities between bipolar I and II disorder and major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2006;67:584-593.
8. Bowden CL. Bipolar disorder and creativity. In: Shaw MP, Runco MA, eds. *Creativity and affect*. Norwood, NJ: Ablex Publishing Corp; 1994:73-86.
9. Andreasen N, Powers S. Overinclusive thinking in mania and schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1974;125:452-456.
10. Solovay MR, Shenton ME, Holzman PS. Comparative studies of thought disorders. I. Mania and schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 1987;44:13-20.
11. Duke P, Hochman G. *A brilliant madness: living with manic depressive illness*. New York, NY: Bantam Books; 1997.
12. Coryell W, Scheftner W, Keller M, et al. The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *Am J Psychiatry*. 1993;150:720-727.
13. Kennedy N, Boydell J, van Os J, et al. Ethnic differences in first clinical presentation of bipolar disorder: results from an epidemiological study. *J Affect Dis*. 2004;83:161-168.
14. Mikowitz DJ, Goldstein MJ. *Bipolar disorder: a family-focused approach*. New York, NY: Guilford Press; 2006.

Punto clínico

Una aproximación de tratamiento compuesto puede reducir los cambios de medicación en un régimen que ha sido establecido como efectivo

Bottom Line

Debido a que las características fundamentales del desorden bipolar afectan el desempeño en el trabajo, los aspectos relacionados con el mismo, son un componente del cuidado de la mayoría de los pacientes. Integre este componente del tratamiento con otras consideraciones de la actividad diaria sintomáticas, de medicación y horario. Las actividades laborales pueden tornarse beneficiosas para el manejo saludable de las rutinas diarias. Cuando sea necesario, use intervenciones psicosociales para ayudar a los pacientes a adoptar un autoconcepto revisado de sus capacidades laborales.

