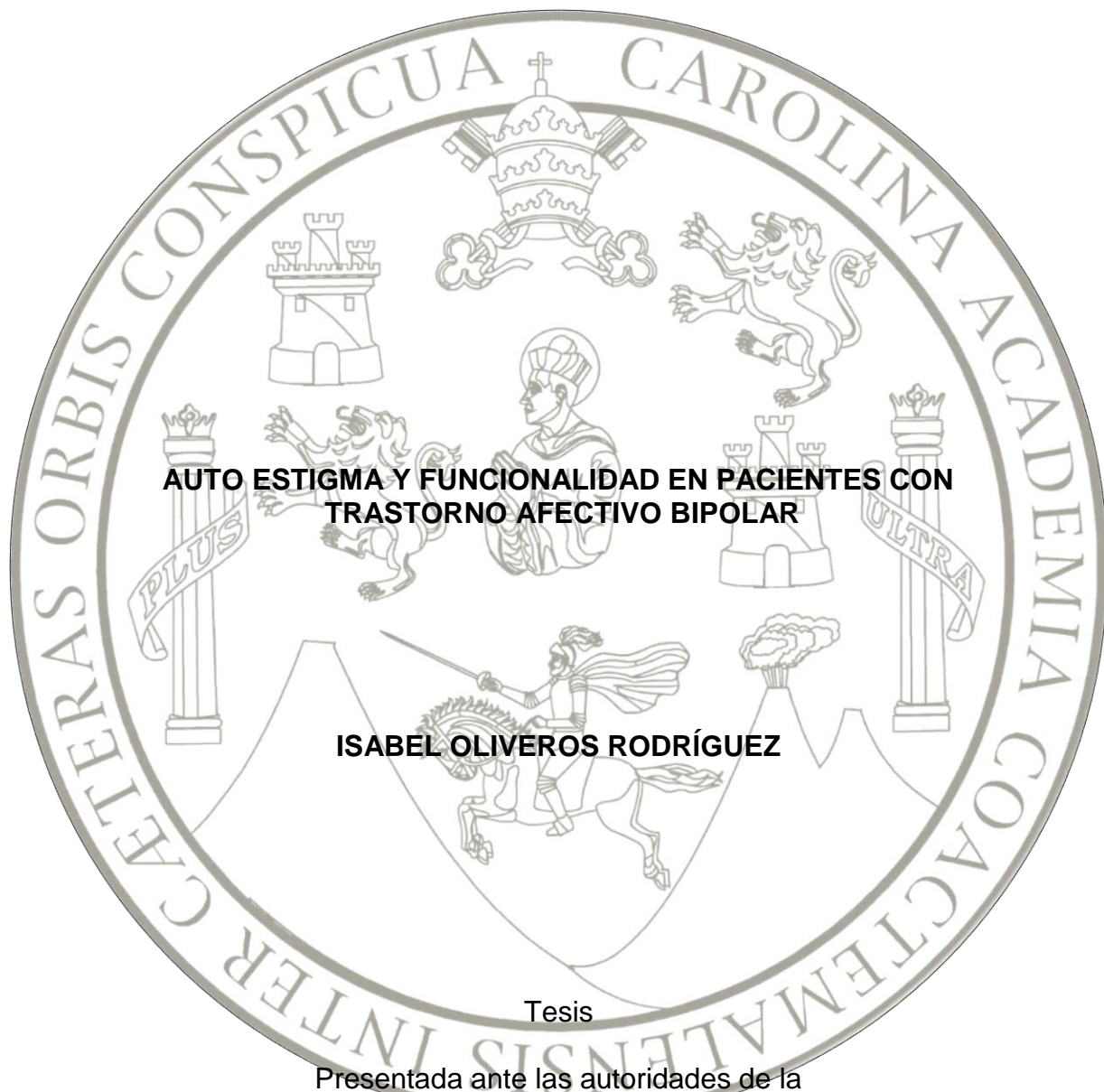


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



**AUTO ESTIGMA Y FUNCIONALIDAD EN PACIENTES CON  
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR**

**ISABEL OLIVEROS RODRÍGUEZ**

Tesis

Presentada ante las autoridades de la  
Escuela de Estudios de Postgrado de la  
Facultad de Ciencias Médicas  
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría  
Para obtener el grado de  
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría

Mayo 2021



ESCUELA DE  
ESTUDIOS DE  
POSTGRADO

# Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.252.2021

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Isabel Oliveros Rodríguez

Registro Académico No.: 201690081

No. de CUI : 2501846720101

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en **Psiquiatría**, el trabajo de TESIS **AUTO ESTIGMA Y FUNCIONALIDAD EN PACIENTES CON TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR**

Que fue asesorado por: Dra. María René Gándara, MSc.

Y revisado por: Lic. Santiago Vásquez, MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **mayo 2021**.

Guatemala, 19 de abril de 2021.

ABRIL 21, 2021.

**Dr. Rigoberto Velásquez Paz, MSc.**  
Director  
Escuela de Estudios de Postgrado

**Dr. José Arnoldo Saenz Morales, MA. \***  
Coordinador General  
Programa de Maestrías y Especialidades



/rdjgs

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com

Ciudad de Guatemala, 26 de septiembre de 2018

Doctor  
**Edgar Vásquez**  
Docente Responsable  
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría  
Hospital de Salud Mental "Dr. Federico Mora"  
Presente.

Respetable Dr. :

Por este medio informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presenta la Doctora **ISABEL OLIVEROS RODRÍGUEZ** *carne 201690081*, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría, el cual se titula "AUTO ESTIGMA Y FUNCIONALIDAD EN PACIENTES CON TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR"

Luego de la asesoría, hago constar que la Dra. Oliveros Rodríguez, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el *dictamen positivo* sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

Dra. María René Gándara Vásquez  
Médica Psiquiatra  
Cot. No. 13948

**Dra. María René Gándara MSc.**

Asesora de Tesis

Ciudad de Guatemala, 01 de octubre de 2018

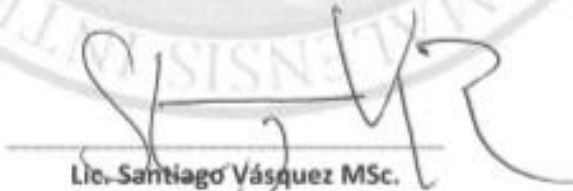
Doctor  
**Edgar Vásquez**  
Docente Responsable  
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría  
Hospital de Salud Mental "Dr. Federico Mora"  
Presente.

Respetable Dr. :

Por este medio informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presenta la Doctora **ISABEL OLIVEROS RODRÍGUEZ carné 201690081**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría, el cual se titula "AUTO ESTIGMA Y FUNCIONALIDAD EN PACIENTES CON TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR"

Luego de la revisión, hago constar que la Dra. Oliveros Rodríguez, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,



Lic. Santiago Vásquez MSc.

Revisor de Tesis



# Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

A: **Dr. Edgar Rolando Vásquez Trujillo**  
Docente Responsable  
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría  
Hospital Salud Mental

Fecha Recepción: 03 de octubre 2018

Fecha de dictamen: 20 de junio 2019

Asunto: Revisión de Informe Examen Privado

*Isabel Oliveros Rodríguez*

*“Auto estigma y funcionalidad en pacientes con trastorno afectivo bipolar”*

Sugerencias de la Revisión: Autorizar examen privado.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

  
**Dra. María Victoria Pimentel Moreno, MSc.**  
Unidad de Apoyo Técnico de Investigación de Tesis  
Escuela de Estudios de Postgrado



Cc. Archivo

MVPM/karin

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a mis padres, Mario Rolando Oliveros Godoy y Marta Lorena Rodríguez de Oliveros, por ser mi ejemplo a seguir y brindarme su apoyo incondicional durante todos estos años.

Agradezco a todos los catedráticos que, durante mi formación, compartieron sus conocimientos, experiencias, tiempo y pasión por la Psiquiatría.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

### RESUMEN

I.	INTRODUCCIÓN.....	1-2
II.	ANTECEDENTES .....	3-9
	2.1 Estigma: origen y definición.....	3
	2.2 Proceso de estigmatización.....	3
	2.3 Clasificación del estigma .....	3
	2.3.1 Estigma internalizado.....	4
	2.4 Estigma y salud mental .....	4
	2.4.1 Estigma internalizado y salud mental.....	5
	2.5 Trastorno Afectivo Bipolar .....	6
	2.5.1 Bipolaridad y estigma.....	7
	2.5.2 Bipolaridad y funcionalidad .....	8
	2.5.3 Estigma internalizado y funcionalidad en bipolaridad .....	8
	2.6 Estrategias para la reducción del estigma.....	9
III.	OBJETIVOS .....	10
	3.1 Objetivo general .....	10
	3.2 Objetivos específicos .....	10
IV.	MATERIALES Y MÉTODOS .....	11-14
	4.1 Tipo de estudio .....	11
	4.2 Población y muestra .....	11
	4.3 Criterios de inclusión .....	11
	4.4 Criterios de exclusión .....	11
	4.5 Operacionalización de variables.....	12
	4.6 Instrumentos.....	12
	4.7 Procedimiento para la recolección de datos.....	13
	4.8 Aspectos éticos de la investigación.....	13
	4.9 Análisis de datos .....	14
V.	RESULTADOS .....	15-22
VI.	DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	23-26
	6.1 Conclusiones .....	25
	6.2 Recomendaciones.....	26
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	27-31
VIII.	ANEXOS .....	32-34
	8.1 Anexo I: Consentimiento informado .....	32
	8.2 Anexo II: Escala para el estigma interiorizado en enfermedad mental .....	33
	8.3 Anexo III: Prueba breve de evaluación del funcionamiento .....	34

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra: ISMI .....	15
Tabla 2. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra: FAST .....	15
Tabla 3. Correlación de Spearman: ISMI y FAST .....	17
Tabla 4. Correlación de Spearman: Subescalas ISMI y FAST .....	18
Tabla 5. Distribución en niveles de estigma según puntuación ISMI.....	21
Tabla 6. Puntuaciones significativas según subescalas ISMI.....	22

## ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Histograma: Puntuación ISMI.....	16
Gráfica 2. Histograma: Puntuación FAST .....	16
Gráfica 3. Diagrama de dispersión: ISMI y FAST .....	17
Gráfica 4. Diagrama de dispersión: Alienación y FAST .....	18
Gráfica 5. Diagrama de dispersión: Asunción de estereotipo y FAST .....	19
Gráfica 6. Diagrama de dispersión: Discriminación percibida y FAST.....	19
Gráfica 7. Diagrama de dispersión: Aislamiento social y FAST .....	20
Gráfica 8. Diagrama de dispersión: Resistencia al estigma y FAST.....	20
Gráfica 9. Nivel de estigma internalizado .....	21



## RESUMEN

**Objetivos:** El estigma hacia las personas con enfermedad mental es altamente prevalente en nuestra sociedad. El presente estudio investigó la relación entre el auto estigma y la funcionalidad en pacientes con trastorno afectivo bipolar en Guatemala.

**Metodología:** Doscientos nueve pacientes con trastorno afectivo bipolar fueron reclutados en la consulta externa del Hospital de Salud Mental “Dr. Carlos Federico Mora”. El estigma internalizado se midió usando la Escala para el Estigma Interiorizado en Enfermedad Mental (ISMI) y la funcionalidad se midió usando la Prueba Breve de Evaluación del Funcionamiento (FAST). La relación se estableció a través del coeficiente de correlación de Spearman.

**Resultados:** Se documentó un nivel significativo (moderado a severo) de estigma internalizado en 23.5% de los sujetos estudiados. A través del análisis se estableció un coeficiente de correlación de 0.576 entre el auto estigma y la funcionalidad.

**Conclusiones:** El estudio encontró una correlación positiva moderada a fuerte entre el auto estigma y la funcionalidad y una prevalencia importante de estigma internalizado en pacientes bipolares. Un adecuado abordaje del auto estigma debería implementarse para proporcionar un tratamiento integral en salud mental.

## I. INTRODUCCIÓN

Las consecuencias adversas que derivan de la estigmatización del paciente psiquiátrico se han documentado extensamente, siendo los estereotipos, los prejuicios y la discriminación los componentes centrales de este fenómeno (1,2). A pesar de que el estigma público ha sido un tema de interés desde hace más de medio siglo, el estigma internalizado cobró importancia hasta inicios del siglo XXI con la publicación de diversos estudios que concluían que el auto estigma tiene efectos negativos importantes en los pacientes con trastornos mentales (3-5).

El término, estigma internalizado, hace referencia al fenómeno mediante el cual las creencias y actitudes negativas sobre la enfermedad mental son incorporadas por el paciente y aceptadas como reales (1,5). Este tipo particular de estigma se ha estudiado como una variable asociada a una pobre funcionalidad y adaptación social en diferentes enfermedades (6,7). A la vez, hay estudios que sugieren que el auto estigma no se experimenta de la misma manera y con la misma intensidad en todos los trastornos psiquiátricos (2).

Actualmente, estudios sugieren que uno de cada tres pacientes con enfermedad mental severa se ve afectado significativamente por el estigma internalizado (8). Estudios realizados en pacientes esquizofrénicos reportan prevalencias del 36% hasta el 64% según la población estudiada (6,9). Asimismo, estudios han encontrado una relación entre el estigma internalizado y una pobre funcionalidad, pobre adaptación social y mala calidad de vida en pacientes con esquizofrenia y depresión (2,6,7). Estos factores influyen de manera importante en el pronóstico de toda enfermedad y esto ha generado un creciente interés en el desarrollo de intervenciones para manejar este fenómeno (3,8).

Al igual que muchos otros trastornos psiquiátricos, el trastorno afectivo bipolar se caracteriza por ser un cuadro crónico e incapacitante, que afecta marcadamente la funcionalidad en sus diversas esferas (4,10,11). El paciente bipolar tiende a presentar problemas asociados a su ocupación y se han reportado tasas de incapacidad laboral hasta en el 20% (4).

Existen pocos estudios sobre auto estigma enfocados en pacientes con trastorno afectivo bipolar, y aún menos estudios que buscan encontrar una asociación entre el nivel de estigma internalizado y la funcionalidad del paciente (4,6,10). Uno de estos estudios sugiere que existen tres predictores de funcionalidad en pacientes bipolares, siendo el estigma internalizado uno de los predictores con un rol central (10). Un segundo estudio realizado en poblaciones

latinoamericanas encontró una significativa correlación entre niveles elevados de estigma y una funcionalidad pobre, y aunque excede los parámetros del estudio, los autores sugieren que deben realizarse más investigaciones de este tipo y evaluar si un adecuado manejo de la sintomatología secundaria al estigma puede repercutir positivamente en la funcionalidad de los pacientes bipolares (4).

Algunos autores han propuesto estrategias para abordar el estigma internalizado en pacientes con enfermedad mental como un componente esencial en un tratamiento integral. Se han utilizado combinaciones de terapia cognitiva con psicoeducación intensiva, obteniendo reducciones significativas en el auto estigma (8).

En Guatemala, el estigma es un componente importante que influye en nuestra sociedad, y es frecuente que el paciente psiquiátrico sea estigmatizado. La Consulta Externa del Hospital Nacional de Salud Mental recibe diariamente a un importante número de pacientes con trastorno afectivo bipolar. Este estudio buscó establecer la relación entre el auto estigma y la funcionalidad en estos pacientes, con la intención de que eventualmente se puedan plantear estrategias y abordajes que permitan manejar ambos aspectos de la patología, para garantizar un abordaje integral. Dentro de los hallazgos más relevantes, se encontró que el 23.5% de los sujetos estudiados se ven afectados por niveles significativos de estigma internalizado. Los dos componentes que más frecuentemente repercutieron son la discriminación percibida y los sentimientos de alienación, y se documentó una correlación positiva moderada a fuerte entre el estigma internalizado y la funcionalidad. La evidencia sugiere entonces que el estigma es un problema importante que afecta a las personas que padecen de bipolaridad, y el implementar estrategias para abordarlo podría jugar un papel importante en la recuperación e integración del paciente bipolar.

## II. ANTECEDENTES

### 2.1 Estigma: origen y definición

El término estigma, que tiene su origen en la antigua Grecia, fue incorporado al vocabulario latín, haciendo referencia a una marca o signo que tenía como finalidad simbolizar un atributo inusual o indeseado de una persona. El objetivo primordial de esta marca era facilitar la identificación de estos sujetos, para su correspondiente rechazo por la sociedad (2,6,12,13). En la actualidad, el estigma se refiere a una condición devaluada, en un individuo o grupo de individuos, que genera una respuesta negativa en los demás (2-4,12).

### 2.2 Proceso de estigmatización

Múltiples autores han trabajado extensamente para definir el proceso por el cual se desarrolla el estigma y han determinado tres componentes principales de este. El proceso de estigmatización se origina con la formulación de estereotipos, que se presentan como creencias negativas (1,2,9). Un estereotipo hace referencia a la forma en que las personas tienden a categorizar los conocimientos sobre un grupo en particular, y en el caso de la estigmatización, los estereotipos tienden a tener un carácter negativo y a surgir de la ignorancia general de una población (1,14,15). El aceptar dichas creencias negativas como verdaderas, desencadena una respuesta emocional negativa hacia las personas vinculadas al estereotipo, esta reacción es conocida como un prejuicio (1,2,15). Una vez instaurado un prejuicio, suele ser acompañado de conductas congruentes con la respuesta emocional negativa, resultando en discriminación, una expresión abierta de intolerancia hacia el grupo estigmatizado (1,2,4,15). El estigma, por lo tanto, involucra, en sus tres componentes principales (estereotipos, prejuicios y discriminación), aspectos tanto cognitivos, como conductuales (4,13).

### 2.3 Clasificación del estigma

El estigma tiende a ser dividido en dos categorías, se hace la distinción entre un estigma público o social y el estigma internalizado (1,2). Algunos autores también proponen una tercera categoría que denominan estigma estructural, término que alude a todas aquellas políticas de instituciones, tanto privadas como públicas, que actúan limitando los derechos de un grupo estigmatizado (16,17). A pesar que las leyes en diversos países del mundo, en especial en países desarrollados, prohíben en algunos casos las prácticas discriminatorias institucionales, el

estigma estructural sigue siendo un problema que limita los derechos y oportunidades de muchos grupos (4). A la vez, el estigma estructural alimenta al estigma social, que hace referencia a las actitudes negativas de un grupo social grande, que impulsan estereotipos, prejuicios y discriminación hacia un grupo afectado (1,16,17).

### 2.3.1 Estigma internalizado

Todas las creencias negativas generadas, por la sociedad, hacia un grupo estigmatizado pueden ser percibidas por los integrantes de dicho grupo (14,18). Es posible, en el individuo estigmatizado, un proceso mediante el cual los estereotipos negativos que le rodean son aceptados como verdaderos generando reacciones y conductas discriminatorias hacia sí mismo, por poseer una característica indeseada. Este fenómeno es denominado estigma internalizado (1,3,6,14,17,19), o auto estigma, y ha despertado interés en las últimas décadas por las repercusiones que pueden tener sobre el bienestar de las personas, despertando respuestas cognitivas, afectivas y conductuales (9,13). Algunos autores han propuesto modelos que intentan explicar el proceso de generación de dicho fenómeno, a través de los mismos componentes que se han postulado previamente para la conformación del estigma (estereotipos, prejuicios, discriminación), mientras otros incorporan la vivencia de experiencias discriminatorias como el factor distintivo y determinante de la internalización del estigma (1,9). Sin embargo, en la actualidad no existe un consenso claramente establecido sobre el proceso de auto estigma; la ausencia de un modelo válido ha limitado la estructuración adecuada de campañas para combatir este problema (1).

## 2.4 Estigma y salud mental

Los trastornos psiquiátricos son uno de los principales problemas de salud en el mundo, repercutiendo sobre la salud física y emocional de las personas afectadas (2). A la vez, la patología psiquiátrica es una de las condiciones más estigmatizadas por la sociedad. Estudios han demostrado que gran parte de estigma social surge de ideas incorrectas sobre los síntomas, origen y tratamiento de las enfermedades mentales; es común que las personas consideren que los pacientes psiquiátricos tienen una pobre inteligencia, son incompetentes, violentos y altamente impredecibles (4,14,17,19,20). Muchos de estos conceptos son distribuidos ampliamente por los medios de comunicación. En el año 2002 se documentó que el 86% de las historias sobre enfermedad mental publicadas en periódicos se enfocaban en hechos de

violencia, exponiendo a las personas como peligrosas e impredecibles. Aunque este número ha disminuido, se estima que aún 1/3 de todas las noticias relacionadas a patología mental gira en torno a violencia, mientras otra gran parte gira en torno a tratamientos y la pobre adaptación de los pacientes al medio (21). Se han documentado extensamente también las consecuencias negativas de dicha estigmatización. Los individuos con un trastorno mental tienden a presentar dificultad para obtener vivienda, trabajos y asignación a servicios de salud, a la vez sufren un impacto negativo en sus relaciones interpersonales, educación, participación en actividades en su comunidad y en el respeto que se les otorga como individuos (1,9,11,22).

#### 2.4.1 Estigma internalizado y salud mental

El proceso de internalización del estigma se desarrolla en la enfermedad mental, así como en las demás condiciones de discriminación. De manera importante, el auto estigma se ha asociado ya a bajo autoestima, mal apego a tratamiento, una mayor severidad sintomatológica, pobre adaptación y funcionalidad social en estos individuos. (1-4,7,10). La cantidad de estudios realizados sobre auto estigma en patología psiquiátrica ha aumentado en las últimas décadas, reportando tasas de estigma que varían desde 21.6 hasta 40% y se han correlacionado con desempleo, pobre autoestima, mal apego a tratamiento y una pobre calidad de vida. (6,8,9,19,23). Drapalski et al documentaron auto estigma moderado a severo en un 35% de personas con enfermedad psiquiátrica, un 46% adicional reportó niveles leves de estigma internalizado, indiferentemente de género, edad, estado marital y educación. De manera importante, encontraron que los efectos negativos de la estigmatización pueden presentarse incluso cuando el nivel de auto estigma es bajo (19).

Así mismo, otros estudios han demostrado que las creencias negativas no son uniformes para todas las enfermedades mentales, se sabe que las patologías que involucran psicosis tienden a ser más estigmatizadas, en comparación con cuadros de ansiedad o depresión. Sin embargo, aunque en menor grado, el estigma es una constante que repercute de manera negativa y puede exacerbar la severidad de la sintomatología, sin importar el diagnóstico psiquiátrico (1,2,7,22). Day et al. compararon el estigma público entre esquizofrenia, depresión, trastorno afectivo bipolar y enfermedad mental en general, encontrando que los puntos de vista sobre la bipolaridad son similares a los de esquizofrenia en relación a la disrupción interpersonal, causas, tratamientos y posibilidad de recuperación (17,24). Los estudios de Phelan et al. y Wolkenstein et al. sugieren que

el estigma público hacia todas las patologías con psicosis es comparable, y que las actitudes hacia la depresión sí difieren de manera significativa de las actitudes hacia la manía. La manía genera reacciones cognitivas y emocionales más negativas (17,25,26).

Actualmente, la mayoría de los estudios sobre el estigma en enfermedades mentales se centran en la esquizofrenia, existe menos información sobre el estigma en patologías como trastorno afectivo bipolar y depresión unipolar (10,15,17,20). En esquizofrenia se han documentado tasas de auto estigma que varían desde 20 hasta 41.7%, correlacionando con síntomas positivos y negativos, pobre atención, pobre autoestima y un mal pronóstico (9). En el caso de depresión, aunque las cifras son menores, se ha establecido que el estigma aumenta la tendencia a adoptar estrategias de evitación e incrementa la severidad de los síntomas (7). El número de estudios sobre estigma internalizado en trastorno afectivo bipolar actualmente es limitado y muchos se han limitado a evaluar el estigma de manera cualitativa (1,9,17).

## 2.5 Trastorno afectivo bipolar

La prevalencia estimada de trastorno afectivo bipolar oscila entre el 1 y 1.6% en la población general (1,11,15,27). Es una enfermedad mental severa caracterizada por episodios de depresión y manía o hipomanía (1,11,28). Dicho trastorno representa un elevado costo económico para la sociedad y se asocia a un alto índice de suicidio; estudios estiman que de 25 a 60% de las personas afectadas intentarán suicidarse en algún momento de sus vidas, y del 4 al 20% lo conseguirán. (11,15,27). Estos individuos tienden a experimentar recaídas afectivas frecuentes y pueden manifestar importantes síntomas inter episódicos. (15,17) El curso del trastorno es crónico, y la discapacidad que provoca no se limita únicamente a los períodos sintomáticos, se extiende también a los períodos de remisión, o eutimia; se han reportado menos interacciones sociales, malas relaciones interpersonales, menor interés o placer en sus actividades, menor autonomía y una pobre función cognitiva (4). Algunos estudios estiman que posterior a una recaída, solo el 40% de los pacientes recuperan su funcionalidad pre-mórbida, resultando en disrupciones severas en el ámbito familiar, social y ocupacional, y hasta un 20% puede presentar discapacidad permanente (4,10). Las variables que más frecuentemente se han asociado a disfuncionalidad son la ideación suicida, la historia de ciclado rápido, la comorbilidad psiquiátrica y las enfermedades médicas concomitantes (10).

El pronóstico de la enfermedad bipolar tradicionalmente se ha atribuido a ciertos aspectos objetivos, como el número de recaídas, número de hospitalizaciones o el grado de reducción de síntomas. Sin embargo, el enfoque ha ido cambiando, con estudios enfocados en evaluar medidas como el bienestar, el estigma percibido, la calidad de vida y el funcionamiento cotidiano de las personas, con la intención de entender las experiencias subjetivas de las personas afectadas por dicho trastorno (11,29).

### 2.5.1 Bipolaridad y estigma

Así como en otras patologías psiquiátricas, estas personas se ven expuestas a estigma público y pueden internalizarlo. Algunos autores proponen que el paciente bipolar no es estigmatizado de la misma manera que el paciente con esquizofrenia, y postulan que esto se debe en gran parte a la cobertura mediática de dicho trastorno. A nivel mundial, y en particular en países desarrollados, el trastorno afectivo bipolar se ha beneficiado de una cobertura mediática relativamente positiva, lo que ha disminuido importantemente el estigma público negativo que tiende a rodear a las patologías psiquiátricas. La evidencia es escasa, pero sugiere que la bipolaridad es vista como un trastorno más benigno y aceptable (1). A pesar de esto, existe información contradictoria y no hay evidencia concluyente, ya que también se ha reportado que el paciente bipolar experimenta sentimientos intensos de estigmatización, y, por ende, se considera que pueden sufrir de consecuencias similares secundarias a este fenómeno (1,10).

Aunque existe poca literatura actualmente, tanto sobre estigma público como estigma internalizado, en trastorno afectivo bipolar, los estudios orientan a que el estigma es un problema importante para individuos con este diagnóstico. Se ha documentado ya una asociación negativa con diversas variables psicosociales como funcionamiento, autoestima y adaptación social, así como con una mayor severidad de los síntomas (1,10,17). De manera importante, el auto estigma también ha demostrado relación con la pobre adherencia al tratamiento en este grupo de pacientes (30,31).

Diferentes índices de estigma internalizado se han reportado en diferentes regiones del mundo. Un estudio realizado por Howland et al. en Ohio reportó que el 26% de pacientes bipolares reportaban un nivel moderado a severo de auto estigma (32). Sadigui et al. por su parte realizaron un estudio en la población iraní, en el cual reportaron que un 26.7% de los pacientes con trastorno bipolar tipo I cursaban con niveles significativos de auto



estigma (33). En la India, Grover et al. por su parte reportaron que el 28% de los pacientes bipolares reportaban niveles moderados a severos, y atribuyeron este índice más elevado a aspectos culturales y relacionados con la forma en que la familia afronta la enfermedad, recalcando la importancia de hacer estudios propios para la cultura de cada país (34). De acuerdo a estudios multi-céntricos realizados en Europa, se estima que el estigma internalizado afecta a un 21.5% de los pacientes con trastorno afectivo bipolar, en contraste con un 41.7% en pacientes con esquizofrenia (9). Otros estudios reportan brechas más cortas entre ambos trastornos, pero siempre sobresalen niveles más altos en esquizofrenia. A la vez, se ha documentado que más pacientes con bipolaridad se casan, mantienen empleos y poseen un mejor nivel socioeconómico, en comparación con pacientes con esquizofrenia (9,19,22,35,36).

### 2.5.2 Bipolaridad y funcionalidad

Recuperar la funcionalidad es una de las metas principales en el tratamiento del trastorno afectivo bipolar. El término, funcionalidad, se refiere a una amplia gama de aspectos de la vida de un individuo, que incluyen sus actividades sociales, relaciones en el hogar, actividades de recreación, autosuficiencia, trabajo entre muchas otras. Debido a su importancia, muchos estudios se han enfocado en delimitar los factores que pueden repercutir sobre la funcionalidad de los individuos con trastorno afectivo bipolar (10).

Rosa et al. encontraron factores, como la edad avanzada, síntomas depresivos, múltiples episodios maníacos previos y el número de hospitalizaciones, como predictores de una pobre funcionalidad (6,10). Cerit et al. plantean en su investigación que los síntomas depresivos, el apoyo social percibido y el auto estigma son los tres predictores de funcionalidad en bipolaridad. El nivel de depresión fue el predictor más fuerte de disfuncionalidad, pero el estigma internalizado también parece jugar un rol central, asimismo puede ser un facilitador para que otras variables conduzcan a disfuncionalidad. A la vez documentaron mayor estigma internalizado en pacientes con menor educación, más episodios afectivos y menor apoyo social (10,17).

### 2.5.3 Estigma internalizado y funcionalidad en bipolaridad

Con el fin de aclarar mejor la relación entre estigma y funcionalidad, Thome et al. compararon el estigma y su relación con diversos aspectos de la funcionalidad, encontrando que el estigma se asocia más fuertemente a disfuncionalidad interpersonal,

cognitiva y de ocio, sin embargo, todos los aspectos evaluados se vieron afectados (15,17). Perlick et al. estudiaron la relación entre el auto estigma y el funcionamiento en personas con episodios afectivos recientes, encontrando que la presencia de auto estigma temprano después de un episodio afectivos se correlacionó con un pobre funcionamiento social siete meses después. (17,20). Vásquez et al. demostraron una fuerte asociación entre auto estigma y disfuncionalidad en tres poblaciones latinoamericanas y al igual que Paredes et al., consideraron que la discapacidad funcional en estos individuos resulta en estrategias de evitación como aislamiento social y pérdida de oportunidades laborales, sociales familiares (2,4). Ouanes et al. también lograron reproducir la asociación negativa entre auto estigma y funcionalidad, relacionándola también con una pobre adherencia al tratamiento y presencia de síntomas depresivos residuales (31).

## 2.6 Estrategias para la reducción del estigma

La información disponible actualmente, aunque limitada, parece indicar que el estigma internalizado parece jugar un rol importante en la evolución y funcionalidad de los pacientes con trastorno afectivo bipolar, así como en pacientes con otras patologías psiquiátricas. (4,6,8,10). Debido a estas asociaciones, se ha despertado el interés en estudiar intervenciones enfocadas en la reducción del estigma, para mejorar a la vez otros aspectos, como la funcionalidad y calidad de vida (1,10,19). En los últimos años se han realizado esfuerzos, estrategias y campañas para combatir el estigma, siendo la Asociación Mundial de Psiquiatría una de las principales asociaciones involucradas, promoviendo la psicoeducación a la población e incrementando el contacto con las personas con patologías psiquiátricas (2,8). La psicoeducación se ha enfocado principalmente en presentar información importante, con apoyo científico sobre la enfermedad psiquiátrica y sus tratamientos, brindado mensajes alentadores, tanto al paciente como a su familia y círculo social. En la actualidad, se han desarrollado programas estructurados basados en terapia cognitiva, psicoeducación, o una combinación de ambas técnicas, que han evidenciado una mejoría significativa en distintos aspectos de la funcionalidad (5,8). A pesar de esto, las intervenciones destinadas a abordar el estigma internalizado, en la actualidad, poseen de una efectividad limitada; es necesario continuar investigando para comprender los componentes del estigma y proponer formatos o intervenciones más efectivas (3,19).

### **III. OBJETIVOS**

#### 3.1 Objetivo general

- Determinar si existe una relación entre el nivel de estigma internalizado y el nivel de funcionalidad en pacientes con trastorno afectivo bipolar.

#### 3.2 Objetivos específicos

- Determinar si existe una relación entre el nivel de funcionalidad y cada uno de los 5 componentes del auto estigma según la escala ISMI.
- Determinar el porcentaje de pacientes con trastorno afectivo bipolar que presenta un nivel significativo de auto estigma.

## IV. MATERIALES Y MÉTODOS

### 4.1 Tipo de estudio

Estudio descriptivo transversal.

### 4.2 Población y muestra

La población para la realización de este estudio fue conformada por los pacientes que asisten a la clínica de Trastorno Afectivo Bipolar de la consulta externa del Hospital de Salud Mental “Dr. Carlos Federico Mora”. Con el fin de establecer el tamaño de la población, se incluyó a todos aquellos pacientes que asistieron a la clínica, en un período comprendido entre enero 2015 y enero 2017, considerándose este un período suficiente para incluir a todos los pacientes activos en dicha clínica. (n=456)

La muestra fue probabilística y se calculó con un intervalo de confianza de 95%, en base a la población total de pacientes con trastorno afectivo bipolar. La muestra, según la fórmula para el cálculo de muestra para una población finita, fue de 209 pacientes.

### 4.3 Criterios de inclusión

Los sujetos incluidos fueron aquellos pacientes que aceptaron participar en el estudio, mediante un consentimiento informado. Además, cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años.
- Diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar establecido por un médico psiquiátrica, de acuerdo a los criterios diagnósticos DSM-5 (28).
- Llevar seguimiento activo en la clínica de Trastorno Afectivo Bipolar al momento de su participación, y haber llevado seguimiento previamente, según lo descrito para la población a estudio.

### 4.4 Criterios de exclusión

- Criterios para un episodio maníaco o episodio depresivo mayor al momento de la evaluación.

- Presencia de discapacidad intelectual.
- Enfermedad médica significativa.
- Historia de abuso de sustancias en el último año.
- Trastornos graves de la personalidad.

#### 4.5 Operacionalización de las variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN
Estigma Internalizado	Creencias negativas hacia un grupo, generadas por la sociedad, y percibidas e integradas por el grupo afectado.	Puntuación en escala ISMI	Ordinal	Mínimo Leve Moderado Severo	ISMI
Funcionalidad	Capacidad de desenvolverse adecuadamente en el ámbito laboral, social, familiar, emocional y espiritual.	Puntuación en escala FAST	Razón	0-72 puntos	FAST

#### 4.6 Instrumentos

Escala para el Estigma Interiorizado en Enfermedad Mental (ISMI; Internalized Stigma of Mental Illness) (Anexo 2). Esta escala fue utilizada para cuantificar la variable auto estigma. Es un cuestionario heteroaplicado que consiste de 29 preguntas divididas en 5 sub-escalas que miden diferentes componentes de la estigmatización. Estas sub-escalas incluyen: alienación, interiorización de estereotipos, experiencias de discriminación, aislamiento social y resistencia al estigma, (22,31,37,38). Para su valoración, este cuestionario utiliza una escala de 4 puntos de Likert, en donde 1 corresponde a “totalmente en desacuerdo” y 4 corresponde a “totalmente de acuerdo”. La prueba asigna una puntuación por cada sub-escala, así como una puntuación total que oscila entre 0 y 4, considerándose 2.5 como el punto de corte para identificar la presencia de estigma significativo. La escala de resistencia al estigma se puntúa de manera inversa, en donde

valores menores a 2.5 son indicativos de mayor resiliencia. Su versión en español ha obtenido adecuados valores de fiabilidad y una alta consistencia interna mediante el alfa de Cronbach (22). Otra estrategia postulada para determinar la severidad del estigma consiste en clasificarlo como mínimo (puntuación menor o igual a 2), leve (puntuación de 2.01 a 2.50), moderado (puntuación de 2.51 a 3) y severo (puntuación mayor de 3) (34).

Prueba Breve de Evaluación del Funcionamiento (FAST; Functioning Assessment Short Test) (Anexo 3). Esta escala fue utilizada para evaluar la variable funcionalidad. Este instrumento es sencillo, de fácil aplicación, requiere poco tiempo (aproximadamente 6 minutos) (29,39,40). El cuestionario es heteroaplicado y consiste en 24 preguntas agrupadas en 6 sub-escalas: autonomía, funcionamiento laboral, funcionamiento cognitivo, finanzas y relaciones interpersonales y ocio (27,29,36,40). Se evalúa usando una escala de 4 puntos, en la que 0 corresponde a “ninguna dificultad” y 3 a “dificultad severa”. Proporciona una puntuación global del funcionamiento, así como una puntuación por cada sub-escala (27,29). Esta prueba goza de una alta fiabilidad, con adecuada consistencia interna según el alfa de Cronbach y test-retest (25,29).

#### 4.7 Procedimiento para la recolección de datos

La administración de los instrumentos de medición se llevó a cabo en la Consulta Externa del Hospital de Salud Mental “Dr. Carlos Federico Mora”, en un período comprendido entre junio 2017 y junio 2018. En cada caso, se procedió a dar una breve y clara explicación al sujeto sobre el estudio y los instrumentos a utilizar. Posterior a esto, cada sujeto firmó un consentimiento informado y se procedió a completar las escalas de medición en la privacidad de una clínica. Los instrumentos fueron heteroaplicados por un médico o estudiante de medicina, instruidos en su adecuada administración.

#### 4.8 Aspectos éticos de la investigación

El estudio fue aprobado por el comité de revisión institucional del Hospital de Salud Mental “Dr. Carlos Federico Mora” para garantizar que su elaboración se apegara a los estatutos de ética previamente establecidos en dicho centro.

Se hizo uso de un consentimiento informado (Anexo 1), con el fin de garantizar que los sujetos obtuvieran la información necesaria previo a su participación. En dicho documento se aclaró que la participación era voluntaria, se explicó el propósito del estudio y se

garantizó la estricta confidencialidad, limitando el uso de la información personal a fines de la investigación.

#### 4.9 Análisis de datos

El análisis estadístico se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS Statistics. A través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov y la inspección visual de los histogramas, se determinó que las variables a estudio no seguían una distribución normal. Debido a este hallazgo se procedió a utilizar el coeficiente de correlación por jerarquías de Spearman para analizar la relación entre las dos variables cuantitativas, auto-estigma y funcionalidad. Asimismo, se procedió a realizar el mismo análisis para evaluar la relación de la funcionalidad con cada uno de los cinco componentes del auto estigma según la escala ISMI. Por último, se determinó el porcentaje de sujetos que presentó un nivel significativo de auto estigma, utilizándose 2.5 como el valor de corte en la puntuación de la escala ISMI.

## V. RESULTADOS

Previo al análisis de correlación, se realizó la Prueba de Kolmogorov-Smirnov a ambas variables, para determinar parámetros de normalidad ( $p < 0.05$ ). Para la escala ISMI, se encontró un valor  $p = 0.063$ , asumiéndose normalidad (Tabla 1). Sin embargo, para la escala FAST se encontró un valor  $p = 0.000$  (Tabla 2). Los histogramas de cada variable también fueron evaluados visualmente para concluir que las muestras no seguían una distribución normal (Gráfica 1 y 2).

A través del Coeficiente de Correlación de Spearman, se exploró la relación entre el auto estigma y la funcionalidad, utilizando como referencia las puntuaciones en las escalas ISMI y FAST, encontrándose un  $r_s = 0.576$  ( $p < 0.01$ ) (Tabla 3). La Gráfica 3 evidencia dicha correlación positiva.

Posteriormente se procedió a analizar la relación entre la funcionalidad y cada uno de los componentes del auto estigma, según la escala ISMI. Se encontró una correlación positiva en todas las subescalas: alienación ( $r_s = 0.503$ ,  $p < 0.01$ ), asunción de estereotipo ( $r_s = 0.414$ ,  $p < 0.01$ ), discriminación percibida ( $r_s = 0.470$ ,  $p < 0.01$ ), aislamiento social ( $r_s = 0.461$ ,  $p < 0.01$ ) y resistencia al estigma ( $r_s = 0.539$ ,  $p < 0.01$ ) (Tabla 4). Las Gráficas 4, 5, 6, 7 y 8 reflejan la relación del funcionamiento con cada uno de los cinco componentes del auto estigma.

Para finalizar, se determinó que 49 de 209 sujetos cursaban con un nivel significativo de auto estigma, lo que corresponde a un 23.5% de la muestra. También se determinaron porcentajes según los cuatro niveles de estigma internalizado (Tabla 5) y se determinó, para cada subescala del ISMI, el porcentaje de la muestra que superó el nivel de corte para considerarse un nivel significativo (Tabla 6).

**Tabla 1**  
**Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra: ISMI**

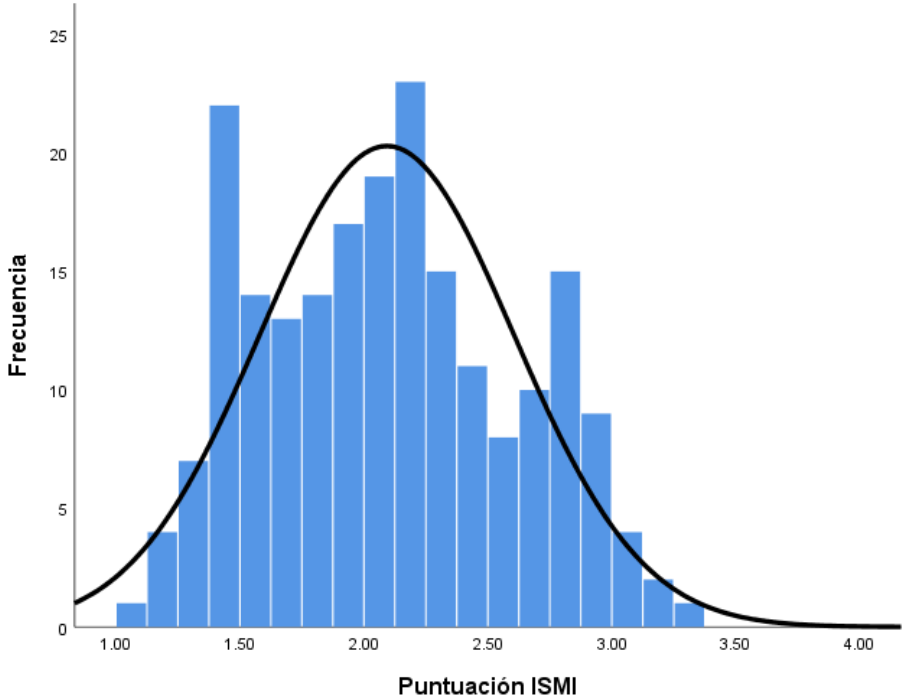
		ISMI
N		209
Parámetros normales	Media	2.0926
	Desviación est.	.51362
Diferencias más extremas	Absolutas	.060
	Positivas	.053
	Negativas	-.060
Valor estadístico		.060
Significancia – valor p (Bilateral)		.063

**Tabla 2**  
**Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra: FAST**

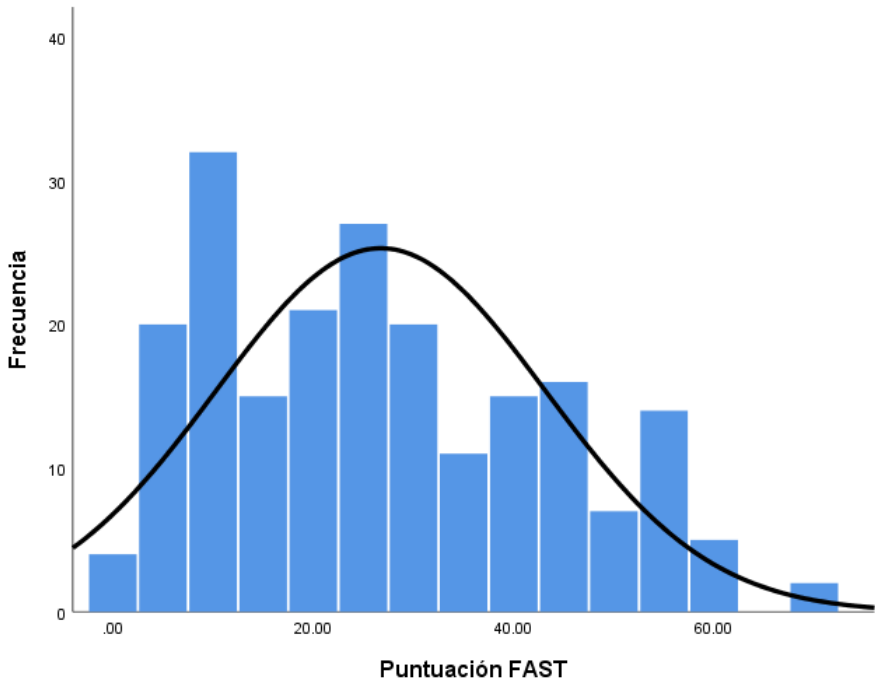
		FAST
N		209
Parámetros normales	Media	26.7177
	Desviación est.	16.47176
Diferencias más extremas	Absolutas	.089
	Positivas	.089
	Negativas	-.057
Valor estadístico		.089
Significancia – valor p (Bilateral)		.000



**Gráfica 1**  
**Histograma: Puntuación ISMI**



**Gráfica 2**  
**Histograma: Puntuación FAST**

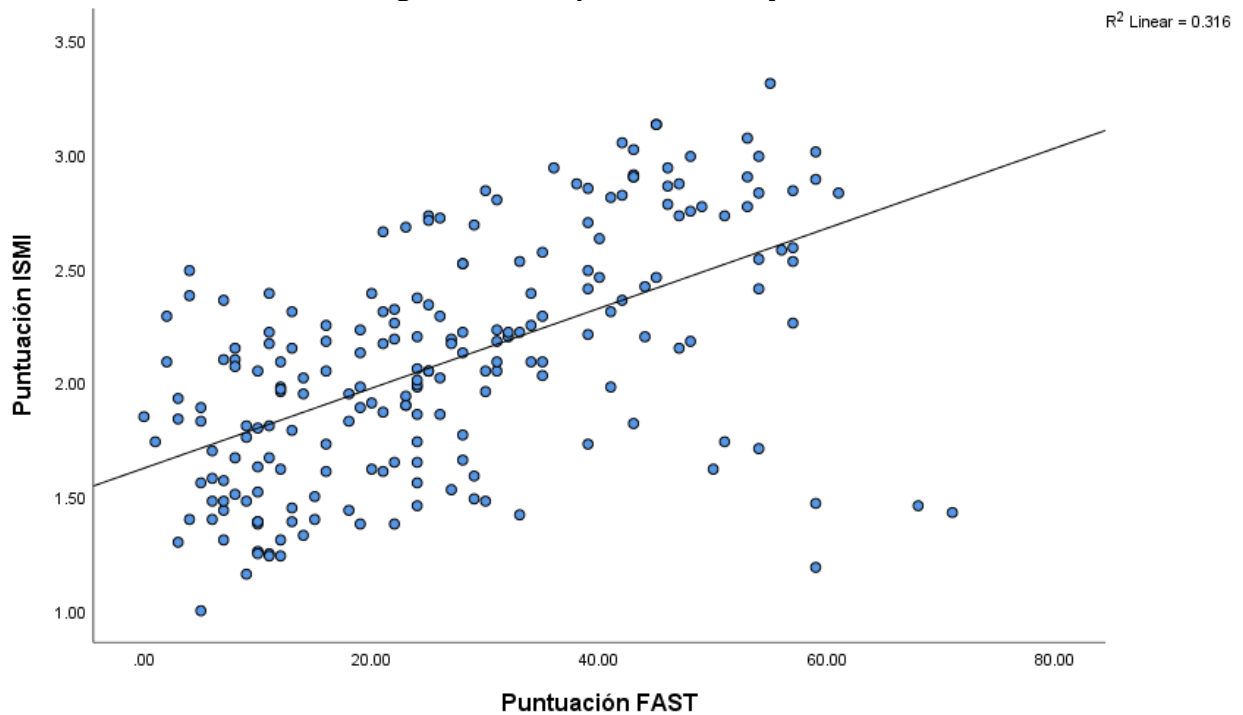


**Tabla 3**  
**Correlación de Spearman: ISMI y FAST**

		ISMI	FAST
Rho de Spearman	ISMI	Coefficiente de Correlación	1.000
		Sig. – Valor p (Bilateral)	.
		N	209
	FAST	Coefficiente de Correlación	.576**
		Sig. – Valor p (Bilateral)	.000
		N	209

\*\* . Correlación es significativa al nivel 0.01.

**Gráfica 3**  
**Diagrama de dispersión: ISMI y FAST**



**Tabla 4**

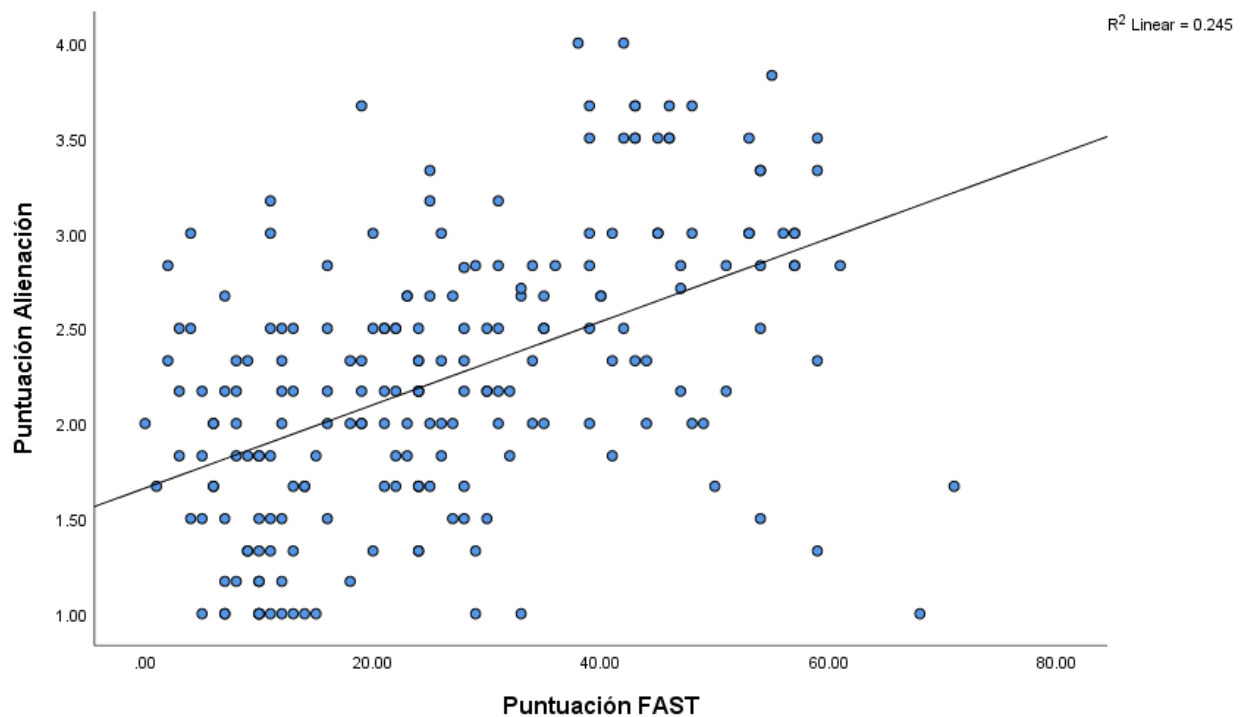
**Correlación de Spearman: Subescalas ISMI y FAST**

<b>Subescalas ISMI/FAST</b>	<b>r<sub>s</sub></b>	<b>p</b>
Alienación	0.503*	.000
Asunción de estereotipos	0.414*	.000
Discriminación percibida	0.470*	.000
Aislamiento Social	0.461*	.000
Resistencia al Estigma	0.539*	.000

\*Correlación es significativa al nivel 0.01.

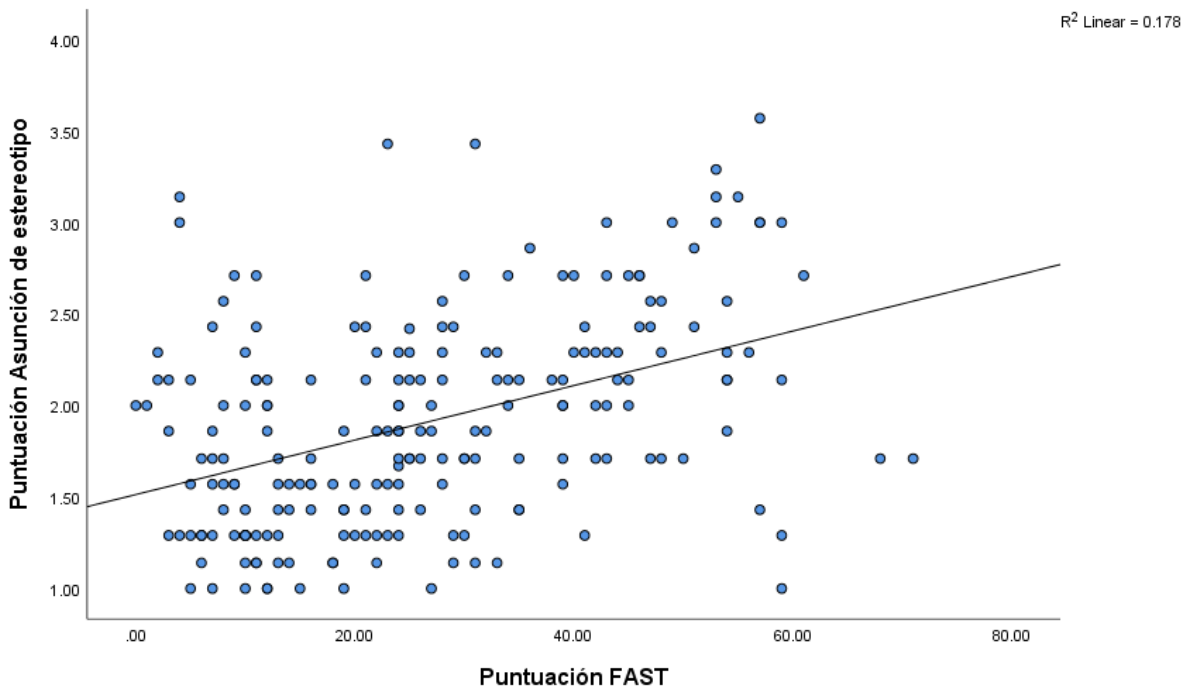
**Gráfica 4**

**Diagrama de dispersión: Alienación y FAST**



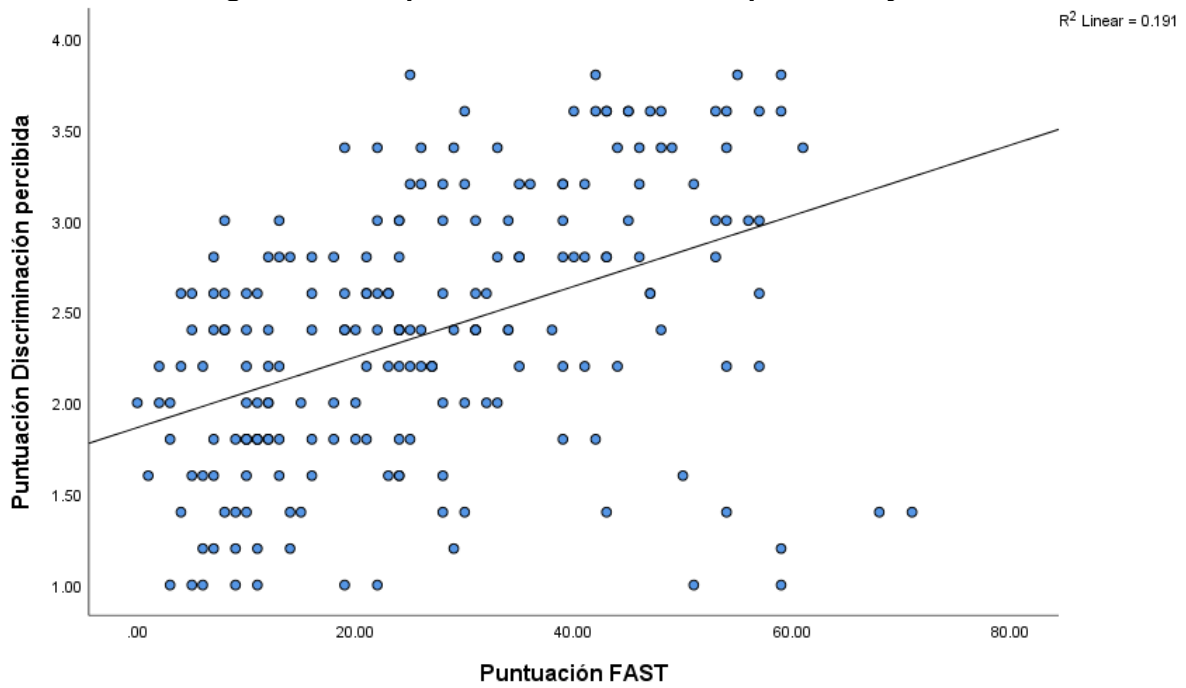
**Gráfica 5**

**Diagrama de dispersión: Asunción de estereotipo y FAST**



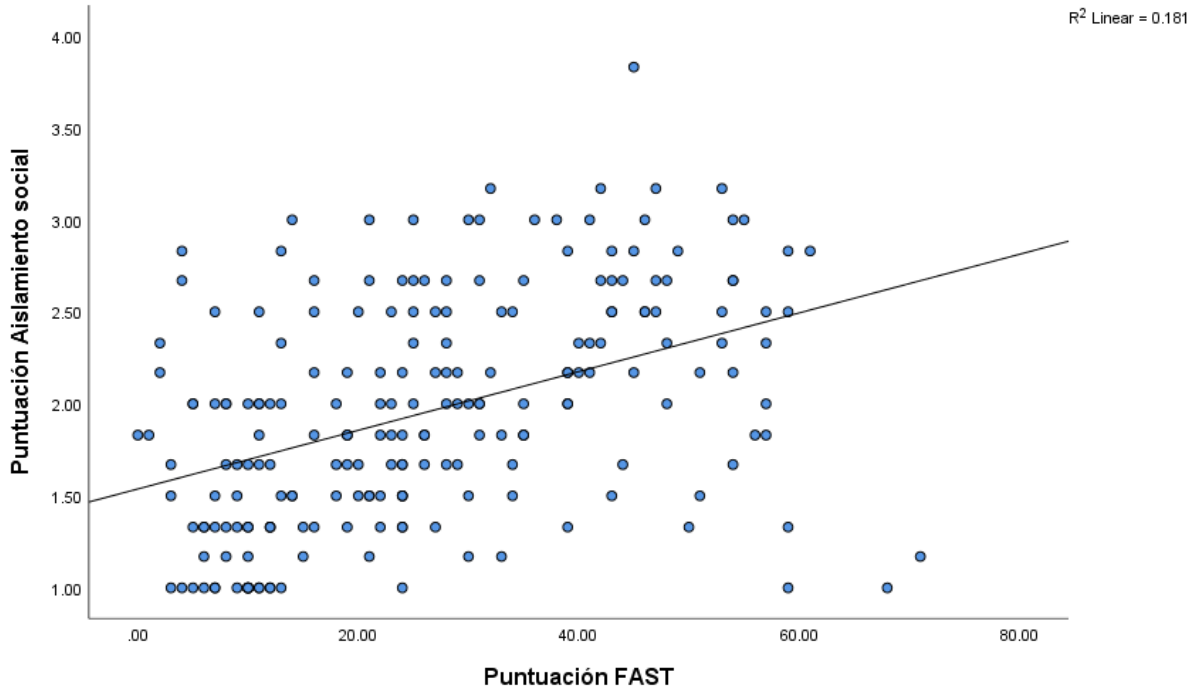
**Gráfica 6**

**Diagrama de dispersión: Discriminación percibida y FAST**



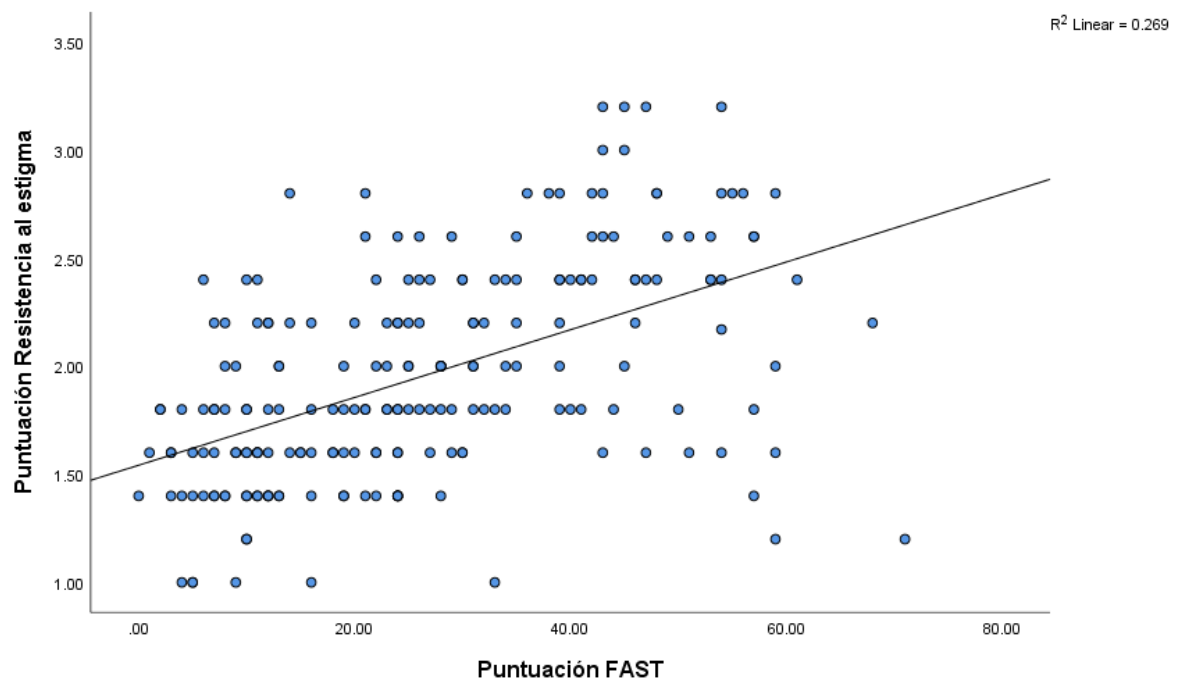
**Gráfica 7**

**Diagrama de dispersión: Aislamiento Social y FAST**

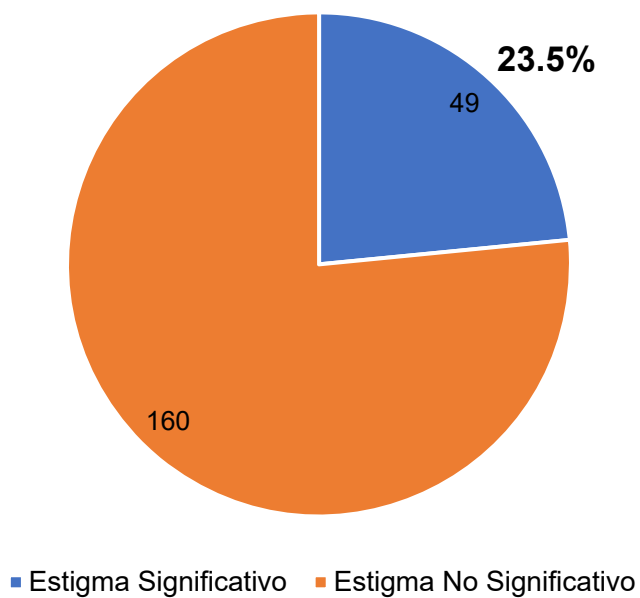


**Gráfica 8**

**Diagrama de dispersión: Resistencia al estigma y FAST**



**Gráfico 9**  
**Nivel de estigma internalizado**



**Tabla 5**  
**Distribución en niveles de estigma según puntuación ISMI**

Nivel	Porcentaje (frecuencia)
Mínimo (<2)	44% (92)
Leve (2 - 2.5)	32.5% (68)
Moderado (2.5 - 3)	20.1% (42)
Severo (>3)	3.4% (7)

**Tabla 6**  
**Puntuaciones significativas según subescalas ISMI**

<b>Subescala ISMI</b>	<b>Porcentaje (frecuencia)</b>
Alienación	28.7% (60)
Asunción de estereotipo	15.8% (33)
Discriminación percibida	42.6% (89)
Aislamiento social	18.7% (39)
Resistencia al estigma	14.8% (31)

## VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Por medio del análisis realizado se estableció una correlación positiva moderada a fuerte entre las puntuaciones de la escala ISMI y la escala FAST, indicando que conforme aumentan los niveles de auto estigma en los sujetos también tiende a aumentar la disfuncionalidad. El coeficiente de correlación de 0.576 representa mayor intensidad en la relación que la encontrada por Thome et al. Ellos utilizaron el inventario de experiencias estigmatizantes para medir el estigma, encontrando un coeficiente de 0.486 para la escala de experiencias y de 0.54 para la escala de impacto (15). El haber utilizado escalas de medición distintas y el hecho que este estudio también incluyó en sus análisis los síntomas depresivos podría explicar las variaciones encontradas. Otros estudios como el de Vásquez et al. y Cerit et al. también encontraron una correlación positiva entre el estigma internalizado y la funcionalidad (4,10). La evidencia entonces sugiere que la relación existe, y algo importante que debe considerarse y estudiarse más a profundidad es la dinámica que se da, ya que tanto el auto estigma podría estar contribuyendo a la disfuncionalidad, como la disfuncionalidad al estigma, en una relación bidireccional, en la cual tendrían que trabajarse ambos aspectos para lograr una mejoría clínica.

Al analizar por separado los cinco componentes evaluados del auto estigma, todos evidenciaron una correlación positiva con el nivel de disfuncionalidad; sin embargo, la intensidad de dicha correlación varió. Mientras que las escalas de resistencia al estigma y alienación reflejaron una relación de moderada a fuerte, las escalas de asunción de estereotipos, discriminación percibida y aislamiento social reflejaron una relación débil a moderada, con un coeficiente ligeramente por debajo de 0.5.

Tomando en cuenta que una puntuación alta en la escala de resistencia al estigma hace referencia en realidad a una pobre resistencia al estigma, los hallazgos del estudio sugieren que las pocas herramientas para afrontar y resistir el estigma, así como las ideas de culpa, vergüenza e inferioridad que resultan en alienación, podrían influir de una forma más significativa sobre la funcionalidad en las personas con trastorno afectivo bipolar. Esto es relevante al momento de plantear estrategias para reducir el estigma internalizado, ya que podría orientar a los aspectos prioritarios a tratar en la recuperación de los pacientes.

El 23.5% de los sujetos evaluados reportaron un nivel significativo de auto estigma, estos sujetos corresponden a los niveles moderado y severo según la escala ISMI. Este porcentaje es mayor al 18.5% reportado por Sarisoy et al. en Turquía, comparable con el 21.5% reportado por un



estudio multicéntrico realizado en Europa y menor que los porcentajes de 26.7% y 28% reportados en Irán e India respectivamente (9,33,34). Un estudio realizado en Ohio también encontró un 26% de auto estigma en pacientes bipolares, sin embargo, cabe mencionar que este estudio fue realizado en sujetos con mala adherencia al tratamiento, sin distinguir entre pacientes eutímicos y pacientes en una fase activa de la enfermedad (32). El presente estudio si tomó en consideración esto, excluyendo de la muestra a aquellos pacientes con criterios clínicos de depresión o manía, y esto pudo influir en las diferencias encontradas.

Al analizar los datos, distribuyendo a los sujetos según los 4 niveles de estigma internalizado, se encontró que un 44% cursaba con un nivel mínimo o ningún estigma, 32.5% cursaba con un nivel leve, 20.1% con un nivel moderado y 3.4% con un nivel severo. Esto es comparable con lo reportado por otros estudios como el de Sarisoy et al. en Turquía (9). Sin embargo, difiere de estudios como el de Howland et al. y Grover et al. que reportaron porcentajes arriba del 45% de estigma leve (32,34). Esto es relevante dado que algunos autores proponen que, aunque el auto estigma leve no es considerado significativo (por no alcanzar el valor de corte de 2.5) si puede tener un impacto negativo sobre la autoestima, la auto eficacia y la funcionalidad global (19). Esto sugiere que no se debe pasar por alto a ese 32.5% de sujetos que reportaron un nivel de auto estigma leve en este estudio, al momento de desarrollar estrategias terapéuticas, ya que también podrían beneficiarse considerablemente de estas.

Debido a que la escala ISMI está compuesta por cinco subescalas que evalúan cinco componentes importantes del estigma internalizado, se decidió analizar cada una de estas subescalas por separado, para determinar el porcentaje de los sujetos evaluados que presentaban una afectación significativa en cada una, tomando siempre 2.5 como valor de corte. Llamó la atención al realizar el análisis que el componente de discriminación percibida fue el más afectado, reportándose afectación significativa en un 42.6%. El componente de alienación también se vio afectado de forma importante, con una afectación en 28.7%, mientras que los componentes de resistencia al estigma, aislamiento social y asunción de estereotipos presentaron porcentajes por debajo del 20%. Los hallazgos para discriminación percibida y alienación son similares a los encontrados por Grover et al. quienes reportaron afectación significativa en 38.9% y 28.6% respectivamente. Este estudio sin embargo reflejó también un 28.6% de resultados mayores de 2.5 para el componente de aislamiento social (34).

Este hallazgo sugiere que hay aspectos de auto estigma que suelen presentarse con mayor frecuencia que otros, representando una carga evidente sobre los pacientes. Esto podría sugerir

que el trabajar en estos aspectos específicos podría traer beneficio a más personas afectadas por el estigma internalizado.

Retomando las correlaciones establecidas previamente para cada componente del auto estigma, y comparando con el porcentaje de afección significativa para cada uno de ellos, se encontró que en el caso de la discriminación percibida, aunque afecta a un alto porcentaje, su correlación con el funcionamiento es débil a moderada. Por el contrario, al evaluar la resistencia al estigma, su correlación con la funcionalidad es un poco más fuerte, sin embargo, menos del 20% reportaron dificultades importantes relacionadas a este componente. El componente de alienación, por su parte, si parece afectar a un porcentaje considerable, y a la vez su correlación con la funcionalidad fue relativamente más alta que para otros parámetros, alcanzando una intensidad moderada a fuerte. Esto podría sugerir que la alienación podría ser un componente prioritario a abordar durante un proceso que busque trabajar en la reducción de auto estigma. Sin embargo, debe estudiarse y entenderse mejor cada componente, y su relación con la funcionalidad, así como otras variables relevantes a la vida de un paciente bipolar. También debe tomarse en cuenta que lo ideal sería valorar estrategias integrativas, dado que ningún componente podría dejarse a un lado al momento de postularse un plan de acción terapéutico.

Entre las limitaciones del estudio, debe mencionarse que no se correlacionó la información con ningún otro dato sociodemográfico. Aunque hay estudios que no han encontrado diferencias en relación a sexo, edad, estado marital, educación y ocupación, otros han encontrado diferencias considerables en base a esta información (10,19). Asimismo, aunque se excluyeron pacientes cursando con episodios depresivos, no se indagó sobre síntomas depresivos sub sindrómicos y esto ha sido uno de los factores más relacionados a una pobre funcionalidad según múltiples estudios (4,10,15). No se valoró tampoco el subtipo de trastorno bipolar que padecían los pacientes, y por las diferencias en severidad de tipo I y tipo II, esto podría también influir en ambas variables estudiadas. El estudio se realizó en un único centro, lo que limita la posibilidad de generalizar la información y dado que fue un análisis transversal, no es posible establecer causalidad con la información obtenida.

## 6.1 Conclusiones

Este estudio encontró niveles significativos de estigma internalizado en un 23.5% de los sujetos estudiados. La discriminación percibida y los sentimientos de alienación fueron los dos componentes que con más frecuencia repercutieron significativamente sobre la muestra. Se estableció una correlación positiva moderada a fuerte entre el estigma internalizado y la

funcionalidad. Esta correlación positiva también se observó, con diferente intensidad, al analizar cada uno de los componentes del auto estigma por separado. La evidencia sugiere entonces que el estigma es un problema importante que afecta a las personas que padecen de bipolaridad y se relaciona con otros factores importantes que afectan la vida cotidiana de los pacientes, como lo es la funcionalidad. El implementar estrategias dirigidas a la reducción del auto estigma podría jugar un papel importante en la recuperación e integración del paciente bipolar a la sociedad.

## 6.2 Recomendaciones

Para identificar formas de reducir el estigma y minimizar sus efectos negativos es necesario un mejor entendimiento del proceso a través del cual este se desarrolla y mantiene. Se recomiendan más estudios que permitan una mejor caracterización del estigma y de todos sus efectos directos e indirectos, en nuestro entorno social, tomándose en cuenta otras variables que puedan estar interrelacionadas, tanto con el auto estigma como con la funcionalidad.

La implementación de estrategias psicoeducativas y psicoterapéuticas, adecuadamente estructuradas, dirigidas a la reducción del estigma, es necesaria a nivel institucional para mejorar el abordaje integral de los pacientes con trastorno afectivo bipolar.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ellison N, Mason O, Scior K. Bipolar disorder and stigma: A systematic review of the literature. *J Affect Disord.* 2013; 151: 805-820.
2. Paredes H, Jiménez G, Vázquez M. Medición del estigma internalizado y su relación con la adaptación social en pacientes psiquiátricos. *Vertientes, revista especializada en ciencias de la salud.* 2012; 15(2): 88-92.
3. Lucksted A, Drapalski A. Self-stigma regarding mental illness: definition, impact and relationship to societal stigma. *Psychiatr Rehabil J.* 2015; 38(2): 99-102.
4. Vázquez G, Kapczinski F, Magalhaes P, Córdoba R, López Jaramillo C, Rosa A, et al. Stigma and functioning in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2011; 130: 323-327.
5. Yanos P, Lucksted A, Drapalski A, Roe D, Lysaker P. Interventions targeting mental health self-stigma: A review and comparison. *Psychiatr Rehabil J.* 2015; 38(2): 171-178.
6. Carlson Hyman S. The relationship between internalized stigma and functional disability in schizophrenia: a cross-cultural comparison of India and the United States. [tesis de Licenciatura en Línea]. Connecticut: Universidad de Wesleyan, Facultad de Neurociencias y Comportamiento; 2015. [citado 18 Jun 2017]. Disponible en: [https://wescholar.wesleyan.edu/etd\\_hon\\_theses/1500/](https://wescholar.wesleyan.edu/etd_hon_theses/1500/)
7. Kanter J, Rusch L, Brondino M. Depression self-stigma: A new measure and preliminary findings. *J Nerv Ment Dis.* 2008; 196(9): 663-670.
8. Çuhadar D, Olcay M. Effectiveness of psychoeducation in reducing internalized stigmatization in patients with bipolar disorder. *Arch Psychiatr Nurs.* 2014; 28: 62-66.

9. Sarisoy G, Kaçar Ö, Pazvantoğlu O, Korkmaz I, Öztürk A, Akkaya D, et al. Internalized stigma and intimate relations in bipolar and schizophrenic patients: A comparative study. *Compr Psychiatry*. 2013; 54: 665-672.
10. Cerit C, Filizer A, Tural Ü, Tufan A. Stigma: a core factor on predicting functionality in bipolar disorder. *Compr Psychiatry*. 2012; 53: 484-489.
11. Sajatovic M, Jenkins J, Safavi R, Wast J, Cassidy K, Meyer W, et al. Personal and societal construction of illness among individuals with rapid-cycling bipolar disorder: a life-trajectory perspective. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2008; 16(9): 718-726.
12. Goffman E. *Stigma; notes on the management of spoiled identity*. 1 ed. Nueva York: Touchstone; 1986.
13. Link B, Struening E, Rahay M, Phelan J, Nuttbrock I. On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substances abuse. *J Health Soc Behav*. 1997; 38(2): 177-190.
14. Corrigan P, Rao D. On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure and strategies for change. *Can J Psychiatry*. 2012; 57(8): 464, 469.
15. Thomé E, Dargel A, Migliavacca F, Potter W, Jappur D, Kapczinski F, et al. Stigma experiences in bipolar patients: the impact upon functioning. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2012; 19: 665-671.
16. Corrigan P, Makowitz F, Watson A. Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophr Bull*. 2004; 30(3): 481-491.
17. Hawke L, Parikh S, Michalak E. Stigma and bipolar disorder: a review of the literature. *J Affect Disord*. 2013; 150: 181-191.
18. Jennings K, Cheung J, Britt T, Goguen K, Jeffirs S, Peasley A, et al. How are perceived stigma, self-stigma, and self-reliance related to treatment seeking? A three-path model. *Psychiatr Rehabil J*. 2015; 38(2): 109-116.

19. Drapalski A, Lucksted A, Perrin P, Aakre J, Brown C, DeForge C, et al. A model of internalized stigma and its effects on people with mental illness. *Psychiatr Serv.* 2013; 64(3): 264-269.
20. Perlick D, Rosenheck R, Clarkin J, Sirey J, Salah J, Struening E, et al. Stigma as a barrier to recovery: adverse effects of perceived stigma on social adaptation of personas diagnosed with bipolar disorder. *Psychiatr Serv.* 2001; 52(12): 1627-1632.
21. Wahl O, Wood A, Richards R. Newspaper coverage of mental illness: Is it changing? *Psychiatr Rehabil Skills.* 2002; 6(1): 9-31.
22. Avasthi A, Grover S, Singh A, Danb A, Neogic R, Kaur D, et al. 2017. Stigma experienced by patients with severe mental disorders: A nationwide multicentric study from India. *Psychiatry Res.* 2017; 257: 550-558.
23. Lannin D, Vogel D, Brenner R, Abraham W, Heath P. Does self-stigma reduce the probability of seeking mental health information? *J Couns Psychol.* 2016; 63(3): 351-358.
24. Day E, Edgren K, Eshleman A. Measuring stigma towards mental illness: Development and application of the Mental Illness Stigma scale. *J Appl Soc Psychol.* 2007; 37(10): 2191-2219.
25. Phelan J, Bromet E, Link B. Psychiatric illness and family stigma. *Schizophr Bull.* 1998; 24(1): 115-126.
26. Wolkenstein I, Meyer T. Attitudes of young people towards depression and mania. *Psychol Psychother.* 2008; 81(1): 15-31.
27. Proudfoot J, Parker G, Benoit M, Manicavasagar V, Smith M, Gayed A. What happens after diagnosis? Understanding the experiences of patients with newly-diagnosed bipolar disorder. *Health Expect.* 2009; 12(2): 120-129.
28. Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5 ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.

29. Michalak E, Yatham I, Kolesar S, Lam R. Bipolar disorder and quality of life: a patient-centered perspective. *Qual Life Res.* 2006; 15(1): 25-37.
30. Hajda M, Kamaradova D, Prasko J. Self-stigma, treatment adherence, and medication discontinuation in patients with bipolar disorders in remission: a cross-sectional study. *Eur Psychiatry.* 2016; 33: S405-S406.
31. Ouanes S, Mrizak J, Arouss A, Hammouda A, Rafrafi R, Hechmi E. Impact of Stigma on Euthymic Patients with Bipolar Disorder Type I. *Eur Psychiatry.* 2015; 30(1): 28-31.
32. Howland M, Levin J, Blixen C, Tatsuoka C, Sajatovic M. Mixed-methods analysis of internalized stigma correlates in poorly adherent individuals with bipolar disorder. *Compr Psychiatry.* 2016; 70: 174-180.
33. Sadigui G, Khodaei M, Fadaie F, Mirabzadeh A, Sadigui A. Self Stigma Among People with Bipolar-I Disorder in Iran. *Iran Rehab J.* 2015; 13(1): 28-32.
34. Grover S, Hazari N, Aneja J, Chakrabarti S, Avasthi A. Stigma and its correlates among patients with bipolar disorder: A study from a tertiary care hospital of North India. *Psychiatry Res.* 2016; 244: 109-116.
35. Karidi M, Vassilopoulou D, Savvidou E, Vitoratou S, Maillis A, Rabavilas P, et al. Bipolar disorder and self-stigma: A comparison with schizophrenia. *J Affect Disord.* 2015; 184: 209-215.
36. Pal A, Sharanb P, Chaddab R. Internalized stigma and its impact in Indian outpatients with bipolar disorders. *Psychiatry Res.* 2017; 258: 158-165.
37. Bengochea R, Arrieta M, Fernández M, Santacoloma I, Gómez J, García B, et al. Adaptación al español de la escala *Internalized Stigma of Mental Illness* para valorar el estigma personal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental.* 2018; 11(4): 244-254.
38. Ritsher J, Otilingam P, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res.* 2003; 121(1): 31-49.

39. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental. Prueba Breve de Evaluación del Funcionamiento (FAST): Manual de administración. Barcelona: IDIBAPS; 2008.
40. Rosa A, Sánchez J, Martínez A, Salamero M, Torrent C, Reinares M, et al. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clin Pract Epidemiol in Ment Health*. 2007; 3: 5.



## VIII. ANEXOS

### 8.1 Anexo I: Consentimiento Informado

Hospital de Salud Mental “Dr. Carlos Federico Mora”

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, con Documento Personal de Identificación No. \_\_\_\_\_, por este medio certifico que, de forma voluntaria, accedí a participar en la realización del estudio “Auto Estigma y Funcionalidad en el paciente con Trastorno Afectivo Bipolar”, contestando con veracidad a las preguntas realizadas por el entrevistador. Asimismo, hago constar que se me explicó claramente en que consiste el estudio y que la información obtenida a través de mi participación es para uso estrictamente científico, con el propósito de mejorar mi cuidado médico.

\_\_\_\_\_  
Firma

8.2 Anexo 2: Escala para el Estigma Interiorizado en Enfermedad Mental (ISMI; Internalized Stigma of Mental Illness)

En este cuestionario se utiliza de forma repetida la palabra "enfermedad mental", por favor, piense cómo aplicar esta palabra a su caso. Para cada afirmación marque si está 1. muy en desacuerdo, 2. en desacuerdo, 3. de acuerdo, 4. muy de acuerdo.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Me siento fuera de lugar porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
2. Tener una enfermedad mental ha destrozado mi vida	1	2	3	4
3. Siento que las personas sin enfermedad mental no pueden entenderme	1	2	3	4
4. Me da vergüenza tener una enfermedad mental	1	2	3	4
5. Me siento culpable por tener una enfermedad mental	1	2	3	4
6. Me siento inferior a las personas que no tienen enfermedad mental	1	2	3	4
7. Respondo a la imagen o estereotipo que se tiene de las personas con enfermedad mental.	1	2	3	4
8. Por mi apariencia la gente puede decir que tengo una enfermedad mental.	1	2	3	4
9. Las personas con enfermedad mental tienden a ser violentas	1	2	3	4
10. La mayoría de la veces, otras personas deben decidir por mí a consecuencia de mi enfermedad mental	1	2	3	4
11. Las personas con enfermedad mental no pueden vivir una vida satisfactoria y gratificante	1	2	3	4
12. Las personas con enfermedad mental no deberían casarse.	1	2	3	4
13. No puedo aportar nada a la sociedad porque tengo una enfermedad mental.	1	2	3	4
14. La gente me discrimina porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
15. Algunas personas piensan que no puedo conseguir mucho en la vida porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
16. La gente me ignora o me toma menos en serio porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
17. A menudo la gente me trata con condescendencia o me tratan como a un niño/a, porque tengo una enfermedad mental.	1	2	3	4
18. Nadie se interesaría en acercarse a mí porque tengo una enfermedad mental.	1	2	3	4
19. No hablo mucho sobre mí porque no quiero cansar a los demás con mi enfermedad mental.	1	2	3	4
20. No me relaciono con otras personas tanto como solía porque podría comportarme de forma extraña a causa de mi enfermedad mental.	1	2	3	4
21. Los estereotipos o creencias negativas sobre las enfermedades mentales me aíslan del mundo "normal"	1	2	3	4
22. No me relaciono con otras personas para no avergonzar a mi familia y mis amistades.	1	2	3	4
23. Cuando estoy con personas sin enfermedad mental siento que no estoy a la altura o que estoy fuera de lugar.	1	2	3	4
24. Evito acercarme con personas sin enfermedad mental para evitar el rechazo.	1	2	3	4
25. No me importa e incluso me apetece que la gente sepa que tengo enfermedad mental.	1	2	3	4
26. En general, soy capaz de vivir mi vida como quiero.	1	2	3	4
27. Puedo tener una vida satisfactoria y plena, a pesar de mi enfermedad mental.	1	2	3	4
28. Las personas con enfermedad mental hacen importantes contribuciones a la sociedad	1	2	3	4
29. Vivir con una enfermedad mental me ha convertido en un/a superviviente nato.	1	2	3	4

8.3. Anexo 3: Prueba Breve de Evaluación del Funcionamiento (FAST; Functioning Assessment Short Test)

**PRUEBA BREVE DE EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO (FAST)**

¿Cuál es el grado de dificultad del paciente en relación con los siguientes aspectos?

Interroga al paciente respecto a las áreas de funcionamiento que se especifican a continuación, utilizando la siguiente escala: (0): Ninguna, (1): Poca, (2): Bastante o (3): Mucha.

<b>AUTONOMIA</b>	
1. Encargarse de las tareas de la casa	(0) (1) (2) (3)
2. Vivir solo	(0) (1) (2) (3)
3. Hacer la compra	(0) (1) (2) (3)
4. Cuidar de sí mismo (aspecto físico, higiene...)	(0) (1) (2) (3)
<b>FUNCIONAMIENTO LABORAL</b>	
5. Realizar un trabajo remunerado	(0) (1) (2) (3)
6. Acabar las tareas tan rápido como era necesario	(0) (1) (2) (3)
7. Trabajar en lo que estudió	(0) (1) (2) (3)
8. Cobrar de acuerdo con el puesto que ocupa	(0) (1) (2) (3)
9. Alcanzar el rendimiento previsto por la empresa	(0) (1) (2) (3)
<b>FUNCIONAMIENTO COGNITIVO</b>	
10. Concentrarse en la lectura, película	(0) (1) (2) (3)
11. Hacer cálculos mentales	(0) (1) (2) (3)
12. Resolver adecuadamente un problema	(0) (1) (2) (3)
13. Recordar el nombre de gente nueva	(0) (1) (2) (3)
14. Aprender una nueva información	(0) (1) (2) (3)
<b>FINANZAS</b>	
15. Manejar el propio dinero	(0) (1) (2) (3)
16. Hacer compras equilibradas	(0) (1) (2) (3)
<b>RELACIONES INTERPERSONALES</b>	
17. Mantener una amistad	(0) (1) (2) (3)
18. Participar en actividades sociales	(0) (1) (2) (3)
19. Llevarse bien con personas cercanas	(0) (1) (2) (3)
20. Convivencia familiar	(0) (1) (2) (3)
21. Relaciones sexuales satisfactorias	(0) (1) (2) (3)
22. Capaz de defender los propios intereses	(0) (1) (2) (3)
<b>OCIO</b>	
23. Practicar deporte o ejercicio	(0) (1) (2) (3)
24. Tener una afición	(0) (1) (2) (3)

### **PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO**

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada "Auto estigma y funcionalidad en pacientes con trastorno afectivo bipolar" para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.