



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
“RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”**

***La inserción laboral, el estigma internalizado y neurocognición, en
pacientes con diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo I, en el Instituto
Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz***

Anteproyecto de tesis para la obtención de la especialidad en Psiquiatría, presenta:

LIZETH GONZÁLEZ PANTOJA

Tutora Metodológica
Dra. Claudia Becerra Palars

Tutor Teórico
Dr. Hiram Ortega Ortiz

Ciudad de México, 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

RESUMEN	5
1 MARCO TEÓRICO	7
1.1 ANTECEDENTES	7
TRASTORNO BIPOLAR	7
Concepto	7
Antecedentes Históricos	7
Epidemiología.....	8
Etiología.....	8
Presentación Clínica	12
Criterios Diagnósticos	12
Comorbilidades	14
Diagnóstico Diferencial	14
Tratamiento.....	14
Discapacidad y Trastorno Bipolar	15
ENFERMEDAD MENTAL.....	17
Estigma y enfermedad mental	17
Estigma y discapacidad laboral	21
Motivación laboral	21
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACION	23
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	23
1.4 OBJETIVO GENERAL.....	24
1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
1.6 HIPÓTESIS	24
2. MATERIAL Y MÉTODOS	25
2.1 DISEÑO DEL ESTUDIO.....	25
2.2 SELECCIÓN Y TAMAÑO DE MUESTRA	25
2.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	26
2.4 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES	27
2.5 MEDICIÓN DE LAS PRINCIPALES VARIABLES DEL ESTUDIO.....	29
2.6 DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	30
2.7 PROCEDIMIENTO.....	32
2.8 CRONOGRAMA.....	35
2.9 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	35

2.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS	35
3. RESULTADOS.....	36
4. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	46
5. CONCLUSIONES.....	49
6. BIBLIOGRAFÍA	50
7. ANEXO (Consentimiento Informado)	53

AGRADECIMIENTOS:

*Primero que nada, quiero agradecer a mis tutores la
Dra. Claudia Becerra Palars y Dr. Hiram Ortega por
Su apoyo continuo y compromiso con esta tesis.*

*Agradezco a mi familia por estar a mi lado en cada
Paso que doy, apoyándome y alentándome a subir
Cada día más alto y a no dejarme caer.*

*Y finalmente agradezco a mi esposo que estuvo
Apoyándome con su paciencia y cariño.*

RESUMEN

Introducción:

Los Trastornos bipolares, son trastornos mentales caracterizados por cambios en el ánimo, la energía y la capacidad de una persona de funcionar. En 2004, la Organización Mundial de la Salud clasificó a los trastornos bipolares colectivamente como la 12ª condición incapacitante más común en el mundo para cualquier grupo de edad. El trastorno bipolar se ha incrementado en el uso y costos de servicios de salud, mayor desempleo y dependencia de la asistencia pública, menor ingreso anual, aumento en el ausentismo laboral por enfermedad, disminución de la productividad del trabajo, peor funcionamiento global, menor calidad de vida y disminución de la vida útil.

Objetivo:

Describir las características de la inserción laboral en pacientes con diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo I, en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, y su influencia por el estigma internalizado y la neurocognición.

Método:

El diseño de este estudio es observacional. Incluye procesos descriptivos, sobre los hallazgos en cuanto a inserción laboral, estigma y neurocognición.

Resultados:

Se incluyeron un total de 85 pacientes, El promedio de edad fue de 42.6 años +/- 14.77. La media para el total de hospitalizaciones fue de 1.88 con una DE de 2.10. En cuanto al número de empleos totales la media fue de 4.45 con DE de 2.99. El ingreso promedio (fue de 7390.38 con DE de 7737.79 pesos. La tasa de desempleo del 7% es mayor a la media nacional . Un gran porcentaje de los pacientes estaban autoempleados.

En cuanto al objetivo principal, observamos que de la Escala de Estigma Internalizado de King, la subescala que estuvo más asociada fue la subescala de discriminación, que mostró una correlación débil e inversa en todos los casos, con varias subescalas de motivación para el trabajo, tales como: satisfacción laboral, integración laboral, integración social y autoestima. El desempeño cognitivo no tuvo relación con el estigma o la motivación laboral.

Conclusiones:

Existe una relación débil pero consistente y estadísticamente significativa entre la motivación laboral y la subescala de discriminación de la escala de Estigma Internalizado en la muestra estudiada. Se observó una mayor tasa de desempleo en la muestra estudiada en comparación con la media nacional.

Palabras claves: trastorno bipolar, inserción laboral, estigma internalizado, cognición.

ABSTRACT

Introduction:

Bipolar Disorders are mental disorders characterized by changes in the mood, energy and ability of a person to function. In 2004, the World Health Organization classified bipolar disorders collectively as the 12th most common disabling condition in the world for any age group. Bipolar disorder has increased the use and costs of health services, higher unemployment and dependence on public assistance, lower annual income, increased absenteeism due to illness, decreased labor productivity, worse overall performance, lower quality of life and diminishing of the useful life.

Objective:

To describe the characteristics of labor insertion in patients diagnosed with Type I Bipolar Disorder at the Ramón de la Fuente Muñiz National Institute of Psychiatry, and its influence on internalized stigma and neurocognition.

Method:

The design of this study is observational. It includes descriptive processes, about the findings regarding labor insertion, stigma and neurocognition.

Results:

A total of 85 patients were included. The average age was 42.6 years +/- 14.77. The average for the total of hospitalizations was 1.88 with an SD of 2.10. Regarding the number of total jobs the average was 4.45 with SD of 2. The average income was 7390.38 pesos with SD of 7737.79 pesos. The unemployment rate observed for this sample (7%) was higher than that observed for the national rate

Regarding the main objective, we observed that discrimination subscale of the King's Internalized Stigma Scale had many weak and inverse correlations, with several subscales of motivation for work scale, such as: job satisfaction, labor integration, social integration and self-esteem. Cognitive performance did not showed relevant correlations with stigma or motivation for work.

Conclusions:

There is a weak but consistent and statistically significant relationship between work motivation and the discrimination subscale of the Internalized Stigma scale in the sample studied. A higher unemployment rate was observed in the sample studied compared to the national average.

Key words: bipolar disorder, labor insertion, internalized stigma, cognition.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES

TRASTORNO BIPOLAR

CONCEPTO

Los Trastornos bipolares, son trastornos mentales caracterizados por cambios inusuales en el ánimo, la energía y la capacidad de una persona de funcionar. Se diagnostican más comúnmente en la adolescencia o principios la edad adulta, después de varios años de padecerlo; los síntomas incluyen períodos de manía, hipomanía, psicosis o depresión intercalados con períodos de relativo bienestar. Los pacientes rara vez experimentan un solo episodio, con tasas de recaída de más del 70% a los cinco años. (1)

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Aproximadamente en el año 400 a.c., Hipócrates ya usaba los términos manía y melancolía para describir los trastornos mentales. En el año 30 d.c., el médico romano Celso describía a la melancolía, en su obra *De re medicina*, como una depresión causada por la bilis negra. En 1854 Falret describió una afección que denominó *folie circulaire*, en la cual los pacientes experimentaban estados de ánimo de depresión y manía alternantes. En 1882, el psiquiatra alemán Kart Kahlbaun utilizó el término *ciclotimia* para describir la manía y la depresión como estadios de la misma enfermedad. En 1899, Emil Kraepelin describió, partiendo de las teorías de otros psiquiatras franceses y alemanes, la psicosis maniaco-depresiva. (2)

EPIDEMIOLOGÍA

En 2004, la Organización Mundial de la Salud clasificó a los trastornos bipolares colectivamente como la 12ª condición incapacitante más común en el mundo para cualquier grupo de edad, con una prevalencia de vida de 4% por ciento en Estados Unidos y una prevalencia mundial entre 3.7% y 6,6%. (3) En México, los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de 2003, en cuanto a la manía y la hipomanía del trastorno bipolar muestra una tasa de 0.9% y 1.1 % respectivamente. (4)

Los trastornos bipolares no tienen predilección por raza, sexo o etnia. Aunque pueden ocurrir en cualquier edad, la edad media al inicio de los síntomas es de 18 años en el trastorno bipolar I y 22 años en el trastorno bipolar II. La remisión de todos los síntomas ocurre en el 26% de los pacientes, y la recuperación de la funcionalidad puede ocurrir hasta en el 24%. (3)

Un tercio de los pacientes con trastornos bipolares intentan suicidarse, una tasa que es de las más altas encontradas dentro de todos los diagnósticos psiquiátricos; (5) y se calcula que un 10% a 19% de los pacientes con estos trastornos llegan a suicidarse (4).

ETIOLOGÍA

El trastorno bipolar se considera de etiología multifactorial, entre los aspectos más estudiados podemos encontrar:

a) Alteraciones genéticas

Más del 50% de los pacientes con TB tienen un familiar de primer grado con un trastorno del estado de ánimo (6), y los descendientes de pacientes con TB tienen un riesgo 5-10 veces mayor de desarrollar la enfermedad que la población general (7), siendo un trastorno que

puede llegar a repetirse a lo largo de varias generaciones. Un estudio gemelar ha llegado a afirmar que el 85% de la varianza del TB puede ser explicada por factores genéticos (8). No obstante, no existe un patrón hereditario simple; los análisis estadísticos apoyan una herencia poligénica, es decir, muchos alelos de riesgo con un efecto pequeño, incluyendo variantes en los genes CACNA1C, ODZ4 y NCAN que también han sido halladas en la esquizofrenia (9). Sin embargo, a pesar de los múltiples estudios genéticos que se han llevado a cabo, los metaanálisis hablan más de diferencias que de similitudes, hasta el punto de que existen muy pocos resultados que se hayan replicado (10). Por tanto, podemos afirmar que, como tales, todavía no se han identificado marcadores genéticos fiables.

b) Anomalías neurohormonales

Recientemente se ha prestado mucha atención al papel del sistema endocrino en los trastornos del estado de ánimo, concretamente al eje hipotalámico-pituitario-adrenal, implicado en la respuesta al estrés. En respuesta a la tensión, las neuronas hipotalámicas secretan la hormona liberadora de corticotropina para dirigirse a la glándula pituitaria anterior y estimular la producción de la hormona adrenocorticotrópica, que a su vez estimula las glándulas suprarrenales para producir cortisol. El cortisol proporciona una retroalimentación negativa al hipotálamo que desactiva la respuesta al estrés y disminuye a su vez los niveles de cortisol. Curiosamente, se ha observado una disfunción del eje hipotalámico-pituitario-adrenal en todas las etapas de la enfermedad bipolar, incluyendo los periodos asintomáticos (11). Esta desregulación podría subyacer tanto a la vulnerabilidad a episodios futuros como al mantenimiento del curso crónico del trastorno, incluso a la ansiedad asociada.

Hallazgos más consistentes han surgido a nivel celular, proporcionando evidencia de que el trastorno bipolar se asocia de forma fiable con la disregulación de las interacciones glial-neuronal y con anomalías más evidente en los elementos gliales que en las neuronas. Entre estos elementos gliales son la microglía los elementos que parecen ser los más activos en

el contexto de la bipolaridad; agregado a la complejidad inherente de las interacciones glial-neuronal se encuentra el hecho de que estas interacciones están influenciados además por la transmisión neural, así como inmunológico, endocrino, y la señalización neurotrófica; la suma de estas señales afecta a las cascadas de señalización intracelulares que, a su vez, inician cambios en la expresión de genes que inicialmente causan cambios funcionales que con el tiempo alteran la estructura misma del cerebro. (12)

c) Anomalías anatómicas del cerebro

Las técnicas de neuroimagen estructural y funcional del cerebro se han utilizado para identificar los sustratos neurobiológicos subyacentes a los trastornos afectivos. En comparación con el trastorno depresivo mayor o la esquizofrenia, ha habido relativamente pocos estudios que hayan investigado las diferencias estructurales del cerebro en pacientes con TB y los hallazgos han sido contradictorios. Una importante revisión de estudios neuroanatómicos del TB encontró una dilatación de los ventrículos y anomalías en los lóbulos frontales y temporales en al menos una subpoblación de pacientes (13). Sin embargo, un reciente metaanálisis concluyó que los pacientes con TB no presentan tanto diferencias estructurales concretas como un menor volumen general de la sustancia gris y, lo que es más importante, anomalías funcionales en la actividad neuronal de la circunvolución frontal superior izquierda, la circunvolución frontal medial y la ínsula izquierda (14). Aunque el objetivo de identificar un patrón neuroanatómico en el TB sea comprender la contribución del desarrollo neurológico o genético en la enfermedad, actualmente aún se desconoce si las anomalías son la causa o la consecuencia del trastorno. Mientras que los episodios afectivos recidivantes en el TB tipo I parecen tener efectos neurodegenerativos perjudiciales, las intervenciones psicoterapéuticas exitosas parecen normalizar la actividad anormal de los circuitos neuronales (15).

d) **Influencias psicosociales**

Aunque la mayoría de los estudios actuales se ha centrado en los factores biológicos, estos factores no pueden explicar por completo el desarrollo, la expresión y la polaridad de los síntomas. Por este motivo, en las últimas 2 décadas ha habido un interés creciente por el papel de los factores psicosociales en el inicio, curso y presentación de la enfermedad bipolar. Una revisión reciente (16) ha señalado que las personas con trastornos del espectro bipolar experimentan un incremento de los acontecimientos vitales previo al inicio de la enfermedad o a la recurrencia de los episodios afectivos. Mientras que los acontecimientos vitales negativos como fracasos o pérdidas pueden precipitar los episodios depresivos (17), los episodios maníacos pueden estar precedidos tanto por acontecimientos negativos y/o amenazantes, tales como insultos u hostilidad familiar (18), como por acontecimientos positivos, tales como la consecución de un logro. No obstante, hemos de tener en cuenta que el TB afecta y es afectado por el ambiente en el cual los pacientes recaen y se recuperan. La propia enfermedad es estresante en sí misma y puede conducir a una mayor desestabilización, aumentando la probabilidad de sufrir este tipo de eventos; de esta manera, la enfermedad crearía un ciclo de autoperpetuación al actuar como factor de mantenimiento (19).

Como factores predisponentes del TB se han identificado el pobre apoyo social, el maltrato en la infancia, la baja autoestima y las distorsiones cognitivas (20). En un estudio realizado en Reino Unido se concluyó que la alta prevalencia del TB en grupos étnicos minoritarios podría estar relacionada con factores de estrés psicosocial como el aislamiento social y la falta de apoyo social que a menudo experimentan estos grupos (22). La negligencia o el abuso prolongado durante la infancia se han asociado con una desregulación crónica en el eje hipotalámico-pituitarioadrenal que puede predisponer al desarrollo de un TB (21). Estas experiencias traumáticas parecen haber ocurrido en casi la mitad de los pacientes con TB y pueden dar lugar a manifestaciones psicopatológicas más complejas (23). No obstante, la repercusión de los acontecimientos vitales estresantes en la salud mental de las personas con TB parece estar mediada por otros factores psicológicos como la autoestima y la interpretación que hacen de esas situaciones (20).

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Manía y depresión son los síntomas más comunes de la enfermedad. La fluctuación entre estos dos extremos le han dado el nombre de bipolar. Pero este trastorno puede manifestarse también de otras maneras. Si los síntomas de manía son leves se le llama *hipomanía*. Es también común que el estado maníaco y depresivo se presenten mezclados, a esto se le llama “estado mixto”. Cuando los cambios entre el estado maníaco y depresivo ocurren frecuentemente se le denomina “estado con ciclos rápidos”. Muchas veces es difícil determinar los síntomas de la enfermedad. (24)

Entre los síntomas comunes de la fase maníaca encontramos: hiperactividad, disminución del sueño, pensamientos acelerados y desordenados, irritabilidad, conducta desorganizada. En casos graves se desarrollan agresividad, delirio o alucinaciones; los periodos de manía varían y pueden durar entre unos días hasta varios meses. Entre los síntomas comunes de la fase depresiva, encontramos: tristeza, pérdida de interés por las cosas placenteras, falta de energía, incapacidad para disfrutar, dificultad para concentrarse, desesperación, problemas de sueño, pérdida del apetito. En casos avanzados de la enfermedad se presentan pensamientos suicidas, incongruencia y dificultad para llevar a cabo una vida social normal; los periodos de depresión varían normalmente entre unas semanas hasta varios meses, pero es también normal que duren años. (24)

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM

Lejos de ser una entidad diagnóstica discreta, hay un creciente reconocimiento de un espectro de TB que va desde la perturbación anímica grave a las variaciones del estado de ánimo leves que están mucho más cerca de las fluctuaciones del estado del ánimo no

patológicas. Para los clínicos e investigadores este es uno de los principales problemas que deben ser resueltos a la hora de vislumbrar si estamos ante un paciente con diagnóstico de TB o no. (25) En este sentido, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), junto con otros sistemas de clasificación, intentaron basar los diagnósticos psiquiátricos en criterios operativos. En términos nosológicos, el DSM-IV-TR hace una distinción entre el TB tipo I, donde el paciente sufre episodios maníacos en toda regla, y el TB tipo II, donde el paciente experimenta síntomas propios de la manía que no satisfacen completamente los criterios de un episodio maníaco (esto es, Hipomanía). Otro TB descrito por el DSM-IVTR es la ciclotimia, el cual implica episodios recurrentes de hipomanía y depresión subclínica. (26)

La Asociación Americana de Psiquiatría, a través del DSM-5 publicado en mayo del 2013, establece criterios clínicos bien definidos para el diagnóstico de los episodios de manía e hipomanía, que constituyen los cuadros sintomatológicos distintivos para el trastorno bipolar. Se considera que tanto la hipomanía como la manía comparten los mismos síntomas cardinales de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable, acompañado del aumento persistente de la actividad o energía, a los que se suman tres o más síntomas diversos, tales como autoestima exagerada o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, verborrea, fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado, distractibilidad, agitación psicomotora, e implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves. Sin embargo, ambos síndromes se diferencian en su duración (al menos una semana para manía y de al menos 4 días para hipomanía) y en el impacto funcional que producen en el individuo, ya que sólo la manía llega a provocar un deterioro significativo en lo laboral, en las actividades o en las relaciones sociales. Por otro lado, la necesidad de hospitalización o la presencia de síntomas psicóticos son exclusivas del episodio maníaco. (27)

COMORBILIDADES

Los pacientes con trastornos bipolares suelen tener otros problemas de salud mental, con mayor frecuencia se encuentran asociados a trastornos de ansiedad, del control de los impulsos, trastorno por déficit de atención / hiperactividad y abuso de sustancias; lo cual se asocia con un peor pronóstico.(28) También se asocia comúnmente a otras condiciones médicas generales, incluyendo diabetes mellitus, obesidad y enfermedad cardiovascular; y el riesgo cardiovascular es mayor en aquellos con trastornos bipolares que en aquellos con otras condiciones de salud mental. (29)

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

La frecuente demora en el diagnóstico temprano de la enfermedad puede ser atribuida, en el caso de la depresión bipolar, a la ausencia de reporte de fases previas hipomaníacas por parte del paciente o la familia, y a la falta de reconocimiento de estas por parte de los profesionales, que llevan al diagnóstico erróneo de depresión unipolar. En el caso de los cuadros maníacos agudos, la excitación psicomotriz y la sintomatología delirante y/o alucinatoria, que habitualmente no se considera como propia de los pacientes afectivos, puede llevar al diagnóstico equivocado de un trastorno esquizofrénico. La ciclación rápida a menudo puede inducir al diagnóstico de un trastorno de personalidad límite o borderline, sobre todo si existe una intensa labilidad y oscilación afectiva. (30)

TRATAMIENTO

El diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los episodios agudos mejora el pronóstico al reducir el riesgo de recaída y duplicar de la tasa de respuesta a los fármacos. La selección de los fármacos depende de la fase de la presentación de la enfermedad y su gravedad. El tratamiento debe continuar indefinidamente debido al riesgo de recaída, que ocurre en un tercio de los pacientes en el primer año después de la presentación y en más de 70% de los pacientes dentro de los siguientes cinco años. (1)

Los pacientes con manía aguda necesitan ser hospitalizados, ya que podrían dañarse a sí mismos o a otros. El objetivo del tratamiento inicial incluye adecuado sueño y la reducción de los síntomas psicóticos. Generalmente se aconseja el uso de estabilizadores del estado de ánimo como el litio y valproato y de antipsicóticos. (28) La terapia de combinación con litio o valproato más un antipsicótico es superior a cualquiera de los agentes por sí solo en la resolución de manía aguda. (31) Para los pacientes con síntomas mixtos, se ha demostrado que el valproato tiene los mejores resultados en resolver el cuadro. Los pacientes con depresión aguda deben ser evaluados para la Ideación suicida u homicida y la necesidad de tratamiento hospitalario. Varios agentes son eficaces para la depresión aguda, entre los que se ha encontrado mayor respuesta están la lamotrigina, litio, quetiapina; si una dosis terapéutica de un estabilizador del estado de ánimo no resuelve los síntomas y el paciente no está en un estado mezclado, se puede añadir un antidepresivo. Los pacientes también pueden beneficiarse de la conmutación de los estabilizadores del humor o la adición de un antipsicótico si están contraindicados los antidepresivos. (32).

DISCAPACIDAD Y TRASTORNO BIPOLAR

En la actualidad reconocidos estudios llevados a cabo por la Organización Mundial de la Salud consideran que la mayor causa de mortalidad prematura y capacidad vital de un individuo está representada en primer lugar, por las enfermedades cardíacas, les siguen en orden de importancia los trastornos afectivos.

El trastorno bipolar se ha asociado con los siguientes tipos de discapacidad: el aumento de la conducta suicida, incremento en el uso y costos de servicios de salud, mayor desempleo y dependencia de la asistencia pública, menor ingreso anual, aumento en el ausentismo laboral por enfermedad, disminución de la productividad del trabajo, peor funcionamiento global, menor calidad de vida y disminución de la vida útil. (33,34, 35)

El curso sintomático longitudinal de los trastornos bipolares se expresa como un continuo dimensional de severidad de los síntomas afectivos. La severidad de los síntomas y la

disfunción psicosocial fluctúan juntos durante el curso de la enfermedad. Los síntomas depresivos en ambos subtipos de trastorno bipolar son al menos tan incapacitantes, y a veces más incapacitantes que los síntomas de manía o hipomanía. Los síntomas depresivos subsindromáticos están asociados con un deterioro significativo, no así los síntomas hipomaniacos subsindromáticos. Sin embargo, el funcionamiento psicosocial de los pacientes estables es bueno, pero no tan buena como la de las personas sanas. (36)

Si bien los pacientes pueden tener un funcionamiento intelectual general normal, la mayoría de ellos presentan alteraciones en la capacidad de administrar los recursos atencionales, en las funciones ejecutivas y en la memoria verbal, especialmente en los momentos agudos de la enfermedad. Varios investigadores coinciden en que estas alteraciones pueden persistir en períodos eutímicos, aunque en forma más atenuada (37). Las evaluaciones que se han realizado de las funciones ejecutivas coinciden al señalar incapacidad para planear, organizar y controlar la conducta en las fases depresivas y de manía/hipomanía, mientras que en la eutimia los pacientes únicamente muestran diferencias cualitativas en comparación con los sujetos sanos caracterizadas por fallas ante tareas de fluidez verbal semántica y enlentecimiento en la velocidad de procesamiento. Con respecto a la atención selectiva, ha sido posible identificar que los pacientes con manía/hipomanía fallan porque presentan mayor cantidad de errores de omisión, asociado con impulsividad y deficiencias en la autorregulación; por otra parte, durante la fase depresiva se observa incapacidad para responder a estímulos importantes y mayor presencia de errores de omisión. Durante la eutimia, se encuentra alterado el componente de inatención debido a que obtienen menores puntajes en la detección del estímulo y requieren mayor tiempo de reacción. Los hallazgos neuropsicológicos antes descritos parecen reflejar la disregulación en la modulación cortical de las redes subcorticales, particularmente en el circuito que implica a la corteza prefrontal, al complejo amígdala-hipocampal, el tálamo, los ganglios basales y sus interconexiones; circuito que ha sido propuesto como un modelo neuroanatómico de la regulación afectiva. Además de la

disregulación en este circuito, parecen estar involucradas disfunciones en los sectores laterales del lóbulo temporal durante las fases de manía/hipomanía. (38)

ENFERMEDAD MENTAL

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental se define como “el bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación”. (39)

Según el DSM-IV, se define al trastorno mental como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p. ej., político., religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción. (40)

ESTIGMA Y ENFERMEDAD MENTAL

Se puede definir al **estigma** según Goffman, como un atributo profundamente devaluador, el cual degrada y rebaja a la persona portadora del mismo. Se ha señalado que los individuos estigmatizados poseen (o se cree que poseen) algún atributo o característica que conlleva una identidad social la cual es devaluado en un contexto social particular. (41) La conceptualización del estigma de la enfermedad mental combina dos conceptos actuales destacados, a saber, el de Corrigan y colaboradores y el de Link y colaboradores. Corrigan incide en los rasgos cognitivos y conductuales centrales del estigma de la enfermedad

mental: los estereotipos (las estructuras de conocimiento cognitivas), el prejuicio (la consecuencia cognitiva y emocional de los estereotipos) y la discriminación (la consecuencia conductual del prejuicio). Por su parte Link aborda el estigma desde una perspectiva más social; refiere que el estigma existe cuando elementos de etiquetado, estereotipo, separación, pérdida de estatus y discriminación ocurren juntos en una situación de poder que permite que estos procesos se desplieguen. En su definición hace hincapié en dos aspectos sociales. Por un lado, afirma que, como precondition de estigma, las diferencias entre las personas se tienen que notar, han de ser consideradas pertinentes y se han de etiquetar en consecuencia. Por otro lado, para que el estigma despliegue sus consecuencias nocivas, el grupo estigmatizador tiene que estar en una situación de más poder que el grupo estigmatizado. (46)

Los trastornos mentales representan una significativa carga para quienes los padecen. Dichos individuos usualmente deben lidiar en la interacción diaria con otras personas o instituciones y con barreras y obstáculos sociales y en consecuencia a los prejuicios y actos discriminatorios hacia las personas estigmatizadas, es frecuente que éstas presenten un bajo nivel de autoestima y una menor calidad de vida, además de una baja adherencia a los tratamientos y una reducción significativa de sus redes sociales.(42); también se ha observado que frecuentemente, dichas personas no pueden acceder a espacios laborales o educacionales normalizados, ni tampoco pueden establecer relaciones de amistad o de pareja; por consiguiente, el estigma se transforma en un fenómeno contraproducente para lograr la plena inclusión social de los individuos con algún padecimiento psíquico.

Se podría decir que la manifestación más grave del estigma es la internalización de este o *autoestigma*; esta condición se refiere a la internalización, por parte del individuo estigmatizado, de las actitudes negativas que ha recibido. (43) Las investigaciones que han evaluado el estigma percibido coinciden en que un alto porcentaje de los participantes anticipan el rechazo al creer que serán discriminadas por padecer un trastorno mental. (44) esto quiere decir que vuelven el prejuicio contra sí mismas, aprueban el estereotipo El autoprejuicio conlleva reacciones emocionales negativas, especialmente autoestima y

autoeficacias bajas. Lleva además a respuestas de comportamiento; a causa de sus autoprejuicios, las personas con enfermedad mental pueden fracasar en buscar un trabajo o en aprovechar oportunidades para vivir independientemente. Si no consiguen alcanzar esta meta ello no se debe a menudo a su enfermedad mental, sino a su comportamiento de autodiscriminación. (46). En definitiva, los estereotipos, prejuicios y discriminaciones asociadas a la enfermedad mental, pueden privar a quienes la padecen de oportunidades que pueden resultar esenciales para el logro de sus objetivos vitales, especialmente aquellos que tienen que ver con su independencia económica y personal (44)

En el caso particular de América Latina, la investigación ha sido escasa. No obstante, algunos estudios desarrollados en Brasil, Argentina, México y Chile han determinado que las personas perciben a los pacientes con trastornos mentales como potencialmente peligrosos, impredecibles, violentos e incapaces de desarrollar actividades laborales.

En México, que tiene una población un poco mayor a 100 millones de personas, se calcula que aproximadamente 15 millones padecen un Trastorno Mental, esto es, una sexta parte de sus habitantes. Además, 18% de la población urbana de entre 18 y 64 años sufre Trastornos del estado de ánimo. (48) Aún así la enfermedad mental sigue siendo estigmatizada por la mayoría de la sociedad, y la gran mayoría de la gente posee una mala imagen de lo que define el espacio de la enfermedad mental, además de que no existe mucha información sobre el tema, y el acceso a dicha información es limitada, quizás por parecer una cuestión poco trascendente en la población mexicana; sin embargo, a pesar de no ser un sector mayoritario y productivo, se sabe que los grupos en riesgo de padecer alguna enfermedad mental son cada día más vulnerables y requieren más y mejor apoyo de las instituciones.

Siguiendo la línea de Ayestaran y Páez (1986) han sido encontrados en la población mexicana, tres concepciones diferentes de la enfermedad mental que explican, parcialmente, el comportamiento de éste:

- La Enfermedad mental como *fenómeno sobrenatural*, concepción propia de los países en desarrollo y de los inmigrantes de estos países y asociada a una cultura agrícola.
- La Enfermedad mental como *fenómeno de causas biológicas*, difícilmente curable. Esta concepción está asociada a la población agrícola y a los pequeños pueblos de USA.
- La enfermedad mental como *fenómeno funcional y psicológico*. La enfermedad es el producto de una situación negativa. El enfermo sería, parcialmente, responsable de lo que le ocurre y puede ser ayudado. (49)

Algunos investigadores de temáticas relativas al estigma han planteado que esta condición en salud mental puede clasificarse de la siguiente manera:

- a) el estigma en las personas con una enfermedad mental
- b) el estigma de (o desde) la familia
- c) el estigma institucional
- d) el estigma público. (43)

Al analizar el estigma público relacionado con la etiología de las enfermedades mentales, se ha podido observar que, a pesar de que con el transcurso del tiempo el público ha adoptado una perspectiva causal neurobiológica de las enfermedades mentales, y que esta perspectiva ha aumentado la tendencia a apoyar su tratamiento, no ha disminuido su estigmatización (45)

ENFERMEDAD MENTAL Y DISCAPACIDAD LABORAL

Los trastornos mentales pueden generar consecuencias en la conducta de los enfermos y repercutir de forma negativa en su actividad laboral, originando incapacidad temporal (IT) o permanente (IP) con los efectos correspondientes.

Según estimaciones del Banco Mundial y la OMS, al menos el 25% de la "carga global de las enfermedades" se atribuye en la actualidad a los trastornos mentales y la evaluación en pérdidas se realiza años de vida perdida ajustados por incapacidad (DALY, por sus siglas en inglés), la esquizofrenia, el trastorno afectivo bipolar y la depresión mayor suman el 10,8% del total. En el trastorno bipolar el mayor gasto es el asociado a los costes indirectos, ligados a pérdida de productividad, ausentismo laboral, etc. (47)

MOTIVACIÓN LABORAL

La *motivación* es una característica de la psicología humana que contribuye al grado de compromiso de la persona; es un proceso que ocasiona, activa, orienta, dinamiza y mantiene el comportamiento de los individuos hacia la realización de objetivos esperados; A pesar que los patrones de comportamiento varían (necesidades de individuo, valores sociales y capacidad individual) el proceso es el mismo para todas las personas: el comportamiento es causado (causa interna o externa, producto de la herencia y/o del medio ambiente); el comportamiento es motivado, ya sea por impulsos, deseos, necesidades o tendencias, y el comportamiento está orientado, siempre está dirigido hacia algún objetivo. Así la motivación, dentro del ámbito laboral, es definida actualmente como un proceso que activa, orienta, dinamiza y mantiene el comportamiento de los individuos hacia la realización de objetivos esperados.

Se han dado muchas explicaciones sobre la motivación laboral, sobre las variables que motivan a las personas a llevar a cabo una tarea. Incluso son varias las clasificaciones que se han hecho de estas teorías, como:

- 1) La clasificación más clásica de Campbell, Dunnette y otros (1970) en teorías de contenido, que tratan de describir los aspectos y factores específicos que motivan a las personas a trabajar, y reconocen que todas las personas tienen necesidades innatas, aprendidas o adquiridas, y teorías en proceso, que se centran en la descripción de la forma de potenciar, dirigir y terminar la conducta en el trabajo.
- 2) La clasificación de Locke (1986) que se distingue entre teorías basadas en las necesidades, en los valores, teorías de las metas y de la autoeficacia.
- 3) La más actual de Kanfer (1992), que propone un modelo heurístico de *constructor* y teorías motivacionales y agrupa las distintas teorías en función del constructor que cada una considera centrales para la motivación (por ejemplo: necesidades o intereses, motivos, elección cognitiva, intenciones, objetivos, auto-regulación), ordenando estos constructores desde los más distales o alejados de la acción concreta a los más proximales o cercanos a esa acción. (50)

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

Se calcula que los trastornos bipolares tienen una prevalencia mundial entre 3.7% y 6,6%. En México, los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, en cuanto a la manía y la hipomanía del trastorno bipolar muestran una tasa de 0.9% y 1.1 % respectivamente.

El trastorno bipolar se ha asociado con mayor desempleo y dependencia de la asistencia pública, menor ingreso anual, aumento en el ausentismo laboral por enfermedad, disminución de la productividad del trabajo, peor funcionamiento global, menor calidad de vida y disminución de la vida útil; en 2004, la Organización Mundial de la Salud clasificó a los trastornos bipolares colectivamente como la 12ª condición incapacitante más común en el mundo para cualquier grupo de edad.

Los individuos con trastornos mentales, incluyendo el trastorno bipolar, usualmente deben lidiar en la interacción diaria con otras personas o instituciones y en consecuencia con prejuicios y actos discriminatorios, provocando que dichas personas no pueden acceder a espacios laborales o educacionales normalizados; siendo la manifestación más grave del estigma la internalización de este, lo que conlleva reacciones emocionales negativas, especialmente autoestima y autoeficacia bajas, provocando que un alto porcentaje de los participantes anticipen el rechazo laboral y social al creer que serán discriminadas por padecer un trastorno mental; por consiguiente, el estigma se transforma en un fenómeno contraproducente para lograr la plena inclusión social.

2.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características de la inserción laboral en pacientes con diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo I en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y qué tanto influye el estigma internalizado y la neurocognición en esta inserción?

2.3 OBJETIVO GENERAL

Describir las características de la motivación para el trabajo en pacientes con diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo I, en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, y su influencia por el estigma internalizado y la neurocognición.

2.4 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir la trayectoria laboral de los pacientes con TBP I, (incluyendo el número de pacientes que trabajan actualmente, número de empleos).
- Describir el nivel de estigma internalizado de acuerdo con las 3 diferentes subescalas del instrumento de King (discriminación, divulgación y aspectos positivos de la enfermedad mental) en la muestra seleccionada.

- Describir la motivación al trabajo (en las áreas de satisfacción laboral, integración al entorno laboral, aceptación social, desempeño social, habilidades laborales, autoestima, percepción del apoyo familiar y asertividad laboral) en pacientes con TBP I, que laboran mediante el Cuestionario de motivación para el trabajo.
- Determinar si existe asociación entre motivación al trabajo y estigma internalizado.
- Determinar si existe alguna influencia de la función cognitiva (valoración con el instrumento NEUROPSI) que modifique el nivel de estigma y/o motivación laboral

2.5 HIPÓTESIS

H0=No existirá una asociación entre el grado de estigma internalizado y la motivación para el trabajo

H1=Existirá una relación (de leve a moderada) entre el estigma internalizado y la motivación para el trabajo.

2. MATERIAL y MÉTODOS

2.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

El diseño de este estudio es **observacional** porque no hay una manipulación artificial del factor de estudio. A pesar de que incluirá procesos descriptivos, sobre los hallazgos en cuanto a inserción laboral, estigma y cognición en la población estudiada, el estudio no se limitará a ello, ya que se realizará una comparación después de categorizar de acuerdo con los hallazgos descritos, por lo que se considera que adquiere el carácter de **analítico transversal**, ya que hay una sola medición en el tiempo.

(David G. Klein Baum, Lawrence L. Kupper, Hal Morgenstern. Epidemiologic Research: Principles and Quantitative Methods. ISBN: 978-0-471-28985-2. May 1982. 560 pages)

2.2 SELECCIÓN Y TAMAÑO DE MUESTRAS

a) **Tipo de muestreo.** - *No probabilístico, por conveniencia*, ya que se seleccionarán a los pacientes conforme asisten a sus citas programadas con los diferentes médicos de la clínica de trastornos afectivos, si bien se pretende de 67 a 80 pacientes, lo cual es más del 10% del total de pacientes activos en la clínica (450 aproximadamente), no es realmente una muestra representativa escogida de forma aleatoria.

(David G. Kleinbaum, Lawrence L. Kupper, Hal Morgenstern. Epidemiologic Research: Principles and Quantitative Methods. ISBN: 978-0-471-28985-2. May 1982. 560 pages)

b) **Tamaño de la muestra** se usó el programa G*power y también las tablas de Cohen* con un tamaño del efecto de 0.3 (medio), con lo cual se obtuvo una $n=85$. Algunos otros programas y fórmulas calculan en 67 la n para un alfa de 0.05 y B-1 de 0-80, pero sobre todo con distribución normal. por lo cual el tamaño ideal de la n debería ser de 85, pero desde 67 podría ser útil para fines de este estudio. En caso de no completarse 85 y que se detectaran distribuciones no válidas, se podría usar la correlación de Spearman.

(A power primer. Cohen J. Psychological Bulletin, 1992, 112, 155-159)

2.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- Pacientes con el diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo I, según los criterios diagnósticos del DSM-5.
- Ambos sexos.
- Tiempo de evolución de la enfermedad mayor a 1 año.
- Pacientes de 15 a 75 años.

- Pacientes que acepten participar en el estudio mediante firma del consentimiento informado.
- Pacientes que sepan leer y escribir.
- Pacientes que acudan regularmente a la consulta externa de la clínica de Trastornos del Afecto del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

Criterios de no inclusión:

- Pacientes que presenten alguna enfermedad neurológica y/o del aparato visual o auditivo que impida la adecuada realización de los instrumentos que se aplicarán en el estudio.
- Pacientes que no hablen español.
- Pacientes con trastorno bipolar que presenten otras condiciones médicas no psiquiátricas descompensadas.
- Pacientes que presenten un episodio agudo de depresión o manía.
- Pacientes que se encuentren agresivos o agitados durante las entrevistas.
- Comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos.
- Diagnóstico de algún trastorno de personalidad.

Criterios de eliminación:

- Pacientes que decidan retirarse sin concluir las evaluaciones.

2.4 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

TRASTORNO BIPOLAR TIPO I

El Trastorno bipolar tipo I, es un trastorno mental caracterizado por cambios inusuales en el ánimo, la energía y la capacidad de una persona de funcionar. Se diagnostican más comúnmente en la adolescencia o principios la edad adulta, después de varios años de

padecerlo; los síntomas incluyen períodos de manía, psicosis o depresión intercalados con períodos de relativo bienestar. Los pacientes rara vez experimentan un solo episodio, con tasas de recaída de más del 70% a los cinco años. (1)

ESTIGMA INTERNALIZADO

El estigma internalizado se refiere a la internalización de las actitudes negativas que ha recibido. (26) Las investigaciones que han evaluado el estigma percibido coinciden en que un alto porcentaje de los participantes anticipan el rechazo al creer que serán discriminadas por padecer un trastorno mental. (27) esto quiere decir que vuelven el prejuicio contra sí mismas, aprueban el estereotipo; y el autoprejuicio conlleva reacciones emocionales negativas, especialmente autoestima y autoeficacias bajas; además lleva a respuestas de comportamiento.

A causa de sus autoprejuicios, las personas con enfermedad mental pueden fracasar en buscar un trabajo o en aprovechar oportunidades para vivir independientemente. Si no consiguen alcanzar esta meta ello no se debe a menudo a su enfermedad mental, sino a su comportamiento de autodiscriminación

DETERIORO NEUROCOGNITIVO EN TRASTORNO BIPOLAR

La mayoría de los pacientes con trastorno bipolar presentan alteraciones en la capacidad de administrar los recursos atencionales, en las funciones ejecutivas y en la memoria verbal, especialmente en los momentos agudos de la enfermedad. Varios investigadores coinciden en que estas alteraciones pueden persistir en períodos eutímicos, aunque en forma más atenuada (20).

Las evaluaciones que se han realizado de las funciones ejecutivas coinciden al señalar incapacidad para planear, organizar y controlar la conducta en las fases depresivas y de manía/hipomanía, mientras que en la eutimia los pacientes únicamente muestran diferencias cualitativas en comparación con los sujetos sanos caracterizadas por fallas ante tareas de fluidez verbal semántica y enlentecimiento en la velocidad de procesamiento.

Con respecto a la atención selectiva, ha sido posible identificar que los pacientes con manía/hipomanía fallan porque presentan mayor cantidad de errores de omisión, asociado con impulsividad y deficiencias en la autorregulación; por otra parte, durante la fase depresiva se observa incapacidad para responder a estímulos importantes y mayor presencia de errores de omisión. Durante la eutimia, se encuentra alterado el componente de inatención debido a que obtienen menores puntajes en la detección del estímulo y requieren mayor tiempo de reacción.

Los hallazgos neuropsicológicos antes descritos parecen reflejar la disregulación en la modulación cortical de las redes subcorticales, particularmente en el circuito que implica a la corteza prefrontal, al complejo amígdala-hipocampal, el tálamo, los ganglios basales y sus interconexiones; circuito que ha sido propuesto como un modelo neuroanatómico de la regulación afectiva. Además de la disregulación en este circuito, parecen estar involucradas disfunciones en los sectores laterales del lóbulo temporal durante las fases de manía/hipomanía. (21)

MOTIVACIÓN LABORAL

La motivación dentro del ámbito laboral es definida actualmente como un proceso que activa, orienta, dinamiza y mantiene el comportamiento de los individuos hacia la realización de objetivos esperados. (31)

2.5 MEDICIÓN DE LAS PRINCIPALES VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLES INDEPENDIENTES	TIPO	MEDICIÓN
Sexo	Nominal Dicotómica	Femenino/Masculino
Edad	Cuantitativa Discreta	Años
Escolaridad	Cualitativa Ordinal	Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Posgrado
Nivel socioeconómico	Cualitativa Ordinal	Estudio socioeconómico
Estado Civil	Cualitativa Nominal	Soltero Casado/unión libre Viudo Divorciado/ Separado
Ocupación	Cualitativa Nominal	Ninguna Estudiante Hogar Actividad remunerada
Edad de inicio	Cuantitativa discreta	Años. Expediente clínico
Tiempo de evolución	Cuantitativa discreta	Años
Episodios psicóticos previos	Cuantitativa discreta	Número de episodios previos
Hospitalizaciones previas	Cualitativa Nominal dicotómica	No / Si
Número de Hospitalizaciones	Cuantitativa discreta	Número total

VARIABLES DEPENDIENTES	TIPO	MEDICIÓN
Estigma Internalizado	Cuantitativa discreta	Escala de estigma internalizado de King et al. (ISS)
Inclusión y motivación laboral	Cuantitativa discreta	Cuestionario de motivación para el trabajo
Función cognitiva	Cuantitativa discreta	NEUROPSI

2.6 DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN

Formato de datos demográficos

Este formato concentra la información clínica-demográfica de cada uno de los pacientes participantes en el estudio. Para obtener los datos de este formato, se realizará una entrevista al paciente con diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo I que acuda a la clínica de Trastornos del Afecto del INPRFM y al familiar que tenga mayor conocimiento acerca del inicio y evolución del padecimiento del paciente.

La sección de datos generales contendrá la ficha de identificación del paciente en la que se incluirá la edad, el sexo, nivel de escolaridad, estado civil y ocupación al momento del estudio.

Para obtener los datos de las variables relacionadas al nivel socioeconómico, edad de inicio del padecimiento, tiempo de evolución del mismo, el número de episodios psicóticos previos y número de hospitalizaciones, además de la entrevista que se realizará al paciente y su familiar, se complementarán o corroborarán los datos proporcionados mediante la revisión del expediente clínico.

Escala de estigma internalizado de King et al. (ISS):

Escala compuesta por 28 reactivos que se evalúan con una escala tipo Likert de cinco puntos que va de «muy de acuerdo» a «muy en desacuerdo» (0 a 4); para integrar tres subescalas (discriminación, divulgación y aspectos positivos de la enfermedad mental). La subescala de discriminación contiene reactivos que se refieren a las reacciones negativas de otras personas, incluye actos de discriminación realizados por personal de salud, empresarios y policías. La subescala de divulgación interroga acerca de la vergüenza o el temor a divulgar o manejar la información acerca de la enfermedad para evitar la discriminación. La última subescala, la de aspectos positivos, determina cómo la gente acepta su enfermedad y muestra la forma en que los sujetos se perciben menos afectados por el estigma.

A mayor puntaje total más alto es el nivel de estigma internalizado del paciente, pues se invierten las calificaciones de los reactivos que evalúan los aspectos positivos. La ISS original

(en inglés) cuenta con adecuada consistencia interna con puntajes alpha de Cronbach de 0.87 para el total, de 0.87 para la subescala de discriminación, 0.85 en la de divulgación y 0.64 en la de aspectos positivos. Además el análisis factorial confirmó la estructura hipotetizada al arrojar tres factores: el primero (discriminación) explica el 25.4% de la varianza en la puntuación, el segundo (divulgación) un 10.08% y finalmente el tercero, de aspectos positivos, el 7.24%. (51)

NEUROPSI

Es un instrumento de evaluación neuropsicológica breve, objetivo y confiable que permite la evaluación de los procesos cognoscitivos en pacientes psiquiátricos, neurológicos y pacientes con diversos problemas médicos. Entre los rubros que evalúan se encuentran: orientación, atención y concentración, memoria, lenguaje, habilidades viso-espaciales, funciones ejecutivas, lectura, escritura y cálculo.

El sistema de calificación aporta datos cuantitativos y cualitativos. Se cuantifican los datos crudos y se convierten a puntajes normalizados. El sistema de calificación permite obtener un puntaje total y un perfil individual de funciones cognoscitivas. Este perfil señala las habilidades e inhabilidades del sujeto en cada una de las áreas cognoscitivas evaluadas. La confiabilidad global test-retest fue de 0.96. La Confiabilidad entre examinadores fue de 0.89 a 0.95. (53)

Cuestionario de Motivación del Trabajo adaptado para enfermos mentales crónicos.

Cuestionario que evalúa la motivación en el área laboral, a través de preguntas abiertas y cerradas con respuestas dicotómicas de verdadero y falso, cuyos resultados posteriores se procesan ordinalmente y posterior en porcentajes del 0 al 100%, siendo a mayor porcentaje mayor motivación. Brinda un resultado global, así como para cada uno de los factores que evalúa, los cuales son: satisfacción laboral, Integración al entorno laboral, aceptación social,

desempeño social, habilidades laborales, percepción del apoyo familiar y asertividad laboral. (52)

2.7 PROCEDIMIENTO

Para este proyecto de investigación, se reclutarán a pacientes con el diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo I, que acudan de manera regular a la clínica de Trastornos del Afecto del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y que cumplan con los criterios de inclusión.

A estos pacientes se les solicitará su participación en el estudio, mediante una explicación verbal amplia, la cual será brindada tanto al paciente como a su familiar responsable, y a quienes acepten participar, se les entregará el consentimiento informado en donde se encontrará detallado el procedimiento que se va a realizar con los objetivos correspondientes, con la finalidad de que los participantes tengan una comprensión total y despejen todas sus dudas

Posterior a esto, se realizará una recolección de datos socio-demográficos de los participantes, tales como: número de expediente clínico, edad, sexo, estado civil, años de escolaridad, ocupación, edad de inicio del trastorno bipolar, tiempo de evolución y curso del padecimiento, en relación al curso del trastorno bipolar, se detallará el número de episodios psicóticos pasados, así como el número de hospitalizaciones en caso de haberlas requerido. Los datos antes mencionados, serán registrados en formatos específicos, que serán realizados para el estudio.

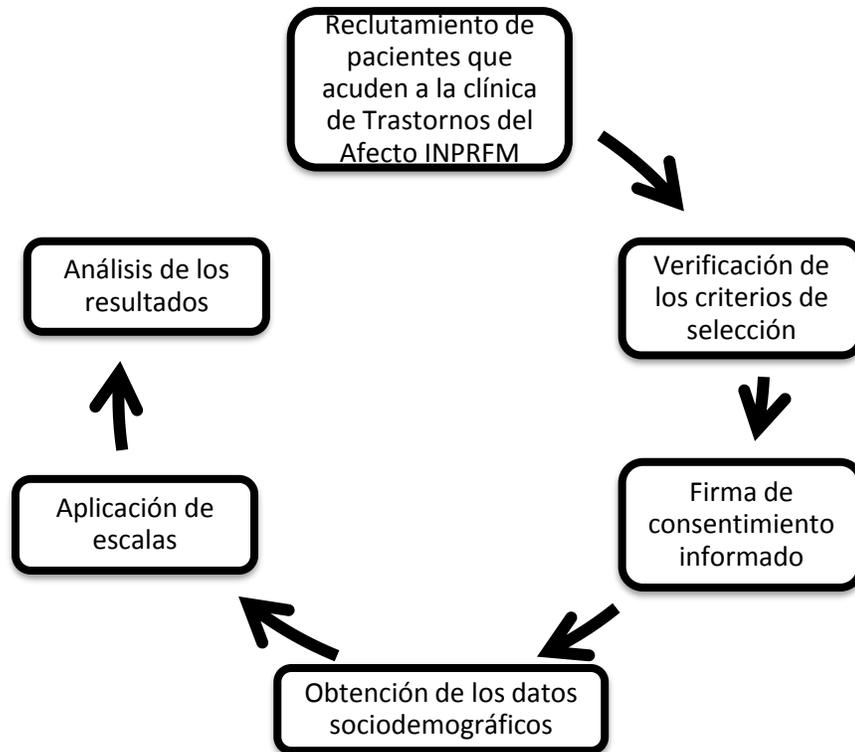
En primer lugar, se procederá a corroborar el diagnóstico de cada uno de los participantes, mediante los criterios diagnósticos del DMS-5 para Trastorno Bipolar tipo I. Posteriormente, se les aplicará la Escala de estigma internalizado de King et al. (ISS), NEUROPSI y Cuestionario de Motivación del Trabajo adaptado para enfermos mentales crónicos.

En caso de que el paciente desee retirarse durante las evaluaciones que se realizarán, se les recordará que tal decisión no alterará su seguimiento en la consulta externa, y en caso de

que los pacientes presenten algún episodio de agitación o agresividad durante las sesiones, serán derivados personalmente por la investigadora al servicio de Atención Psiquiátrica Continua del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Este estudio forma parte del proyecto GENDDER:B DSC-1683.

Diagrama de flujo del procedimiento



2.8 CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	DURACIÓN				
	R2-1	R2-2	R3-1	R3-2	R4-1
Elaboración del anteproyecto	X				
Presentación del anteproyecto al Comité de Tesis		X			
Solicitud de Autorización al Comité de Ética		X			
Realización de correcciones del anteproyecto		X			

Reclutamiento de pacientes y entrega de consentimiento informado		X	X		
Aplicación de los instrumentos de evaluación			X	X	
Concentración de datos y análisis de resultados				X	
Redacción del texto de Tesis				X	
Revisión por tutores y correcciones del documento final				X	
Entrega final de la tesis a la UNAM y al comité de Tesis					X

2.9 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizarán tablas de contingencia, porcentajes y proporciones para las variables sociodemográficas y correlación simple y ANOVA para el análisis de las escalas de estigma y de motivación para el trabajo. Se utilizará el funcionamiento cognitivo como covariable para los análisis. Se utilizará el programa SPSS versión 20 y Statgraphics Centurion XV.

2.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio se realizará de acuerdo a los principios generales estipulados en la declaración de Helsinki. (54)

A todos los participantes y sus familiares se les solicitará el consentimiento informado, donde estará expuesta la explicación detallada del estudio, esto se realizará ante dos testigos y el médico investigador responsable. Se les explicará a los pacientes, que en caso de que no sea de su agrado continuar en el estudio, podrán abandonarlo en cualquier momento, sin que esto implique cambios en la atención médica que recibe. Los datos generados en la investigación se utilizarán únicamente con fines científicos y no se les dará

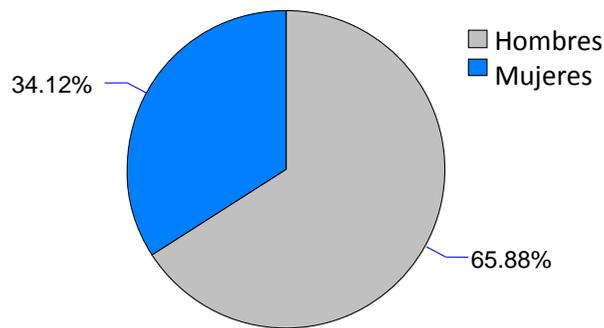
otro uso, se garantizará la absoluta confidencialidad de los datos obtenidos de los pacientes que accedan a participar.

Todos los procedimientos, se realizarán de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud: *“Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección I. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”*. (55)

3. RESULTADOS.

Se incluyeron un total de 85 pacientes, 56 de las cuales fueron mujeres (65.88%) y 29 de los cuales eran hombres (34.12%). El promedio de edad fue de 42.6 años +/- 14.77. El rango fue de los 21 a los 85 años. En cuanto a los años de estudio se excluyeron a 3 pacientes que fueron identificados como valores extremos de acuerdo a la prueba de Grubb, quedando entonces 83 pacientes en total para los análisis que involucraron tal variable, obteniéndose una media de 14.14 años con DE de 2.8 con un rango de 6 a 18 años. No existió diferencia significativa en cuanto a los años de estudio al comparar entre hombres y mujeres.

Gráfica 1 Sectores para sexo



La media de la clasificación socioeconómica otorgada fue de 2.34 con DE de 0.80.

La media de la edad de inicio del padecimiento fue de 26.64 años con DE de 10.44 y un intervalo que fue de 12 a 58. No existió diferencia estadísticamente significativa entre la edad de inicio en hombres y mujeres. La media del total de años de evolución del padecimiento fue de 15.48 con una DE de 10.30 y un rango de 49 que fue de 1 a 50.

La media para el total de episodios con síntomas psicóticos fue de 1.96 con una DE de 1.83 y un rango de 10 que fue de 0 a 10.

Solo 11 pacientes es decir 12.94% de la muestra no tuvo síntomas psicóticos. No existió diferencia en síntomas psicóticos entre hombres y mujeres.

La media para el total de hospitalizaciones fue de 1.88 con una DE de 2.10 y un rango de 15 que fue de 0 a 15.

En cuanto al número de empleos totales la media fue de 4.45 con DE de 2.99 y un rango de 19 con un intervalo que fue de 1 a 20.

La edad promedio para el último empleo fue de 38.76 con DE de 12.30, un rango de 46 que fue de 19 a 65.

El ingreso promedio (salario) fue de 7390.38 con DE de 7737.79 pesos, con un rango de 39500 que fue de 500 a 40000 pesos.

TABLA 1
VARIABLES CLÍNICAS Y LABORALES

	MEDIA	DE
EDAD	42.6	14.77
AÑOS DE ESTUDIO	14.14	2.8
EDAD DE INICIO DEL PADECIMIENTO	26.64	10.64
AÑOS DE EVOLUCIÓN DEL PADECIMIENTO	15.48	10.30
EPISODIOS CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	1.96	1.83
TOTAL DE HOSPITALIZACIONES	1.88	2.10
NÚMERO DE EMPLEOS TOTALES	4.45	2.99
EDAD PROMEDIO EN EL ÚLTIMO EMPLEO	38.76	12.30
INGRESO PROMEDIO	7390.38 PESOS	7737.79

En cuanto a la tasa de desempleo no existió diferencia estadísticamente significativa de acuerdo a la prueba exacta de Fisher; 5.88% de las mujeres estaban desempleadas contra 2.35% de los hombres. Sin embargo existió una diferencia marcada entre las ocupaciones, ya que 17 mujeres trabajaban solo en el hogar contra 1 de los hombres.

Tabla2
OCUPACIONES

<i>Ocupación</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Artista	2	2.3
Autoempleo	6	7
Desempleado	7	8
Empleado	16	18
Estudiante	2	2.35
Hogar	18	21
Jubilado	3	3.5
Manual	14	16.4
prof o tec independiente	11	12.9
Técnico	6	7

Gráfica 2
Barras de Ocupación

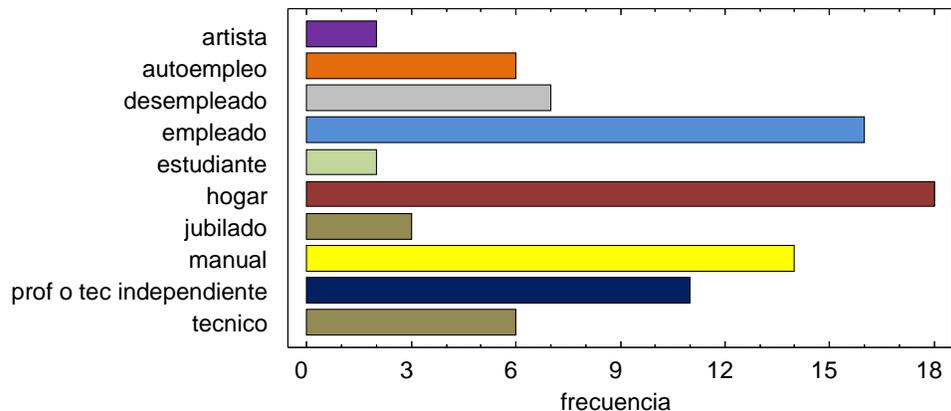


Tabla 3: Estado Civil

Valor	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	41	48.2
U. libre	5	5.8
Casado	26	30.3
Divorciado	8	9.4
Viudo	5	5.8

En cuanto al estado civil y la escala de Motivación para el Trabajo se observó que los pacientes divorciados tuvieron un puntaje menor en Integración Laboral, lo cual tuvo una diferencia estadísticamente significativa al compararse con los solteros, casados y en unión libre, con una $p=0.032$ y una $F=2.77$

TABLA 4.

PUNTAJES DE LA ESCALA DE ESTIGMA INTERNALIZADO

	DISCRIMINACIÓN	DIVULGACIÓN	ACTITUDES POSITIVAS DE LA ENFERMEDAD
Recuento	85	85	83
Promedio	19.6824	20.0118	6.83133
Desviación Estándar	9.88892	7.54746	3.09137
Coefficiente de Variación	50.2426%	37.7151%	45.2529%
Mínimo	0.0	3.0	1.0
Máximo	41.0	37.0	15.0
Rango	41.0	34.0	14.0

La media del puntaje para cada subescala de la Escala de Estigma internalizado fue de 19.68, 20 y 6.83 que correspondieron a la escala de Discriminación, divulgación y actitudes positivas hacia la enfermedad, respectivamente.

GRÁFICA 3

Diagrama de Sectores de Estado Civil

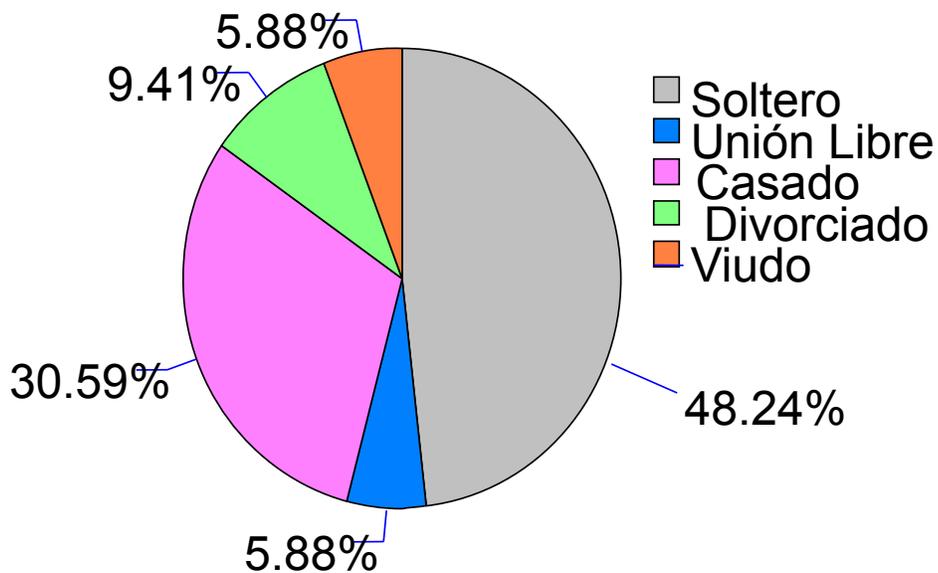


TABLA 5
PUNTAJE TOTAL Y DE CADA SUBESCALA DE LA ESCALA DE MOTIVACIÓN LABORAL

	Satisfacción Laboral	Integración Laboral	Aceptación Social	Desempeño Social	Habilidades Laborales	Autoestima	Apoyo Familiar	Asertividad Laboral	PUNTAJE TOTAL
Recuento	85	85	85	85	85	85	85	85	85
Promedio	6.52941	3.75294	1.35294	3.02353	3.76471	1.57647	2.05882	3.51765	26.5412
Desviación Estándar	1.17096	1.4712	0.718893	1.2722	1.24065	0.624433	0.792118	1.00726	4.59439
Coefficiente de Variación	17.9336%	39.2012%	53.1355%	42.0766%	32.9548%	39.6095%	38.4743%	28.6344%	17.3104%
Mínimo	4.0	1.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	1.0	14.0
Máximo	8.0	6.0	2.0	4.0	5.0	2.0	3.0	6.0	34.0
Rango	4.0	5.0	2.0	4.0	4.0	2.0	3.0	5.0	20.0

Tabla 6
CORRELACIONES ENTRE LA ESCALA DE MOTIVACIÓN PARA EL TRABAJO Y LA ESCALA DE ESTIGMA DE KING

	MT Satisfacción laboral	MT Integración laboral	MT Aceptación Social	Estigma sub discriminación	Estigma Sub divulgación	Estigma. Actitudes Postivas enfermedad
Motivación para el trabajo Satisfacción Laboral.		0.0986	0.3150	-0.2413	-0.1668	-0.0362
		(83)	(83)	(83)	(83)	(83)
		0.3751	0.0037	0.0280	0.1317	0.7455
Motivación para el trabajo	0.0986		0.4728	-0.3189	0.0853	-0.0051

Integración laboral.						
	(83)		(83)	(83)	(83)	(83)
	0.3751		0.0000	0.0033	0.4430	0.9638
Motivación para el trabajo	0.3150	0.4728		-0.2428	-0.0902	-0.2335
Aceptación social_						
	(83)	(83)		(83)	(83)	(83)
	0.0037	0.0000		0.0270	0.4175	0.0336

En la tabla 6 se observa que la subescala de Satisfacción Laboral tuvo una correlación leve e inversa de -0.241 con la subescala de Estigma Discriminación con una p de 0.028. Que indica que a mayor estigma existe menos satisfacción laboral .

La subescala de Integración laboral tuvo una asociación inversa leve de -0.318 con la subescala de Estigma Discriminación con una p=0.003, que indica que a mayor discriminación se observa menor integración laboral.

La subescala de Aceptación Social tuvo una asociación inversa leve de -0.242 con la subescala de Estigma Discriminación con una p =0.027

La subescala de Aceptación Social tuvo una asociación inversa leve de -0.233 con la subescala actitudes positivas sobre la enfermedad, lo cual indica que los pacientes con mayor aceptación social laboral, tenían menos actitudes positivas hacia su enfermedad.

TABLA 7

CORRELACIONES ENTRE LA ESCALA DE MOTIVACIÓN PARA EL TRABAJO Y LA ESCALA DE ESTIGMA DE KING

	MT_Desempeño Social	MT Habilidades Laborales	MT Autoestima	Estigma Sub Discriminación	Estigma Sub Divulgación	Estigma Aspectos Positivos Enfermedad
Motivación para el trabajo Desempeño Laboral		0.3987	0.2939	-0.1183	-0.1711	-0.1132
		(83)	(83)	(83)	(83)	(83)
		0.0002	0.0070	0.2869	0.1219	0.3080
Motivación para el trabajo Habilidades Laborales	0.3987		0.4102	-0.1145	-0.0027	-0.0170
	(83)		(83)	(83)	(83)	(83)
	0.0002		0.0001	0.3025	0.9809	0.8786
Motivación para el trabajo Autoestima	0.2939	0.4102		-0.2188	-0.1007	-0.0067
	(83)	(83)		(83)	(83)	(83)
	0.0070	0.0001		0.0469	0.3649	0.9518

En la tabla 7 se observa que la subescala de Autoestima tuvo una asociación leve e inversa de -0.218 con la subescala Estigma discriminación con una $p= 0.04$, lo que indica que a mayor discriminación menor autoestima.

TABLA 8

CORRELACIONES ENTRE LA ESCALA DE MOTIVACIÓN PARA EL TRABAJO Y LA ESCALA DE ESTIGMA DE KING

	MT Apoyo familiar	MT_Asertividad Laboral	MT Puntaje Total	Estigma Sub Discriminación	Estigma Sub Divulgación	Estigma Sub Actitudes Positivas Enf.
Motivación para el trabajo Apoyo Familiar		0.1139	0.2982	-0.0902	-0.1165	-0.1577
		(83)	(83)	(83)	(83)	(83)
		0.3051	0.0062	0.4172	0.2944	0.1545
Motivación para el trabajo Asertividad Laboral	0.1139		0.3761	-0.2014	0.0614	-0.0113
	(83)		(83)	(83)	(83)	(83)
	0.3051		0.0005	0.0679	0.5816	0.9191
Motivación para el trabajo Puntaje Total	0.2982	0.3761		-0.3605	-0.1018	-0.1104
	(83)	(83)		(83)	(83)	(83)
	0.0062	0.0005		0.0008	0.3597	0.3205

En la tabla 8 se observa que el puntaje total de la escala Motivación para el Trabajo tuvo una asociación aún leve, pero ya casi moderada e inversa, de -0.360 con la subescala de Estigma Discriminación, con una $p=0.0008$

TABLA 9.

PUNTAJE POR DIMENSIONES Y PUNTAJE TOTAL DEL NEUROPSI

	Orientación	Atención	Memoria	Lenguaje	Lectoescritura	Funciones ejecutivas	Total
Recuento	85	85	85	85	85	85	85
Promedio	1.75294	1.90588	1.41176	1.67059	1.72941	1.63529	1.08235
Desviación Estándar	0.460483	0.331789	0.518563	0.472789	0.472789	0.508196	1.01432
Mínimo	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0
Máximo	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	3.0
Rango	2.0	2.0	2.0	1.0	2.0	2.0	3.0

Los puntajes de los dominios del neuropsi van de: 0=severo, 1=moderado, normal=2. En cuanto a la distribución de los dominios del NEUROPSI (ver tabla 9), en orientación la media fue de 1.75, es decir, casi todos los pacientes estaban sin daño). Para atención también la mayoría de los pacientes estaban dentro de la normalidad, con una media de 1.90 y una desviación estándar estrecha de 0.331. Para memoria (valores que van de 0=severo, 1=moderado, 2=normal y 3=normal alto), la media fue de 1.41, con una desviación de 0.518, lo cual quiere decir que estaban más hacia el daño moderado. Para lenguaje la media fue de 1.67 con una desviación estándar de 0.472. En lecto-escritura la media fue de 1.72 con una DE de 0.472 y finalmente para las funciones ejecutivas la media fue de 1.63 con una DE de 0.472.

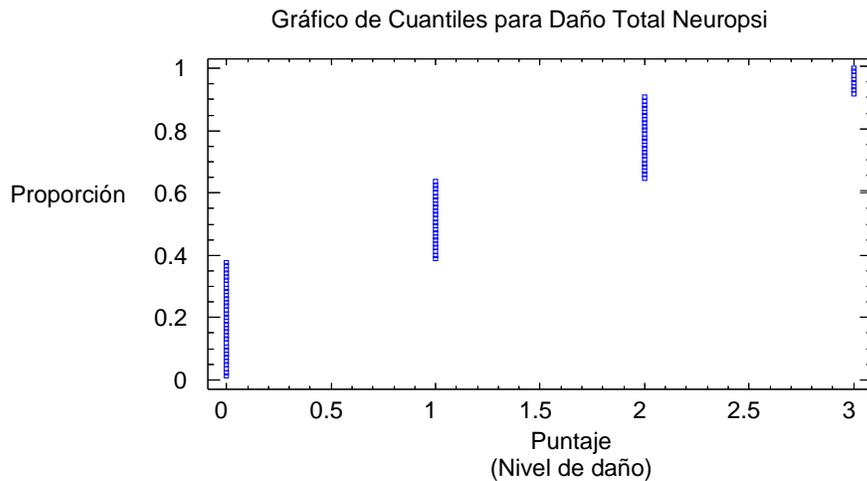
TABLA 10.

DISTRIBUCIÓN DE LOS PUNTAJES DE DAÑO DE ACUERDO A LA ESCALA NEUROPSI

		<i>Frecuenci a</i>	<i>Frecuenci a</i>
<i>Punto Medio</i>	<i>Frecuenci a</i>	<i>Relativa</i>	<i>Rel. Acum.</i>
0	32	0.3765	0.3765
1	22	0.2588	0.6353
2	23	0.2706	0.9059
3	8	0.0941	1.0000

Para el total de daño el puntaje está invertido, es decir, mientras más puntos más daño, en este caso, la mayoría de los pacientes estuvieron dentro de la normalidad (el 63% estuvo sin daño o daño moderado) de acuerdo a lo especificado por los puntajes sugeridos de la escala, sin embargo el segundo valor más frecuente fue el daño moderado es decir 2 puntos. La media fue de 1.08 con una DE amplia de 1.01. El 9% de los pacientes tuvo un daño severo. (ver tabla 10 y gráfica 4)

GRÁFICA 4



En cuanto a posibles correlaciones entre el NEUROPSI y la Escala de Motivación para el trabajo solo se encontró que la dimensión “atención” tuvo una correlación positiva débil con $p=0.298$ con la subescala de Satisfacción Laboral, con una $p= 0.0068$.

No existieron correlaciones significativas entre el NEUROPSI y la Escala de Estigma.

La edad de inicio del padecimiento tuvo una correlación positiva y débil de 0.239 con la subescala de actitudes positivas hacia la enfermedad de la Escala de Estigma, con una $p=0.03$

Los años totales de estudio tuvieron una correlación débil e inversa de -0.377 con el nivel de daño de acuerdo a la puntuación total del Neuropsi, con una $p=0.006$.

4. DISCUSIÓN

La tasa de desempleo para los pacientes incluidos en este estudio fue de 8%, lo cual es mayor a la media nacional que es de 3% aproximadamente según datos reportados en

2017, y es importante hacer notar que la media de edad de nuestra población está en una edad aún bastante productiva (42 años) y que la media de escolaridad de nuestra muestra (14.14) fue mayor a la media nacional que es de 9.2 años de acuerdo a lo reportado en 2016 por el Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación. Al juntar al grupo de profesionistas independientes o técnicos independientes con los pacientes que estaban empleados se obtuvo un 20.9%; sin embargo los pacientes que reportaron estar empleados en muchas ocasiones estaban en negocios familiares y la retribución por dichos trabajos puede ser más baja que si se encontraran con otro tipo de empleadores. Los pacientes que reportaron estar autoempleados fueron un 7%.

Una de las limitantes con respecto a la descripción del empleo en nuestra muestra fue no tener datos que pudieran haber clasificado en empleo formal e informal la información proporcionada por los participantes, sin embargo se reporta que por lo menos el 7% estaban autoempleados y la mayoría de estas personas podrían pertenecer al sector informal.

En cuanto al objetivo principal, observamos que de la Escala de Estigma Internalizado de King, la subescala que estuvo más asociada fue la subescala de discriminación, que mostró una correlación débil e inversa en todos los casos, con varias subescalas de motivación para el trabajo, tales como: satisfacción laboral, integración laboral y integración social y autoestima. Lo cual quiere decir que cuando se tiene un puntaje mayor para estigma se afectan todas estas subescalas de motivación para el trabajo.

Con respecto a las otras subescalas de la Escala de Estigma Internalizado, solo la subescala de Aceptación Social tuvo una asociación inversa leve de -0.233 con la subescala actitudes positivas sobre la enfermedad, lo cual podría causar algo de extrañeza, ya que la hipótesis que se puede generar a partir de este hallazgo es que aquellas personas que tenían una menor aceptación de la enfermedad, tenían una mejor aceptación social, sin embargo sería

pertinente controlar también controlar los rasgos de personalidad e incluso la autoestima de estas personas para saber qué tanto podrían ser variables confusoras o mediadoras.

Cuando se realizó el análisis con el total del puntaje de motivación para el trabajo se obtuvo una correlación más fuerte y también negativa con la subescala de Discriminación, que fue de -0.360 y con una significancia estadística mayor, lo cual soporta todos los hallazgos antes mencionados y plantea la necesidad de realizar modelos de regresión en los cuales se pueda incluir esta subescala junto con otras variables, de tal forma que se pueda entender qué tanto peso puede llegar a tener en el rendimiento y aceptación laboral en personas con TBP.

Los resultados de este estudio son congruentes con lo que se ha reportado en varios estudios previos. Por ejemplo, Pal y Cols (2017) encontraron que el nivel de estigma internalizado de acuerdo a la Escala de Estigma Internalizado (ISMI) se relacionaba con un mal funcionamiento en áreas tales como la socio-ocupacional, en los ingresos mensuales, y educación. En este mismo estudio se observó que el estigma internalizado de los pacientes con TBP tenía puntajes que se encontraban intermedios al ser comparados con los puntajes de pacientes con esquizofrenia y pacientes con ansiedad

El estigma percibido se ha asociado con una disminución en la calidad de vida (Alonso et al., 2009), autoestima más baja (Hayward et al., 2002), disminución en el funcionamiento en el trabajo y en ciertos roles (Alonso et al., 2009) y mayores restricciones en la frecuencia y la calidad de las actividades sociales y de ocio. (Perlick et al., 2001; Alonso, et al., 2009). En este estudio no se planteó la medición de la calidad de vida como tal, sin embargo es bastante probable que también se vea afectada si se pudiese medir en esta misma población, ya que muchos de los pacientes han tenido varios trabajos, que se reflejó en que a pesar de que la media de edad es de 42 años, la media de empleos a lo largo de la vida fue de más de 4.

Otros estudios han mostrado que los pacientes con diagnóstico de depresión o trastorno bipolar, el auto-estigma ha sido asociado no solo con una reducción en la calidad de vida (Yen et al., 2005), sino con una menor autoestima (Ritsher and Phelan, 2004; Werner et al., 2009), reducción moral (Ritsher and Phelan, 2004) y el incremento de conductas evitativas. (Kanter et al., 2008; Manos et al., 2009). Estos hallazgos son congruentes con los resultados obtenidos en el presente estudio, donde nuevamente la subescala de Discriminación de la Escala de Estigma Internalizado de King, mostró una asociación con la subescala de autoestima de la Escala de motivación para el trabajo.

En cuanto a la cognición, 37% de los pacientes no tuvieron daño de acuerdo al NEUROPSI, y más del 60% si acaso tuvieron daño moderado. Un 8% de los pacientes tuvieron de los pacientes Otro de los hallazgos secundarios de este estudio es que mientras más años de estudio se han tenido, se reporta un menor daño cognitivo, aún controlando la edad de inicio del padecimiento.

La única asociación que se obtuvo con el Neuropsi fue para la dimensión de atención, que tuvo una correlación positiva leve con la subescala de satisfacción laboral. El resto de las subescalas tanto de motivación laboral como de estigma no mostraron correlaciones con este instrumento de valoración del daño cognitivo, lo cual es importante porque se demostró que los hallazgos entre la subescala de discriminación y las diferentes subescalas de motivación para el trabajo no tienen relación con este desempeño.

Sería conveniente hacer campañas dirigidas a la población general, para evitar el estigma hacia los pacientes con los llamados Trastornos Mentales Graves (que son trastornos psiquiátricos crónicos y que llegan a requerir hospitalizaciones en algún momento de la vida, así como tratamiento de mantenimiento de por vida) para que se promueva la búsqueda de atención en caso de identificar tales síntomas y la inclusión social de estas personas, ya que la sociedad tiende a pensar que este tipo de padecimientos se pueden resolver solo con “voluntad”.

Lo más grave que podemos analizar de acuerdo a la información obtenida es que las personas con trastorno bipolar llegan a percibir discriminación y eso impacta de forma negativa en la motivación que tienen para trabajar aún cuando muchos de sus compañeros quizá no sepan que padecen TBP, lo cual quiere decir que es muy probable que se trate de una autolimitación o “autoestigma”. En futuras investigaciones de este tipo será necesario añadir alguna pregunta que pueda delimitar si se ha divulgado que se padece TBP en el área de trabajo.

5. CONCLUSIONES

6.

- Se observó un mayor porcentaje de desempleo en la población estudiada en comparación con la media nacional. El resto de los indicadores laborales parecen ser compatibles con los indicadores nacionales.
- Se identificó una correlación leve entre el puntaje total de la escala de motivación para el trabajo y la subescala de Discriminación de la Escala de Estigma Internalizado de King.
- Solo la subescala de Estigma se correlacionó de forma débil pero significativa con varias subescalas de la escala de Motivación para el trabajo.
- El nivel de daño cognitivo medido por el instrumento Neuropsi no mostró asociación o mediación entre las asociaciones de motivación para el trabajo y la escala de estigma.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL, Hammen C. Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 1995;152(11):1635-1640.
2. Kaplan H, Sadock B. Sinopsis de Psiquiatría: Trastornos del estado de ánimo (cap 15). 10 edición. Editorial Lippincott y Wilkims 2009.
3. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication [published correction appears in *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(9):1039]. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(5):543-552.
4. Medina-Mora, M.-E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L., Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalence of mental disorders and use of services: Results from the Mexican National Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental*, 26,(4) 1-16.
5. Cassidy F. Risk factors of attempted suicide in bipolar disorder. *Suicide Life Threat Behav*. 2011;41(1):6-11.
6. McElroy SL, Altshuler LL, Suppes T, Keck PE, Frye MA, Denicoff KD, et al. Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 2001;158: 420–6.
7. Craddock N, Jones I. Molecular genetics of bipolar disorder. *Br J Psychiatry*. 2001;178:s128–33.
8. McGuffin P, Rijdsdijk F, Andrew M, Sham P, Katz R, Cardno A. The heritability of bipolar affective disorder and the genetic relationship to unipolar depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60:497.
9. Craddock N, Sklar P. Genetics of bipolar disorder. *Lancet*. 2013;381:1654–62. PMID: 23663951. Publicación electrónica: 15 May 2013.
10. Seifuddin F, Mahon PB, Judy J, Pirooznia M, Jancic D, Taylor J, et al. Meta-analysis of genetic association studies on bipolar disorder. *Am J Med Genet B Neuropsychiatry Genet*. 2012;159:508–18.
11. Watson S, Gallagher P, Ritchie JC, Ferrier IN, Young AH. Hypothalamic-pituitary- adrenal axis function in patients with bipolar disorder. *Br J Psychiatry*. 2004;184:496–502.
12. Amy I. Price, Gabrielle Marzani-nissen, *Bipolar Disorders: A Review*, American Family Physician, Volume 85, Number 5 March 1, 2012, pags 483-493.
13. Bearden CE, Hoffman KM, Cannon TD. The neuropsychology and neuroanatomy of bipolar affective disorder: a critical review. *Bipolar Disord*. 2001;3:106–50.
14. Fusar-Poli P, Howes O, Bechdolf A, Borgwardt S. Mapping vulnerability to bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis of neuroimaging studies. *J Psychiatry Neurosci*. 2012;37:170.
15. Goldapple K, Segal Z, Garson C, Lau M, Bieling P, Kennedy S, et al. Modulation of cortical-limbic pathways in major depression: treatment-specific effects of cognitive behavior therapy. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61:34.
16. Alloy LB, Abramson LY, Urosevic S, Bender RE, Wagner CA. Longitudinal predictors of bipolar spectrum disorders: A Behavioral Approach System (BAS) perspective. *Clin Psychol (New York)*. 2009;16:206–26.
17. Alloy LB, Abramson LY, Walshaw PD, Cogswell A, Grandin LD, Hughes ME, et al. Behavioral Approach System and Behavioral Inhibition System sensitivities and bipolar spectrum disorders: Prospective prediction of bipolar mood episodes. *Bipolar Disord*. 2008;10:310–22.
18. Johnson SL, Cueller AK, Ruggero C, Winett-Perlman C, Goodnick P, White R, et al. Life events as predictors of mania and depression in bipolar I disorder. *J Abnorm Psychol*. 2008;117:268.

19. Bender RE, Alloy LB, Sylvia LG, Urošević S, Abramson LY. Generation of life events in bipolar spectrum disorders: A re-examination and extension of the stress generation theory. *J Clin Psychol*. 2010;66:907–26.
20. Alloy LB, Abramson LY, Smith JM, Gibb BE, Neeren AM. Role of parenting and maltreatment histories in unipolar and bipolar mood disorders: Mediation by cognitive vulnerability to depression. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2006;9:23–64.
21. Heim C, Nemeroff CB. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: Preclinical and clinical studies. *Biol Psychiatry*. 2001;49:1023–39.
22. Lloyd T, Kennedy N, Fearon P, Kirkbride J, Mallett R, Leff J, et al. Incidence of bipolar affective disorder in three UK cities Results from the ÆSOP study. *Br J Psychiatry*. 2005;186:126–31.
23. Garo JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA. Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *Br J Psychiatry*. 2005;186:121–5.
24. Amy I. Price, Gabrielle Marzani-nissen, *Bipolar Disorders: A Review*, American Family Physician, Volume 85, Number 5 March 1, 2012, pages 483-493
25. Akiskal HS, Pinto O. The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III, and IV. *Psychiatr Clin North Am*. 1999;22:517–34.
26. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR®. American Psychiatric Pub; 2000.
27. American Psychiatric Association. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ta ed. 2014. 996 pags.
28. Parikh SV, LeBlanc SR, Ovanessian MM. Advancing bipolar disorder: key lessons from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Can J Psychiatry*. 2010;55(3):136-143.
29. Fiedorowicz JG, Solomon DA, Endicott J, et al. Manic/hypomanic symptom burden and cardiovascular mortality in bipolar disorder. *Psychosom Med*. 2009;71(6):598-606.
30. Gustavo H. Vázquez. Los trastornos bipolares hoy: más allá del DSM–5. *Psicodebate*, Vol. 14, Nº 2, Diciembre 2014. pags 9–24.
31. Scherk H, Pajonk FG, Leucht S. Second-generation antipsychotic agents in the treatment of acute mania: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(4):442-455.
32. Yatham LN, Kennedy SH, Schaffer A, et al.; Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2009. *Bipolar Disord*. 2009;11(3):225-255.
33. 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- 131.
34. Simon GE. Social and economic burden of mood disorders. *Biol Psychiatry* 2003;54:208- 215
35. 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- 727
36. Lewis L, Judd, et al. Psychosocial Disability in the Course of Bipolar I and II Disorders: A Prospective, Comparative, Longitudinal Study. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(12):1322-1330.
37. Quraishi S, Frangou S. Neuropsychology of bipolar disorder: a review. *J Affect Disord*. 2002 Dec;72(3):209-26
38. Castañeda Franco y Tirado Durán. Deficiencias mnésicas, ejecutivas y atencionales como endofenotipos neurocognitivos en el trastorno bipolar: una revisión. *Rev. Salud Mental* 2008;31:145-150.

39. Organización Mundial de la Salud (OMS) Comunicado de prensa OMS/48. 15 noviembre 2001, <http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgied/cemece/indexCIF.htm>.
40. APA (2002) Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV-TR. Barcelona: Masson
41. Stafford, M.C. y Scott R (1986). Stigma deviance a social control: some conceptual issues. In S.C. Ainlay, L.M. Becker y L.M. Coleman (Eds). The dilemma of difference. New York Plenum
42. Yang L, Valencia E, Alvarado R, Link B et al. A theoretical and empirical framework for constructing culture-specific stigma instruments for Chile. *Cad Saude Colet* 2013;21(1):71-79.
43. Franco Mascayano Tapia, et al. Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Rev Salud Mental* Vol. 38, No. 1, enero-febrero 2015, pags 53-58
44. Muñoz M, Pérez Santos E, Crespo M, Guillén A. Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Madrid: Ed. Complutense; 2009.
45. Pescosolido BA, Martin JK, Long JS, Medina TR et al. "A disease like any other?" A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *Am J Psych* 2010;167(11):1321-1330.
46. Ainara Arnaiz, J. J. Uriarte. Estigma y enfermedad mental. norte de salud mental nº 26 • 2006 • pag 49–59.
47. Ma Teófila Vicente-Herrero et al. La incapacidad temporal en España por algunas enfermedades psiquiátricas. *Rev Med Chile* 2013; 141: 248-254
48. Mario Souza y Machorroa, Domingo Lenin Cruz Moreno. Mental health and psychiatric care in Mexico. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM* Vol. 53, N.o 6. Noviembre-Diciembre 2010.
49. Perfil epidemiológico de la Salud Mental en México, Gobierno Federal de Salud, México, 2012, 189 pags.
50. Ramírez, R., J. L. Abreu y M. H. Badii. La motivación laboral, factor fundamental para el logro de objetivos organizacionales: Caso empresa manufacturera de tubería de acero. *Daena: International Journal of Good Conscience*. 3(1) : 143-185. Marzo 2008. ISSN 1870-557X.
51. Flores Reynoso et al. Estudio de traducción al español y evaluación psicométrica de una escala para medir el estigma internalizado en pacientes con trastornos mentales graves. *Rev Salud Mental*, vol. 34, núm. 4, México julio-agosto, 2011, pp. 333-339
52. Colis, J y Galilea, V. "Integración laboral de personas con problemas psiquiátricos crónicos". De la rehabilitación al empleo. (1995) Ponencia Marco del primer congreso de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial.
53. Ardila & Ostrosky. Guía de Diagnóstico Neuropsicológico. UNAM. Mexico 2012. 400 pags.
54. Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Asociación Médica Mundial. (2013).
55. Diario Oficial de la Federación. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. (1987).

8. ANEXO

Carta de Consentimiento Informado

Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”

Proyecto: **“La inserción laboral y el estigma internalizado en pacientes con diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo I, en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz”**

Lea atentamente este documento

Esta carta de consentimiento puede contener palabras que no entienda. Por favor pida a su médico o personal del estudio que le expliquen cualquier palabra o procedimiento que no entienda claramente.

El objetivo de esta carta es darle información sobre este estudio. Si firma esta forma, usted da su autorización para participar en el estudio. Esta forma describe el objetivo, procedimientos, beneficios, riesgos, malestares y precauciones del estudio. Usted debe participar en el estudio si desea hacerlo, puede rehusarse a participar en el estudio o retirarse en cualquier momento, sin perder los beneficios a los que de otra manera tiene derecho. Por favor lea esta información y haga todas las preguntas necesarias.

¿Cuál es el propósito de este estudio?

El objetivo del estudio, es investigar y describir las características de la inserción laboral y su influencia por el estigma internalizado, en pacientes con diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo I.

¿Qué procedimientos involucra su participación en el estudio?

Se realizará 3 cuestionarios:

- Datos socio-demográficos (los cuales se complementaran con información de su expediente)
- Escala de estigma internalizado de King et al. (ISS)
- Cuestionario de Motivación del Trabajo adaptado para enfermos mentales crónicos.

Se realizara 1 evaluación neuropsicológica:

- NEUROPSI

El tiempo estimado para la aplicación de estos instrumentos será de 60 a 90 minutos aproximadamente, y se la podrá realizar en una o dos sesiones de 45 a 60 minutos.

¿Quiénes pueden participar?

Pacientes de entre 18 y 75 años de edad, de ambos sexos, que sepan leer y escribir y que cuenten con el diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo I, según los criterios diagnósticos del DSM-5, con un

tiempo de evolución del padecimiento de la enfermedad mayor a 1 año y que acudan regularmente a la consulta externa de la clínica de Trastornos del Afecto del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

¿Cuáles son los posibles riesgos y molestias por participar en el estudio?

Durante la aplicación de los cuestionarios, es posible que se toquen temas sensibles, en caso de requerirlo recibirá contención por parte de los psiquiatras involucrados en el estudio.

¿Cuáles son los beneficios que obtiene de participar?

A corto plazo: Se obtendrá un perfil de algunas habilidades e inhabilidades de los pacientes en algunas áreas cognoscitivas. La información resultante le será proporcionada, si así lo desea.

A largo plazo: Los datos obtenidos no le proporcionarán ningún beneficio directo; sin embargo, podría aportar información acerca de las características de inclusión laboral y la relación que este podría tener con el estigma internalizado y habilidades cognoscitivas, lo que en un futuro podría ayudar a complementar la rehabilitación psicosocial de estos pacientes para mejorar su pronóstico y calidad de vida.

Confidencialidad

Toda la información clínica será manejada por medio de códigos numéricos que hacen imposible su identificación. La información que incluya su nombre, dirección u otros datos personales, solo será registrada en el expediente clínico el cual solo será consultado por los investigadores involucrados en el estudio. Si los resultados de esta investigación son presentados, su identidad no será revelada.

¿Qué pasa si cambia de opinión?

Su participación en esta investigación es voluntaria. Es libre de abandonar el estudio en cualquier momento que lo desee, sin que se vea afectada la atención médica que recibe en esta Institución.

Costos

Su participación en el estudio no tendrá ningún costo para usted.

¿A quién puede solicitar información?

Al aceptar participar en este proyecto se le garantiza la respuesta a cualquier duda, ya que durante la realización de todo el estudio estará presente un psiquiatra para aclarar cualquier duda o inquietud.

Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos como sujeto de investigación, por favor comuníquese con la presidenta del comité de ética de Investigación, Lic Maria teresa López, al teléfono 4160-5259.

Declaración de Consentimiento del Sujeto en Estudio

- Se le ha informado que este es un estudio de investigación sobre las características de la inserción laboral y su influencia por el estigma internalizado, en pacientes con diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo I.
- Ha tenido el tiempo suficiente para considerar si desea participar o no en este estudio.
- Su participación es voluntaria y puede decidir no participar o retirarse del estudio de Investigación en cualquier momento, sin penalidad o pérdida de los beneficios a los que de otra manera tiene derecho.
- Ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y resolver las dudas sobre este estudio de investigación.
- Se le ha informado sobre los procedimientos que se llevaran a cabo durante el estudio de investigación.
- Se le ha informado sobre los riesgos y beneficios por su participación.
- Se le ha informado que recibirá una copia firmada y fechada de esta carta de consentimiento.

Después de haber leído, entendido y aclarado sus dudas sobre lo que implica la participación en este estudio, acepta de manera voluntaria participar en este estudio

Nombre y firma del **participante** _____ Fecha _____

Nombre y firma del testigo 1 _____ Fecha _____

Nombre y firma del testigo 2 _____ Fecha _____

Nombre y firma del investigador _____ Fecha _____