

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS PARA LA
REINSERCIÓN A LA ACTIVIDAD LABORAL DE PACIENTES CON
TRASTORNO BIPOLAR EN LOS CENTROS DE SALUD MENTAL
COMUNITARIOS DE LIMA NORTE PERIODO 2015 - 2017**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

ALVARADO BLANCO EILEEN KARINA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

LIMA – PERÚ

2018

ASESORA
DRA. JENNY ZAVALA OLIVER

AGRADECIMIENTO

A Dios sobre todas las cosas por sus milagros y maravillas, a mi familia por la perseverancia inculcada día a día,

A mi asesora de tesis, la Dra. Jenny Zavaleta Oliver por su ayuda y consejo en el desarrollo de esta investigación.

DEDICATORIA

A mis padres, quienes me brindaron todas las herramientas para caminar por este largo trecho; a ellos, por su esfuerzo y perseverancia constante, a mis hermanas quienes siempre me dieron el apoyo moral y las fuerzas de seguir hasta lograrlo, a mis docentes quienes impartieron los conocimientos y responsabilidad, a las personas que permitieron ser tratadas por mí, ellas quienes me dieron la experiencia necesaria para conocer este campo tan amplio; a todos ellos les dedico esta valiosa tesis.

RESUMEN

Objetivo: Identificar las características clínicas y sociodemográficas para la reinserción a la actividad laboral de pacientes con trastorno bipolar atendidos en los Centros de Salud Mental Comunitarios de Lima Norte en el periodo 2015 – 2017.

Material y métodos: De los 52 casos con diagnóstico de Trastorno Bipolar Estudiamos las 42 historias clínicas de pacientes con trastorno bipolar reinsertados a la actividad laboral. La literatura al respecto nos permite inferir cuales son las variables que vendrían a ser las características clínicas y sociodemográficas para la reinserción laboral, esta información es ingresada a SPSS 24.

Resultados: En 73.8% de los casos el inicio de la enfermedad se dio entre los 20 y 40 años. El 78.5%(n=33), llevan de 1 a 5 años con este trastorno. El 69 % de los pacientes (n=29) ha sido hospitalizado por lo menos una vez. .80% de los pacientes (n=34) presentan problemas al dormir y el 76% (n=32) da un mal uso a su tiempo libre. En cuanto a las actividades de higiene personal 95% (n=40) de los pacientes lo realiza de forma espontánea. 45.23% (n=19) presenta somnolencia, estado de hipervigilancia 35.71% (n=15). El 11.9% (n=5) muestran retraimiento social, 28.57%(n=12) impulsividad. De todos los pacientes un 42.86% (n=18) están entre los 26 a 35 años. Con respecto al grado de instrucción el 42.86% (n=18) tiene secundaria completa, 28.57% (n=12) superior universitaria completa. En cuanto a la relación que guarda el paciente y la persona cuidadora podemos decir que el 57.14% (n=24) de este rol lo desempeña la madre y el 40.48% (n=17) la pareja.

Conclusiones: Los pacientes con Trastorno Bipolar atendidos en los Centros de Salud Mental Comunitarios de Lima Norte tienen serias limitaciones para relacionarse socialmente, muchas desventajas y señalamientos en su área de trabajo por impulsividad, agresividad 40.6% o

retraimiento o timidez 28.9%, así también problemas en su área personal de estima, confusa imagen corporal 73.1% y afecto, ideación e intentos suicidas 28.8%.

Palabras claves: trastorno bipolar, centro comunitario de salud mental.

ABSTRACT

Objective: To identify the clinical and sociodemographic characteristics for the reinsertion into the work activity of patients with bipolar disorder treated in the Community Mental Health Centers of Lima Norte in the period 2015 – 2017.

Materials and methods: We studied the 42 medical records of patients with bipolar disorder who had problems or difficulties for their reintegration into work. The literature in this regard allows us to infer which are the variables that would become the clinical and sociodemographic characteristics for labor reintegration, this information is entered into SPSS 24.

Results: 73.8% of cases the onset of the disease occurred between 20 and 40 years. 78.5% (n = 33), have 1 to 5 years with this disorder. Number of hospitalizations 69% (n = 29) at least once. 80% of patients (n = 34) have problems sleeping and 76% (n = 32) misuse their free time. As for the personal hygiene activities, 95% (n = 40) of the patients performed it spontaneously. 45.23% (n = 19) presented somnolence, hypervigilance state 35.71% (n = 15). 11.9% (n = 5) show social withdrawal, 28.57% (n = 12) impulsivity. A 42.86% (n = 18) between the 26 to 35 years. Degree of instruction 42.86% (n = 18) has full high school, 28.57% (n = 12) full university higher. The relationship between the patient and the caregiver can say that 57.14% (n = 24) of this role is performed by the mother, 40.48% (n = 17) the couple.

Conclusions: Patients with Bipolar Disorder treated in the Community Mental Health Centers of Lima Norte have serious limitations to socially interact, many disadvantages and signs in their work area due to impulsivity, aggressiveness 40.6% or withdrawal or shyness 28.9%, as well as problems

in their personal area of esteem, confused body image 73.1% and affection, ideation and suicide attempts 28.8%.

Keywords: bipolar disorder, community mental health center.

PRESENTACIÓN

En el Perú la salud mental se establece como un rol importante para la inclusión social de las personas y su plena participación en la sociedad. La OMS ha definido *“a la salud mental como un estado de bienestar que permite a cada individuo realizar su potencial, enfrentarse a las dificultades usuales de la vida, trabajar productiva y fructíficamente contribuyendo con su comunidad”*.

En el Perú según el Ministerio de Salud se estima que aproximadamente 4 millones de pobladores peruanos tienen alguna enfermedad de salud, de ellos solo 800.000 (20%) de ellos reciben un tratamiento considerado adecuado.

Según estadísticas dadas por la Organización Mundial de la Salud el “2,6% de la población mundial sufre de bipolaridad”¹.

El trastorno bipolar es una enfermedad psiquiátrica mental peligrosa, reiterada que produce discapacidad para el paciente, se encuentra inmersa dentro de las alteraciones del estado de ánimo. Esta se determina por presentar acontecimientos de depresión y manía durante los cuales suceden cambios extremos en el estado de ánimo, y la conducta. Es un trastorno de alta prevalencia, enfermedad crónica e incapacitante que afecta al paciente y su entorno familiar, por ello es de suma importancia que el paciente y su entorno más cercano tome conciencia y responsabilidad del tratamiento, y de la terapia cognitiva conductual, de tal modo que puedan mejorar la calidad de su vida, teniendo menos los ingresos hospitalarios y sus consecuencias inherentes. Por ello la pregunta cuales son las características clínicas y sociodemográficas para la reinserción a la actividad laboral de pacientes con trastorno bipolar atendidos en los Centros de Salud Mental Comunitarios de Lima Norte en el periodo 2015 – 2017.

“Los pacientes con trastorno bipolar alcanzan dificultades en el adaptación social primordialmente en el área laboral, descanso con la presencia de sentimientos de baja autoestima aun después de la absolución de fases”².

Como dice la literatura y autores como Velayos⁷, Sousa³², Miasso³¹, la ruptura brusca con la sociedad estaría en relación con la duración de la enfermedad, el número de recurrencias y el de hospitalizaciones. El desarrollo del trastorno bipolar se asocia indirectamente con altas tasas de deserción laboral, pérdidas de días de trabajo, deficiencia en el desempeño, y por lo tanto desempleo, además de una educación incompleta, dificultades familiares, ruptura de hogares y necesidad de cuidado.

Las personas que presentan un trastorno bipolar sienten intensos padecimientos emocionales ocasionados por los problemas en las relaciones familiares destruidas, (parejas separadas, hijos con problemas, problemas financieros, de educación, de sus sueños y esperanza de vida.

Los conflictos y problemas psicosociales influyen de manera directa en la recaída del paciente. Un entorno social desfavorable es escenificado al no tener conciencia de la enfermedad por parte del paciente y familiares, no cumplir con el tratamiento, sentir vergüenza que impide la búsqueda de ayuda; todo esto vendrían a ser los factores que dificultan la reinserción social y laboral de dichos pacientes.

Es por ello que se revisaron las historias clínicas de 42 pacientes con trastorno bipolar atendidos en los Centros de Salud Mental Comunitarios de Lima Norte en el periodo 2015 - 2017 para identificar las características clínicas y sociodemográficas para la reinserción a la actividad laboral.

Encontrando que los pacientes que padecen de Trastorno Bipolar atendidos en los Centros de Salud Mental Comunitarios de Lima Norte tiene serias limitaciones para relacionarse socialmente, muchas desventajas y señalamientos en su área de trabajo por impulsividad, agresividad 40.6% o retraimiento o timidez 28.9%, así también problemas en su área personal de

estima, confusa imagen corporal 73.1% y afecto, ideación e intentos suicidas 28.8%, como también de reposo o sueño y un mal uso del tiempo de recreación haciéndolos seres normalmente incapacitantes y que afectan severamente a toda la familia, creando disfunciones, deserciones, abandonos educativos y problemas económicos.

Por ello sería indispensable elaborar, promover instrumentos y estrategias objetivas que logren mejorar el trato social, laboral y familiar que limiten significativamente sus consecuencias negativas y dejen de constituirse una carga muy pesada para sus familias y sociedad, teniendo muy en cuenta que estas personas no han perdido sus capacidades, sino y más bien que necesitan ayuda y oportunidades para ponerlas al servicio de la sociedad.

ÍNDICE

	Pág.
CARÁTULA.....	I
ASESORA.....	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT.....	VII
PRESENTACIÓN	IX
ÍNDICE	XII
LISTA DE TABLAS.....	XIV
LISTA DE ANEXOS	XV
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	4
1.4. OBJETIVOS:.....	6
1.4.1. GENERAL	6
1.4.2. ESPECÍFICOS	6
1.5. PROPÓSITO	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	8
2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	8
2.2. BASE TEÓRICA.....	12
2.3 HIPÓTESIS.....	22
2.4 VARIABLES.....	22

2.5	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	23
CAPÍTULO III:METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN		25
3.1.	TIPO DE ESTUDIO	25
3.2.	ÁREA DE ESTUDIO	25
3.3.	POBLACIÓN Y MUESTRA	25
3.4.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS ...	26
3.5.	DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	26
3.6.	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	27
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS		28
4.1.	RESULTADOS	28
4.2.	DISCUSIÓN	36
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		40
5.1.	CONCLUSIONES	40
5.2.	RECOMENDACIONES	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		45
BIBLIOGRAFÍA.....		49
ANEXOS		53

LISTA DE TABLAS

TABLA N° 01: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS PARA LA REINSERCIÓN A LA ACTIVIDAD LABORAL DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR ATENDIDOS EN LOS CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS DE LIMA NORTE EN EL PERIODO 2015 – 2017.....	28
TABLA N° 02: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS PARA LA REINSERCIÓN A LA ACTIVIDAD LABORAL DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR ATENDIDOS EN LOS CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS DE LIMA NORTE EN EL PERIODO 2015 - 2017.....	30
TABLA N° 03: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS PARA LA REINSERCIÓN A LA ACTIVIDAD LABORAL DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR ATENDIDOS EN LOS CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS DE LIMA NORTE EN EL PERIODO 2015 - 2017.....	33
TABLA N° 04: CARACTERÍSTICAS FAMILIARES Y LABORALES DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR ATENDIDOS EN LOS CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS DE LIMA NORTE EN EL PERIODO 2015. – 2017.....	34

LISTA DE ANEXOS

ANEXO N° 01: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	54
ANEXO N° 02: INSTRUMENTO.....	61
ANEXO N° 03: VALIDEZ DE INSTRUMENTO - CONSULTA DE EXPERTO.....	66
ANEXO N° 04: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	74

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos bipolares hoy en día son considerados uno de los mayores problemas de la salud pública que enfrenta nuestra población. Según la Organización Mundial de la Salud esta afectación ocupa el sexto lugar entre los trastornos médicos, trastorno de difícil diagnóstico a pesar de poseer una clínica característica³.

Es por ello que este tipo de trastorno se puede relacionar con algunas otras alteraciones ya sea angustia, el deterioro y ausencia de la actividad laboral y educativa, por ende, problemas financieros; problemas médicos, altos costos en la atención médica sobre todo de salud mental. Deterioro y ruptura del círculo familiar y social, problemas con el autocuidado y demanda de cuidadores, ante ello aumenta el índice de demanda en servicios psicológicos, en servicios conductuales y la hospitalización se hace frecuente⁴.

De acuerdo a los Estudios Epidemiológicos en Salud Mental que desarrolla el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” *“La existencia de al menos alguna discapacidad o inhabilidad en la población general es en promedio del 14% desde el año 2002”*⁵ oscilando entre 8,3% en las Sierra Rural del Perú hasta 26.5% en Lima y Callao⁵. En lo referente a como son tratadas estas personas con trastorno mental por la población, se evidenció que la aceptación hacia ellas varía desde un 13.3% en ciudades de la sierra rural del Perú hasta 35,1% en ciudades de la costa peruana; el comportamiento de dar ayuda hacia estas personas con trastorno estuvo presente desde un 42,8% de ciudadanos de la costa peruana y hasta un 58,7% en ciudades de la sierra rural ⁵.

“Los comportamientos de distanciamiento fueron considerados por 14,8% de la población, los comportamientos de indiferencia por un 4,3% y los de rechazo notorio por 1,8% a nivel nacional” ⁵. Estas estadísticas nos demostrarían de manera crucial que 1 de cada 7 peruanos (3 950 907 personas) ⁶ presentaría alguna discapacidad para poder insertarse en el medio laboral, dificultando su desempeño personal, no logrando desarrollarse, ni cumpliendo con su proyecto de vida ni familiar, académico, laboral y/o social.

Por lo tanto, nos hacemos la pregunta: ¿Cuáles las características clínicas y sociodemográficas para la reinserción a la actividad laboral de pacientes con trastorno bipolar atendidos en los Centros de Salud Mental Comunitarios de Lima Norte en el periodo 2015 - 2017?

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

PREGUNTA GENERAL

¿Cuáles son las características clínicas y sociodemográficas para la reinserción a la actividad laboral de pacientes con trastorno bipolar atendidos en los Centros de Salud Mental Comunitarios de Lima Norte en el periodo 2015 - 2017?

PREGUNTA ESPECÍFICA

1. ¿Cuáles son las características clínicas para la reinserción a la actividad laboral de pacientes con trastorno bipolar atendidos en los Centros de Salud Mental Comunitarios de Lima Norte en el periodo 2015 - 2017?
2. ¿Cuáles son las características sociodemográficas para la reinserción a la actividad laboral de pacientes con trastorno bipolar atendidos en los Centros de Salud Mental Comunitarios de Lima Norte en el periodo 2015 - 2017?
3. ¿Cuáles son las características familiares y laborales de pacientes con trastorno bipolar atendidos en los Centros de Salud Mental Comunitarios de Lima Norte en el periodo 2015 - 2017?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Sabiendo que según la cuantía de la OMS Organización Mundial de la Salud el 2,6% de la población mundial sufre del Trastorno de Bipolaridad, que este trastorno ocupa el sexto lugar entre los trastornos médicos, y más aun teniendo características clínicas conocidas su diagnóstico es difícil.

Sabiendo que en nuestro país recién hace pocos años ha decidido que sus centros médicos den cobertura de seguros a estos padecimientos médicos; consideramos que se hace de necesidad justificada el presente estudio que trata de visibilizar estrategias que logren que los pacientes con trastornos bipolares puedan ser reinsertados en la sociedad de manera plena.

El trastorno bipolar es una enfermedad deteriorante, e incapacitante que requiere de atención psicológica, médica, ayuda familiar y social para su reinsertión y nueva adaptación para enfrentar la vida.

Los pacientes experimentan cambios bruscos de temperamento llegando a sentir desde grandiosos hasta el contraste de sentir una profunda desesperanza y entre ellos un tiempo estabilidad.

La medicación permite, en la mayoría de los casos los pacientes mantengan un estado de vida normalizada y bajo control los síntomas. Durante los episodios de crisis podría tener un descanso laboral y luego de la remisión continuar. Por ello la importancia de la medicación, psicoterapia y rehabilitación psicosocial, con estos puntos puede integrarse con facilidad a la vida laboral y social.

En la actualidad el estado peruano ha implementado desde el 2015, 31 centros de salud mental comunitarios en Arequipa, La libertad, Moquegua, Ayacucho, Lima, Callao, Piura y Lambayeque, Huancavelica. El objetivo es tener un abordaje integral del paciente, la familia y la comunidad.

Consideramos pertinente la presente investigación dado que se está dando apertura al tratamiento de enfermedades mentales para una adecuada reinserción en los diferentes nosocomios del país, pero y más aún estos pacientes pueden ser abordados comunitariamente con preparación adecuada con la participación efectiva de los familiares más cercanos al paciente que puedan lograr sobreponerse a su trastorno y ser considerados útiles a su familia y la sociedad.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. GENERAL

Identificar las características clínicas y sociodemográficas para la reinserción a la actividad laboral de pacientes con trastorno bipolar atendidos en los Centros de Salud Mental Comunitarios de Lima Norte en el periodo 2015 - 2017

1.4.2. ESPECÍFICOS

OE1: Reconocer las características clínicas para la reinserción a la actividad laboral de pacientes con trastorno bipolar atendidos en los Centros de Salud Mental Comunitarios de Lima Norte en el periodo 2015 – 2017.

OE2: Establecer las características sociodemográficas para la reinserción a la actividad laboral de pacientes con trastorno bipolar atendidos en los Centros de Salud Mental Comunitarios de Lima Norte en el periodo 2015 – 2017.

OE3: Registrar las características familiares y laborales de pacientes con trastorno bipolar atendidos en los Centros de Salud Mental Comunitarios de Lima Norte en el periodo 2015 – 2017.

1.5. PROPÓSITO

La presente investigación se basa en conocer cuáles las características clínicas y sociodemográficas para la reinserción a la actividad laboral de pacientes con trastorno de salud mental en específico trastorno bipolar.

La gran mayoría de personas con trastorno bipolar que llevan un tratamiento psiquiátrico y un seguimiento controlado, pueden tener una vida de calidad, en vista que ellos son capaces de desempeñarse en una labor solo necesitan ayuda y oportunidades. No obstante, una de las mayores dificultades y problemas externos que se presentan son la dificultad de acceder a un puesto de trabajo, y esto no por sus propias limitaciones, más bien por el estigma y el prejuicio de las personas empleadoras.

Por ello se necesitan modelos de ayuda, instrumentos y estrategias para poder implementar un sistema que trabaje con los centros de salud comunitarios brindando apoyo psicológico integrado enfocado en el ámbito laboral, acompañando a cada persona y empresas en la reincorporación laboral.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Velayos et al (2015) en España determino la función ejecutiva en pacientes con trastorno bipolar tipo I durante la fase asintomática. *“La función ejecutiva se ve involucrada en la mayor parte de las actividades que realizamos a diario, repercutiendo en la condiciones de vida de la población. Los rendimientos ejecutivos en el trastorno bipolar tipo I pueden fluctuar en función de la fase clínica en la que se encuentra el paciente. El objetivo de este trabajo se centró en revisar los hallazgos encontrados respecto a la función ejecutiva durante la fase asintomática del trastorno bipolar tipo I. Se analizaron 37 artículos científicos que abordan el rendimiento ejecutivo de pacientes eutímicos con trastorno bipolar tipo I. Se pudo concluir que la mayoría de los estudios reportan dificultades ejecutivas en estos pacientes, aunque no parece existir consenso en los diferentes trabajos al indicar el tipo de déficit. Esta falta de acuerdo podría ser debida a aspectos metodológicos de los estudios y a distintas variables clínicas y farmacológicas. Las alteraciones ejecutivas en la eutimia son menores que en las fases agudas del trastorno y afectan sobre todo a la velocidad de procesamiento de la información. Los déficits ejecutivos de los pacientes podrían estar vinculados a posibles alteraciones funcionales a nivel de la corteza pre frontal, así como al propio efecto de los psicofármacos utilizados. Sería de especial relevancia que el tratamiento de estos pacientes incorporase estas alteraciones, lo que podría conseguirse mediante un enfoque neuro cognitivo dentro de un abordaje terapéutico integrado”*⁷.

Holmgren et al (2015). En su estudio realizado en Chile determinó “la Alteración del funcionamiento familiar en el trastorno bipolar. Para este estudio fueron consideradas familias de un paciente bipolar que sea mayor

de 15 años pudiendo ser hombre o mujer. Además de ello se estableció como familia a la compuesta por un núcleo familiar que viva con el paciente. Si se presentara el caso de pacientes casados se consideró a la esposa e hijos, si fuera la situación de pacientes bipolares hijos dependientes se tomó en cuenta a sus hermanos, padres. Se solicitó a los participantes del estudio pacientes y familiares firmar un consentimiento informado para la ejecución, se les explico cuáles eran los objetivos del estudio y que se garantizaría la confidencialidad de los datos obtenido, se recolecto en total la información de 40 familias. De ellas 29 presentaban un hijo con trastorno bipolar, en otros casos 11 de ellas tenían como paciente bipolar al cónyuge. Lográndose visualizar la marcha de desenvolvimiento de los pacientes con sus familias. Concluyendo que luego de haber visualizado a los pacientes y sus familiares se detectó que existe modificación importante en el funcionamiento de las familias con pacientes que padecen trastorno bipolar. La falta de medios y el alto costo para el tratamiento del paciente dificulta el desarrollo normal de la familia y el paciente, además de que existe un alto nivel de estrés en estas familias debido al padecimiento de la enfermedad. Por ello y por ellos es necesario políticas que apoyen y brinden protección y subsidio para el tratamiento integral del paciente y sus familias”⁸.

Gutiérrez et al (2013). Determino en un estudio realizado en España la sobrecarga del cuidador en el trastorno bipolar. *“La excesiva responsabilidad que experimenta el cuidador de un paciente con trastorno bipolar llega a convertirse en una carga para este. Este artículo en concreto desea saber cuál es el nivel de sobrecarga que experimenta un familiar o cuidador de un paciente con trastorno bipolar. Cuáles son las características clínicas que presenta y cuales se asocian al menor o mayor nivel de carga, como se desarrolla y que métodos o estilos usa para llevar a cabo una labor importante como es el cuidador. Además, cual es el impacto que padece también el cuidador a nivel laboral, social, anímico, y económico. En el primer estudio que hemos encontrado centrado en el trastorno bipolar se examinó la sobrecarga en cónyuges de pacientes bipolares deprimidos. Se concluyó que los*

cuidadores se sentían menos agobiados y más conscientes de la enfermedad que tenía el paciente debido a la naturaleza episódica del trastorno bipolar en comparación con la esquizofrenia. Sin embargo señalaron que tanto sus actividades sociales y de ocio como su nivel económico estaban afectados”⁹.

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Fiestas et al (2014) determino la prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos mentales en el Perú urbano: *“Resultados del estudio mundial de salud mental”. “Valorar la prevalencia de vida de 18 trastornos mentales e instituir el patrón que tienen estos trastornos respecto a la edad de inicio, en cinco ciudades del Perú. Como parte del Estudio Mundial de Salud Mental (EMSM), el estudio en Perú siguió un muestreo probabilístico, multietápico de personas entre 18 y 65 años de Lima Metropolitana, Chiclayo, Arequipa, Huancayo e Iquitos. Se administró la versión para computadora de la entrevista diagnóstica internacional compuesta (CIDI, Composite International Diagnostic Interview). Resultando que la prevalencia de vida de al menos un trastorno mental fue 29% (Error Estándar, EE 1,2), y la prevalencia de al menos dos y tres trastornos fue 10,5% (EE 0,7) y 4% (EE 0,4), respectivamente. Los trastornos de ansiedad fueron más frecuentes, con una prevalencia de 14,9% (EE 0,9), seguidos por los trastornos del humor con 8,2% (EE 0,5), trastornos de control de impulsos con 8,1% (EE 0,8) y trastornos por consumo de sustancias (5,8%; EE, 0,3). La edad de inicio tuvo fue más temprana para los trastornos de ansiedad (15 años) y los trastornos del control de impulsos (20 años). Las cohortes más jóvenes tuvieron más riesgo de tener un trastorno mental. Se logra concluir que un tercio de los ciudadanos adultos que viven en zona urbana de cinco ciudades del Perú ha presentado en algún momento alguna enfermedad psiquiátrica, y la comorbilidad es frecuente. Podemos estimar con este estudio que aproximadamente los trastornos de salud mental se inician antes de los 30 años”¹⁰.*

Sánchez et al (2016) en un estudio realizado a sobre trastornos mentales en estudiantes de medicina humana en tres universidades de Lambayeque, Perú. *Los trastornos de salud mental son un problema muy frecuente*

en la población actual, sobre todo en alumnos de educación superior que, de acuerdo a algunos estudios, pueden mostrar mayor predisposición a problemas emocionales y psicosociales. El objetivo describir los trastornos mentales más frecuentes en estudiantes de medicina de tres universidades de Lambayeque, durante el año 2012. Se realizó un estudio descriptivo transversal. La población fue de 998 alumnos distribuidos según año de estudio académico, elegidos mediante muestreo consecutivo. Se utilizó el Test Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) como tamizaje. Se realizó un análisis descriptivo y un análisis bi variado exploratorio determinando razones de prevalencia con un IC 95%, usando chi cuadrado y el test de Fisher. Se usó el Software STATA versión 11. Se entrevistó un total de 284 alumnos, la media de edad fue de $21,05 \pm 3,8$ años, 57,4% fueron de sexo femenino, 98,2% solteros, 61% cursaban ciencias básicas, 6,7% tenían diagnóstico previo de depresión y 7,4% tenían diagnóstico previo de ansiedad; 140 estudiantes (49,07%) reportaron por lo menos un trastorno mental. Los trastornos mentales con mayor prevalencia fueron episodio hipomaniaco (19,7%) y episodio depresivo (17,3%). En el análisis bi variado se encontraron asociaciones entre alguna forma de trastorno mental y edad, estudiar en una universidad privada y cursar estudios de ciencias básicas. Concluyendo que los estudiantes de medicina de Lambayeque se han encontrado prevalencias frecuentes de episodios hipomaniaco y depresivo mayor, y de riesgo suicida. Deben conducirse mayores y más profundos estudios de corte epidemiológico en este tipo de población”¹¹.

León et al (2012) realizó un tamizaje de salud mental mediante el test MINI en estudiantes de Medicina. Perú. *Los objetivos fueron “Valorar la frecuencia de trastornos de salud mental en los estudiantes de una escuela de medicina para ello se realizó un estudio descriptivo, transversal en Escuela de Medicina, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Lambayeque, Perú. Alumnos de una escuela de medicina. En el semestre académico 2010-I, se evaluó la frecuencia de trastornos de salud mental en los alumnos utilizando el test Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), validado en español, como método de tamizaje. Los resultados fueron: Frecuencia de problemas*

de salud mental. Se evaluó 159 estudiantes, 94 mujeres (59,1%) y 65 hombres (40,8%); la media de la edad fue de 18,6+/- 2,1 años; 35 alumnos (22%) tuvieron al menos un trastorno mental. Los diagnósticos más frecuentes fueron: trastorno depresivo actual (9; 5,6%), episodio hipomaniaco pasado (16 alumnos; 10,2%), trastorno de angustia actual (8; 5%), agorafobia (8; 5%). En 20 (12,6%) riesgo suicida (11; 6,9%), y 11 estudiantes (6,9%), respectivamente, algún profesional de la salud le había diagnosticado previamente ansiedad y depresión. Concluyendo que los problemas de salud mental se observaron frecuentes en esta población de alumnos, siendo el episodio hipomaniaco pasado, el riesgo suicida y el episodio depresivo actual más frecuente”¹².

2.2. BASE TEÓRICA

La depresión y la ansiedad son trastorno emocionales complejos Estudios epidemiológicos realizados en el Perú por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi afirman “los hallazgos de otros países: hasta el 37% de la población tiene la probabilidad de sufrir un trastorno mental alguna vez en su vida. La importancia de la prevalencia de depresión en Lima Metropolitana es de 18,2%⁵, en la sierra peruana de 16,2%”⁵ sobre todo en comunidades que han sufrido violencia social detectándose a la población de mujeres cuzqueñas con mayores problemas de salud mental en especial de depresión y en la Selva de 21,4%¹³.

Los trastornos mentales están definidos como detrimento en la actividad psicológica, que se desvían de los parámetros que se conocen como “normales” dentro de una sociedad. Existe carencia y deterioro del bienestar psicológico y social de estos pacientes a ello se suman los problemas de reinserción y aceptación al ámbito laboral o académico.

En el Perú, “El Ministerio de Salud ha declarado a la salud mental, como una de las líneas nacionales primordiales de atención e investigación. Los trastornos mentales comprenden cinco de las diez causas principales de la carga de morbilidad

en todo el mundo. Se pronostica que el porcentaje de morbilidad mundial atribuible a los trastornos mentales y del comportamiento aumente del 12% en 1999 al 15% en el 2020 y esta se verá con mayor prevalencia en países en desarrollo, y esto sucede al envejecimiento de la población y al crecimiento urbano acelerado”¹⁴.

SALUD MENTAL

Según la Organización Mundial de la salud es definido como *“La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”¹⁵.*

TRASTORNO BIPOLAR

El trastorno bipolar ha sido definido según Stange et al 2011 como *“un trastorno del estado de ánimo crónico y severo que se caracteriza por periodos de depresión o elevación del humor”¹⁶.*

También es llamada antes enfermedad maniaco depresiva, la cual la podemos determinar por cambios de ánimos cíclicos el estado de ánimo consta de fases: una fase de euforia excesiva llamada manía y el contraste de estado de ánimo venido a menos. Estos tipos de cambio en el estado de ánimo suelen ser dramáticos y de manera violenta, aunque de manera general suelen ser progresivas.

Cuando un individuo se encuentra en la fase depresiva del ciclo, suele manifestar uno o más de los síntomas propios del trastorno depresivo. Por el contrario, cuando la persona suele estar verborreico, querer y realizar varias actividades a la vez, sentirse lleno de energía, no dormir nos encontramos con un paciente en estado de manía esta también afecta la manera del comportamiento, del pensamiento y juicio. De esta forma, el paciente logra experimentar sentimientos sobredimensionados de euforia,

empiezan a crear planes grandiosos a tener proyectos, sueños sobredimensionados y, puede tomar decisiones de negocios descabelladas e involucrarse en aventuras o fantasías románticas. Si la manía no se trata adecuadamente, puede empeorar y convertirse en un estado psicótico¹⁷.

EPIDEMIOLOGIA:

En el Perú en los últimos años se ha incrementado la prevalencia de las cifras en las enfermedades mentales ¹⁸. Así se informa en un estudio que se realizó en el año 2014 en cinco ciudades del interior del país encontrándose que el 29% de la población ha presentado en algún momento de su vida ha presentado un trastorno de salud mental, pudiéndose encontrar los grupos más frecuentes, entre ellos el trastorno de ansiedad, trastorno del estado de ánimo, control de impulsos, y uso de sustancias, esto no hace ver que en nuestro país se hace de suma urgencia realizar mayores investigaciones en este tema que va en incremento, y así poder conocer de forma más profunda nuestra realidad.

Existe una prevalencia a lo largo de la vida de: 1,6% para trastorno bipolar tipo I, y 0,5% para trastorno bipolar tipo II ¹⁹. La prevalencia de trastorno bipolar en personas mayores de 65 años que se encuentran en la comunidad se estima en el 0,1% y el 1%²⁰. Cuando se trata de adultos mayores residentes en asilos se eleva casi al 10% y constituye del 5% al 15% de las internaciones psiquiátricas ²⁰ Goodwin y Jamison reúnen *datos de diez estudios realizados a 1.304 pacientes y observan la mayor frecuencia de presentación entre los 20 y 30 años de vida, con un pico menor en la adolescencia*²¹. *La mayor frecuencia de brotes ocurre en los cambios estacionales, principalmente verano*²². En las mujeres es más frecuente el ciclo rápido y las hospitalizaciones psiquiátricas²³. En cuanto a los antecedentes familiares, cuando los padres son los que sufren algún tipo de trastorno los hijos son más propensos a desarrollar algún tipo de enfermedad psiquiátrica²⁴. Además, existe prevalencia similar en todos los grupos étnicos.

ETIOLOGÍA:

Existen siete factores etiológicos que determinarían el trastorno bipolar entre ellos podemos mencionar:

- Factor constitucional: relacionado con el Biotipo pícnico en un aproximado de 70%.
- Factor hereditario: tipo autosómico dominante.
- Factor biológico: se han relacionado hipótesis en el área de bioquímica, catecolamíνας o indolamíνας.
- Factor tóxico: son propiciadores importantes para este trastorno el uso de alcohol, la marihuana, cocaína, anfetaminas, entre otras sustancias.
- Factores hormonales: mayormente vinculados con enfermedades de la glándula tiroides, y corteza suprarrenal, gónadas, hipófisis.
- Factor psicológico: desencadenados por stress, shocks emocionales, problemas familiares, trabajos bajo presión, problemáticas psicológicas profundas.
- Factores socioculturales, creencias, estigmas.

SINTOMAS DEL TRASTORNO BIPOLAR

El trastorno bipolar tiene como características los cambios extremos que experimenta el paciente, así como una profunda tristeza, apatía y falta de energía este vendría a ser el episodio depresivo, por lo contrario, hay circunstancias donde empieza a sentir euforia extrema, lleno de vitalidad y exaltación, este episodio conocido como maniaco; ambos episodios son dos caras de una moneda. Este trastorno es difícil de entender y comprender como una persona puede cambiar de manera radical su estado de ánimo de un momento a otro.

Se trata de una enfermedad recurrente e incapacitante que está llena de episodios. Según estudios las mujeres suelen presentar muchos más

episodios depresivos a diferencia de los varones suelen presentar más episodios maniacos.

CARACTERISTICAS DE LOS EPISODIOS

La duración de cada episodio según Goodwin *et al.* (1990) “*indica que después de ocurrido el primer episodio se presenta un ciclo de 40 a 60 meses estos con el transcurrir el tiempo van en disminución aproximadamente a los 10 – 30 meses después del tercer ciclo hasta que estos episodios se hacen estables en 5 o 10 meses*”²⁵.

Por ello existen otros autores como Kostas *et al.* (1990) “*señala la importancia de conocer la historia de los episodios previos porque es de suma importancia para detectar las recaídas del estado de ánimo en el trastorno bipolar*”²⁶.

Las recaídas en este trastorno están determinadas a factores como la historia clínica previa de recurrencia, presencia de los síntomas depresivos, síntomas psicóticos, consumo o abuso de sustancias tóxicas, también a historia familiar y propia de alcoholismo frecuente y crónico, y un factor importante como los conflictos sociales laborales y familiares.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR SEGÚN EL DSM-V-TR

TRASTORNO BIPOLAR DE TIPO I

El trastorno bipolar I el paciente presenta una manía extrema periodos de ansiedad severa, pueden demostrar ira, furia. Mientras existen otros pacientes que expresan euforia y estados de grandiosidad en este periodo los pacientes demuestran un aumento de energía para las cosas simple y comunes, acompañado de una facilidad de palabra y verborrea, disminución del descanso, dificultad para dormir. En la etapa de manía pueden también manifestar pensamientos de grandiosidad, ideas irreales, problemas en el área social y laboral, problemas financieros. Muchos de estos pacientes en

estado maniaco terminan siendo hospitalizados involuntariamente para su estabilidad

Para diagnosticar a una persona como paciente con trastorno bipolar tipo I es necesario que se haya manifestado en algún momento, al menos un episodio maniaco o mixto.

En el trastorno bipolar tipo I debemos de especificar si el episodio que se ha presentado más reciente es de tipo maniaco, hipomaniaco, mixto, depresivo o no especificado. También puede diferenciarse un trastorno bipolar tipo I, con un único episodio maniaco ²⁷.

TRASTORNO BIPOLAR DE TIPO II

En el trastorno bipolar tipo II existe una elevación de la hipomanía, pero esta no llega a ser manía, este punto se hace más difícil para el diagnóstico de un paciente con trastorno bipolar, generalmente estos episodios suelen tomarse como un estado de alta productividad de la persona.

En este episodio existe un rompimiento menor que la manía y los pacientes experimentan síntomas de menor grado que la manía o menor número de síntomas, además de ello la duración de este estado es más breve que la manía.

En este periodo el paciente muestra amplia creatividad, fundamentalmente es característico el cambio rápido de ideas contrastables, un pensamiento ingenioso e irreal y no olvidando que presenta gran energía.

El trastorno bipolar tipo II se caracteriza por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores, entremezclándose, por al menos, un episodio hipomaniaco²⁷.

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

Durante este episodio del trastorno bipolar el paciente muestra: sentimientos constantes y recurrentes de tristeza, problemas de concentración,

desordenes y problemas para dormir, cambios de apetito, falta de motivación, odios hacia uno mismo, desesperanza, ansiedad social, desinterés por las cosas que le gustan o motivaban.

Un dato importante en este episodio es que los pacientes muestran un tiempo más prolongado en la fase depresiva a lo largo de su vida.

Existencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que simboliza un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser²⁷.

- Ánimo venido a menos, depresivo.
- Pérdida o incapacidad para sentir placer
- Pérdida del interés.
- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día
- Pérdida o aumento de peso sin hacer un régimen alimenticio o ejercicios.
- Agitación o enlentecimiento psicomotriz
- Cansancio, fatiga y pérdida de energía o casi cada día.
- Problemas con el sueño, dificultad en las diferentes etapas.
- Sentimientos de culpa, inutilidad o sentimientos no permitidos o considerados normales inapropiados casi cada día
- Dificultad y disminución considerable de la concentración, de la capacidad para pensar o indecisión.
- Sensación de inutilidad, desesperanza.
- Pensamientos suicida continuos, pensamientos de muerte.
- Dificultad para tomar decisiones sencillas.
- Dificultad para poder concentrarse.

EPISODIO MANÍACO

La manía es un sentimiento de extremo optimismo, energía y bienestar, este puede ser muy intenso de llegar a afectar la manera de juzgar, pensar y

tomar decisiones, comportándose de manera vergonzosa dañina y muchas veces peligrosa.

- Autoestima extrema, sensación de importancia.
- Sentimientos de grandeza.
- Problemas de sueño hipo insomnio tras sólo 3 horas de sueño.
- Verborreico, facilidad y rapidez al hablar.
- Pensamiento acelerado, fuga de ideas.
- Facilidad para la distracción.
- Ideas nuevas extremas, cambiantes
- Sensación de oír veces
- Tener planes poco realista
- Agitación psicomotora, hiperactividad.
- Comportamiento inadecuado poco inusual²⁷.

EPISODIO HIPOMANIACO

Cuando la manía no es tan extrema

- Felicidad extrema y excitable
- Autoestima de grandiosidad, exagerada.
- Problemas para poder dormir
- Verborreico,
- Irritabilidad
- Ideas nuevas cambiantes con rapidez
- Pensamiento está acelerado.
- Se distrae con facilidad, dificultad para la concentración
- Tomas decisiones a la ligera de manera extraña que no pueden ser concebidas como normales.
- Gasto de dinero sin sentido ni razón.
- Confiar demasiado en la gente o criticar con firmeza y exageración.
- Agitación psicomotora²⁷.

SINTOMAS PSICOTICOS

Fases depresivas: sensaciones de culpabilidad, distorsión de la imagen personal, ideas de daño, ideación suicida en casos graves y extremos intentos suicidas.

Fases maniacas: ideas de grandiosidad, superioridad, creer que tienen misiones importantes creer escuchar voces.

COMORBILIDADES

Pacientes con trastorno bipolar I y II, sufren como principal comorbilidad la psicosis y la ansiedad en la depresión mayor a lo largo de su vida. La ansiedad viene a ser un episodio importante porque trae el riesgo de intentos suicidas y muertes por suicidio a lo largo del trastorno bipolar ²⁸. La relación entre la ansiedad y el trastorno bipolar puede estar determinada por factores de riesgo primario, común o una causa psicopatológica. Además de ello la ansiedad puede ser el primer papel que desempeña el paciente al debut del trastorno de bipolaridad.

PRONOSTICO

El pronóstico y expectativas de calidad de vida de un paciente con trastorno bipolar van a depender de la frecuencia con la cual se presenten los episodios depresivos y maniacos, ya que sus recaídas complican directamente y de manera negativa la recuperación y estabilidad del paciente y por ende el destino psiquiátrico.

TRATAMIENTO

Un manejo psicofarmacológico es primordial para estos pacientes, los medicamentos disminuyen la sintomatología afectiva con ello se hace prevención de recurrencia de episodios agudos. Pero esto no es todo, un manejo conjunto del ámbito psicosocial, el ámbito familiar y comunitario

influyen a que se eviten recaídas y que se contribuya a la mantención del estado eutímico.

La psicoeducación es un punto fundamental para el tratamiento eficaz del trastorno bipolar.

Una de las principales metas del tratamiento de un paciente con trastorno bipolar es mantenerlo estable, además de respuestas oportunas al tratamiento de ambas fases. Disminuyendo recaídas y hospitalizaciones.

CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL

Es parte de un proceso de reforma de los servicios de salud enfocado en el modelo comunitario de atención de salud mental, es objetivo es tener una atención pronta y cercana al hogar.

INSERCIÓN LABORAL

De acuerdo con **Larrazábal et al (2013)**, *“la inserción laboral consiste en brindar un acompañamiento a los individuos que están en situación de exclusión laboral y social, con el objetivo de incorporarse al mercado de trabajo. La inserción laboral apuesta por la incorporación en el mercado de trabajo, por ello se considera que un trabajo permite a la persona insertarse a la esfera económica de la sociedad, lo que brinda el ingreso a otro tipo de entornos (social, política, y cultural)”* (**Larrazábal et al/2013**)²⁹.

Para **Pérez et al (2013)**, *“al hecho de obtener un empleo en un momento adecuado, es decir, un contrato laboral. La inserción laboral engloba tanto la incorporación de la persona a un puesto de trabajo como el mantenimiento del mismo”. Comúnmente, cuando utilizamos el concepto de inserción laboral, nos hacemos referencia a la obtención de un trabajo no necesariamente relacionado a la preparación o la capacitación del individuo que lo consigue, pudiéndose identificar con la inserción ocupacional”* (**Pérez et al 2013**)³⁰.

2.3 HIPÓTESIS

Este estudio por ser descriptivo no requiere hipótesis.

2.4 VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Características clínicas y sociodemográficas para la reinserción a la actividad laboral

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

- Edad de debut de la enfermedad
- Número de episodios, hospitalizaciones.
- Tiempo de los episodios y recurrencia
- Episodios de hospitalización
- Tiempo de hospitalización
- Número de consultas
- Actividades de reposo, higiene personal
- Atención perceptiva, atención y conciencia.
- Conciencia de la enfermedad
- Conocimiento de la enfermedad
- Hábitos de vida saludable
- Pensamiento e imagen corporal
- Conducta relacional
- Medicación adecuada

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

- Edad de los pacientes
- Sexo del paciente
- Nivel de instrucción

- Distrito de domicilio
- Estado civil
- Relación con la persona cuidadora
- Tipo de familia del paciente
- Tipo de ocupación
- Rol del cuidador
- Cumplimiento y seguimiento de las indicaciones

2.5 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

EPISODIOS: Los pacientes con trastorno bipolar tienen episodios maníacos, episodios depresivos o episodios mixtos.

RECUPERACIÓN TRAS LOS EPISODIOS: Tiempo en meses entre episodio y episodio.

ESTADO EUTÍMICO: Es el estado de ánimo considerado dentro de lo normal que compromete la ausencia del estado de ánimo deprimido o eufórico.

CONCIENCIA DE LA ENFERMEDAD: Capacidad de aceptar y entender la enfermedad, la falta de conciencia aumenta las estadísticas de recaída por la enfermedad.

HABITOS DE VIDA SALUDABLE: Comprende actividad física, alimentación adecuada, evitar el uso de sustancias y cigarrillos.

SITUACIONES FAVORABLES: Conciencia de la enfermedad, ayuda por parte de la familia, actividad laboral según sus capacidades físicas y mentales, estado eutímico prolongado estable, episodios no recurrentes,

SITUACIONES DESFAVORABLES: Factores causantes de estrés, no reconocimiento de la enfermedad ni búsqueda de ayuda, familia no

colaborativa, nivel educativo y socio económico bajo, una actividad económica no acorde a sus capacidades, ambiente laborable causante de depresión o estrés.

EPISODIOS DE HOSPITALIZACION: Pacientes con más de tres hospitalizaciones anuales por periodos prolongados.

MEDICACION ADECUADA: la principal meta para el tratamiento de trastorno bipolar es dar una respuesta adecuada a ambos episodios, prevenir la frecuencia, y reducir el tiempo de hospitalización. Las intervenciones sociales y psicológicas han demostrado ser un medio efectivo para la reinserción laboral de pacientes con trastorno bipolar ya que contribuye con la mantención de un estado eutímico, una buena adherencia al tratamiento y por ende prevenir recaídas. El manejo psicofarmacológico es condición fundamental pero no única ³⁰.

T: se mide por el tiempo en meses transcurrido desde que ingreso formalmente los Centros de Salud Mental Comunitarios de Lima Norte, el paciente, hasta que logro su reinserción laboral por tres meses continuos.

f: nivel de cumplimiento de reglas impuestas por el centro a los apoderados del paciente

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

- **Nivel de conocimientos:** Grado de conocimiento de su estado y de adaptación a las normas de los Centros de Salud Mental Comunitarios de Lima Norte
- **Nivel socio económico:** Escala de ingresos.
- **Nivel educativo:** Grado de instrucción del paciente y entorno familiar.
- **Situación geográfica:** Lugar de nacimiento

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Diseño No experimental, dado que observamos el Trastorno Bipolar como fenómeno tal como se da en un contexto natural, solo observando situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por el investigador.

Investigación observacional, debido a que el investigador no intervendrá en la modificación o manipulación de las variables a estudiar.

Estudio descriptivo, pues describimos las características clínicas y sociodemográficas de este problema de salud como es el Trastorno Bipolar en las personas que han logrado su reinserción laboral.

Estudio retrospectivo, los hechos ya han tenido lugar antes de iniciar el estudio, corte transversal ya que tiene como función recoger datos de una población en un momento puntual del tiempo.

3.2. ÁREA DE ESTUDIO

Centros de Salud Mental Comunitarios de Lima Norte (Centro de Salud Mental Comunitario Municipal de Carabayllo y Centro de Salud Mental Comunitario Renato Castro de la Matta).

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1 POBLACIÓN:

Todos los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar reinsertados a la actividad laboral atendidos en los Centros de Salud Mental Comunitarios de Lima Norte dentro del periodo del 2015 al 2017. (N=42)

Criterios de elegibilidad

Criterios de inclusión:

Población de Pacientes con trastorno de salud mental específicamente trastorno bipolar que han laborado anteriormente y se han vuelto a incorporar atendidos en los Centros de Salud Mental Comunitarios de Lima Norte.

Criterios de exclusión:

- Menores de 18.
- Pacientes con otros diagnósticos diferentes al trastorno bipolar.
- Historias clínicas o cuaderno de registro de pacientes ilegibles.
- Historias clínicas con falta de información.

3.3.2 MUESTRA:

Pacientes atendidos en los Centros Salud Mental Comunitario de Lima Norte con diagnóstico de trastorno bipolar que han laborado anteriormente y se han vuelto a incorporar. (n=42)

CENTROS PARTICIPANTES:

Centro de Salud Mental Comunitario Municipal de Carabaylo (N=28)

Centro de Salud Mental Comunitario Renato Castro de la Matta (N=14)

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se revisó historias clínicas y cuaderno de registro de casos de pacientes con el diagnóstico de trastorno bipolar en los Centros de Salud Mental Comunitarios de Lima Norte.

Por ello se realizó el levantamiento de información mediante una ficha diseñada para la investigación donde se incluyó los datos de los pacientes, factores sociodemográficos, historia clínica de la enfermedad, tiempo de hospitalización, cantidad de recaídas e intervalos de tiempo de recuperación.

3.5. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se solicitó la autorización de la DIRIS LIMA NORTE, a la dirección de los Centros de Salud Mental Comunitarios de Lima Norte. Y a la unidad de apoyo encargado de historias clínicas, para obtener el permiso de revisión de historias.

Con la ficha de datos que se elaboró se inició la recolección de datos sacados de la historia clínica o cuaderno de registro de casos.

3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

El proceso y análisis de datos se realizó haciendo uso del programa SPSS 24 y del Excel para el manejo de gráficas.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

Presentamos un resumen a través de tablas y cuadros estadísticos de las fichas de los 42 pacientes con Trastorno Bipolar reinsertados a la actividad laboral atendidos en los Centros de Salud Mental Comunitarios de Lima Norte (Centro de Salud Mental Comunitario Municipal de Carabayllo (N=28) y Centro de Salud Mental Comunitario Renato Castro de la Matta (N=14)) durante el periodo 2015-2017 haciendo uso de los programas en Excel y SPSS 24.

TABLA N° 01: Características clínicas y sociodemográficas para la reinserción a la actividad laboral de pacientes con trastorno bipolar atendidos en los Centros de Salud Mental Comunitarios de Lima Norte en el periodo 2015 – 2017

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS			
		Frecuencia	Porcentaje
TIEMPO DE ENFERMEDAD	1 a 5 años	33	78,57
	EDAD EN LA QUE DEBUTARON	16	38,09
NUMERO DE HOSPITALIZACIONES	1	14	33,38
	2	12	28,57
ATENCION PERCEPTIVA	Dificultad para concentrarse	29	69,04
PENSAMIENTO	Ideación Suicida	8	19,04
	Intento Suicida	6	14,28
PROBLEMAS DE ATENCION	Cansancio	16	38,09
	Intolerancia a la actividad	12	28,57
CONCIENCIA	Somnolencia	19	45,23
	Hipervigilancia	15	35,71
CONDUCTA	Impulsividad	12	28,57
	Timidez	7	16,67
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS			
EDAD	de 26 a 35 años	18	42,86%

	de 36 a 45 años	11	26.19%
SEXO	Mujer	26	61.90%
	Hombre	16	38.09%
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Secundaria	18	42.86%
	Superior	12	28.57%
	Universitaria Completa		
DISTRITO	Carabayllo	19	45,24%
	Puente Piedra	9	21,43%
PERSONA CUIDADORA	Madre	24	57.14%
	Pareja	17	40.48%
TIPO DE FAMILIA	Completa	18	42.86%
	Incompleta	23	54.76%
TIPO DE OCUPACION	Eventual	18	42.85%
	Permanente	24	57,19%

Fuente: Ficha de Recolección de datos

Interpretación: Apreciamos que el 78,5% de pacientes (n=33) con diagnóstico de trastorno bipolar atendidos en los Centros Comunitarios de Salud Mental de Lima Norte llevan de 1 a 5 años de enfermedad desde el momento del diagnóstico con dicho trastorno; la edad de debut observamos que el 38.09% de los casos revisados el inició de los síntomas del trastorno bipolar se presentó entre los 21 y 30 años, el 69.09% de los pacientes atendidos por los centros comunitarios de Salud Mental de Lima Norte en algún momento de su trastorno han tenido que ser internados en un hospital por lo menos una vez en la vida. Sobre atención podemos inferir que del total de pacientes con trastorno bipolar (n=42), el 69.04 % (n=29) presenta dificultad para concentrarse. Llama la atención que más del 33.32% (n=14), han tenido experiencias de ideas y/o intentos suicidas. En cuanto a conciencia se puede visualizar que del total de pacientes con trastorno bipolar 45.23% (n=19) presenta somnolencia durante el transcurso del día,

seguido de un estado de hipervigilancia 35.71% (n=15) estos datos según estados o episodios del paciente.

De las características sociodemográficas del 100%(n= 42) de pacientes con trastorno bipolar se estimó que el 42.86% (n=18) pertenece a una población de 26-35 años, el 61.90% sexo femenino y 38.09% del sexo masculino. Del grado de instrucción podemos estimar que el 42.86% (n=18) de los pacientes tiene secundaria completa. La relación que guarda el paciente con trastorno bipolar y la persona cuidadora podemos decir que el 57.14% (n=24) de este rol lo desempeña la madre, el 40.48% (n=17). El tipo de ocupación laboral que desempeñan los pacientes con trastorno bipolar podemos decir que el 57.19% (n=24) tienen una ocupación permanente, 42.85% (n=18) se desempeñan en una ocupación eventual.

TABLA N° 02: Características clínicas para la reinserción a la actividad laboral de pacientes con trastorno bipolar atendidos en los Centros de Salud Mental Comunitarios de Lima Norte en el periodo 2015 - 2017

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS			
		Frecuencia	Porcentaje
TIEMPO DE ENFERMEDAD	1 a 5	33	78,57
EDAD DE DEBUT	18 a 20	9	21,42
	21 a 30	16	38,09
	31 a 40	15	35,71
NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES	1	14	33,38
	2	12	28,57
NÚMERO DE CONSULTAS	1 a 5	6	14,33
	6 a 10	19	45,23
	11 a 15	9	21,42
ACTIVIDADES DE REPOSO	Hiposomnía	23	54,76
	Hipersomnía	14	33,33
ACTIVIDADES DE RECREACIÓN	Mal uso	32	76,19
HIGIENE PERSONAL	Espontanea	40	95,24
ATENCIÓN PERCEPTIVA	Distraibilidad	11	26,19
	Dificultad para concentrarse	29	69,04

CONCIENCIA PERCEPTIVA	Somnolencia	19	45,23
	Hipervigilancia	15	35,71
	Confusión	6	14,28
ATENCIÓN	Cansancio	16	38,09
	Intolerancia a la actividad	12	28,57
	Fatiga	9	21,42
PENSAMIENTO	Ideación Suicida	8	19,04
	Intento Suicida	6	14,28
	Acelerado	6	14,28
	Incoherente	2	4,80
IMAGEN CORPORAL	Confusa	32	76,19
CONDUCTA	Impulsividad	12	28,57
	Timidez	7	16,67
	Retraimiento Social	5	11,90
AUTOESTIMA	Valoración Negativa	34	80,95
	Exageración de errores	6	14,29

Fuente: Ficha de Recolección de datos

Interpretación: Podemos observar que el 78,5% de pacientes (n=33) con diagnóstico de trastorno bipolar atendidos en los Centros Comunitarios de Salud Mental de Lima Norte llevan de 1 a 5 años de enfermedad desde el momento del diagnóstico. La edad de debut en el 38.09% de los casos revisados el inició de los síntomas del trastorno bipolar se presentó entre los 21 y 30 años, 35.71% entre los 31 y 40 años. Y podemos decir que a esta edad la gran mayoría de personas ya cuentan con un rol familiar establecido, el cual es desestabilizado por el diagnóstico en curso. El 69.09% han tenido que ser internados en un hospital por lo menos una vez en la vida. Este hecho generalmente por la no adhesión al tratamiento integrado, aumentando así la recurrencia de manía y la vivencia de crisis del trastorno. Estás constituyen una de las causas asociadas con la re-hospitalización y el suicidio. Se estima que 45,23% (n=19), han recibido entre 6 y 10 consultas en el periodo de 2015 a 2017, y el 21,42% (n=9) % entre 11 a 15 consultas.

También se muestra las características de los pacientes con problemas Trastorno Bipolar que en su mayoría (n=37) representan el 88.09% del total presentan problemas al dormir, ya sea hiposomnía e hipersomnía. Respecto a la interacción entre los familiares, conducta de compartir afectuosamente actividades sociales, familiares y de recreación con el miembro de la familia enfermo se observó que el 76,19% (n=32) da un mal uso a su tiempo libre, apreciándose un distanciamiento constante en la interacción, las actividades de higiene personal el (n=40) 95.24% de los pacientes lo realiza de forma espontánea sin ayuda ni instigación. Sobre atención podemos inferir que del total de pacientes con trastorno bipolar (n=42), el 69.04 % (n=29) presenta dificultad para concentrarse y 26.19% (n=11) de los pacientes se distrae con facilidad. En cuanto a conciencia se puede visualizar que del total de pacientes con trastorno bipolar 45.23% (n=19) presenta somnolencia durante el transcurso del día, seguido de un estado de hipervigilancia 35.71% (n=15), el 59,51% (n=25), muestra cansancio y fatiga, así como un 28,57% (n=12) no tolera las actividades de rutina. Llama la atención que más del 33.32% (n=14), han tenido experiencias de ideas y/o intentos suicidas, por otro lado además 76.19% (n=32) de los pacientes tienen una idea confusa de su propia imagen. Podemos decir que el 28.57% (n=12) de los pacientes muestran la característica de timidez o retraimiento social y por el contrario otro 28.57% (n=12) de los pacientes tratados muestran impulsividad y un alarmante e inmensamente un 80.95% (n=34) tiene una valoración negativa de sí mismos, y un 14.29% (n=6) exageración de errores.

TABLA N° 03: Características sociodemográficas para la reinserción a la actividad laboral de pacientes con trastorno bipolar atendidos en los Centros de Salud Mental Comunitarios de Lima Norte en el periodo 2015 - 2017

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS			
		Frecuencia	Porcentaje
EDAD	de 26 a 35 años	18	42.86%
	de 36 a 45 años	11	26.19%
SEXO	Mujer	26	61.90%
	Hombre	16	38.09%
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Secundaria	18	42.86%
	Superior	12	28.57%
	Universitaria Completa		
DISTRITO DE DOMICILIO	Carabayllo	19	45,24%
	Puente Piedra	9	21,43%
	Comas	9	21,43%
ESTADO CIVIL	Soltero	28	66,67%
	Casado	12	28,57%
	Separado	2	4,76%

Fuente: Ficha de Recolección de datos

Interpretación: De las características sociodemográficas del 100%(n= 42) de pacientes con trastorno bipolar se estimó que el 42.86% (n=18) pertenece a una población de 26-35 años de pacientes atendidos con trastorno bipolar, de 36 a 45 años representa el 26.19% (n= 11), de ello podemos decir que la mayoría de pacientes con trastorno bipolar atendidos en los Centros de Salud Mental Comunitarios de Lima Norte 69.05% (n=29) los encontramos entre los 26 a 45 años, hay (n=26) 61.90% sexo femenino y (n=16) 38.09% del sexo masculino. Del grado de instrucción podemos estimar que el 42.86% (n=18) de los pacientes tiene secundaria completa.

Puede llamar la atención que el 28.57% (n=12) tienen el grado de superior universitaria completa con profesiones como psicología, economía, maestros, sociología. Sobre el distrito de domicilio el 45.24% (n=19) provienen de Carabaylo, 21.43% (n=9) de ellos provienen de Puente Piedra, 24.43% (n=9) de Comas, además un 66.67% (n=28) tiene de estado civil soltero, 28.57% (n=12) casado y 4.76% (n=2) son separado.

TABLA N° 04: Características familiares y laborales de pacientes con trastorno bipolar atendidos en los Centros de Salud Mental Comunitarios de Lima Norte en el periodo 2015 – 2017.

CARACTERÍSTICAS FAMILIARES Y LABORALES			
		Frecuencia	Porcentaje
PERSONA CUIDADORA	Madre	24	57.14%
	Pareja	17	40.48%
TIPO DE FAMILIA	Completa	18	42.86%
	Incompleta	23	54.76%
TIPO DE OCUPACIÓN	Eventual	18	42.85%
	Permanente	24	57,19%
CONCIENCIA FAMILIAR	Graves Conflictos familiares	21	50.00%
	Indiferencia o no apoyo	14	33.33%
	Apoyo General hacia el paciente	7	16.67%
SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO POR PACIENTES Y FAMILIARES	Si	31	73.80%
	No	11	26.19%
ROL DEL CUIDADOR	Cansancio	6	14.29%
	Falta de Experiencias	23	54.76%
	Cumplidor	11	26.19%

Fuente: Ficha de Recolección de datos

Interpretación: Sobre la relación que guarda el paciente con trastorno bipolar y la persona cuidadora podemos decir que el 57.14% (n=24) de este rol lo desempeña la madre, el 40.48% (n=17) lo realiza la pareja, el 54.76% (n=23) de los pacientes con trastorno bipolar presentan una familia incompleta es decir no está constituida por el padre, la madre y los hijos (familia nuclear). Sobre el posible impacto socio laboral: tipo de ocupación laboral que desempeñan los pacientes con trastorno bipolar podemos decir que el 57.19% (n=24) tienen una ocupación permanente, 42.85% (n=18) se desempeñan en una ocupación eventual. La conciencia de enfermedad que presentan los familiares que tiene los pacientes con trastorno bipolar podemos inferir que en la mayoría de las familias presentan graves conflictos familiares esto en un 50% (n=21) de los casos, en el 33.33% (n=14) de las familias se presenta indiferencia o no hay apoyo hacia el paciente y solo en el 16.67% (n=7) de los casos hay un apoyo general hacia el paciente. Podemos inferir que del 100% (n=42) pacientes atendidos en los Centros de Salud Mental Comunitarios de Lima Norte el 73.80% (n=31) cumplen el tratamiento y siguen las instrucciones de este a cabalidad y el 26.19% (n=11) de los pacientes con trastorno bipolar no cumplen el tratamiento. En esta tabla se hace referencia importante que, a pesar del esfuerzo de los Centros Comunitarios de Salud Mental, existe aproximadamente un 25% (1 de cada 4 pacientes), de pacientes y sus familiares que no hacen un seguimiento de llevar el tratamiento propuesto y principalmente de medicamentos y observación con el consiguiente deterioro de la salud mental del paciente con Trastorno Bipolar. El rol y desempeño del cuidador, e inferir que el 54.76% (n=23) de los cuidadores con pacientes con trastorno bipolar no tienen experiencia en el tema, además 26.19% (n=11) son cuidadores cumplidores, 14.29% (n=6) están cansados, y 4.76% (n=2) abandonaron al paciente con su tratamiento.

4.2. DISCUSIÓN

El propósito fundamental de la presente investigación fue la de describir las características clínicas y sociodemográficas que posibiliten la reinserción laboral de pacientes con trastorno bipolar en los Centros de Salud Mental Comunitarios de Lima Norte. Para lograr este objetivo consideramos estudiar las diferentes variables.

Fueron 42 los pacientes con Trastorno Bipolar (TB) que se reinsertaron al campo laboral, que representan al 80,7% de los casos atendidos con diagnóstico F31 (de un total de 52), trastorno bipolar por estos Centros de Salud Mental Comunitarios de Lima Norte entre los años 2015-2017. Fueron también 42 las variables que estudiamos para dar respuesta a nuestro objetivo, extraídas de las hojas clínicas mediante una ficha de recolección de datos preparada expresamente para ello.

Se observó en nuestro análisis de datos que la mayoría de nuestros pacientes fueron de sexo femenino 61% (N=26), a pesar de no ser comprobada una diferencia significativa en cuanto el sexo y trastorno bipolar, con un rango de edad entre los 26 a 35 años con una representación del 42.86%. En cuanto al grado de instrucción la mayoría de los pacientes presentaron secundaria completa 42.86% (n=18), superior universitaria completa 28.57% (n=12); en lo que refiere a estado civil se observó que un 66.67% (n=28) es soltero (a), casado 28.57% (n=12) y separado 4.76% (n=2). Sobre el tipo de ocupación de los pacientes atendidos se observó que el 57.19% (n=24) presenta un trabajo permanente, 42.85% (n=18) trabajo eventual. Comparado con el estudio de **Miasso**³¹ realizada a 21 pacientes que la mayoría fue de sexo femenino 85.7%, en cuanto a estado civil se observó ser el estado de casado en su mayoría con un 42.8%. Sobre el nivel de instrucción enseñanza completa 14.3%. De los 21 pacientes participantes resultó que el 23.8% poseían un empleo y 19.1 % estaba desempleado al momento del estudio, 9.5% presentaban un tipo de licencia de trabajo como

consecuencia del trastorno bipolar, estos aspectos son importantes ya que al quedar sin un trabajo sea eventual o permanente presentan problemas financieros, familiares y de autoestima, experimentando rechazo y sensación de exclusión social e inutilidad y sentir fallar a su familia y proveedor de empleo. En el estudio de **Sánchez**¹¹ en lo referente al sexo, encontró que mayor prevalencia existió en el sexo femenino (57,4%), pero encontró mayor frecuencia de enfermedades mentales en el sexo masculino (78,6%) un dato muy contrario a los encontrados en diferentes estudios.

El paciente que padece del Trastorno Bipolar tiene serias limitaciones para relacionarse socialmente, muchas desventajas y señalamientos en su área de trabajo, así como en su área personal de estima, imagen y afecto, como también de reposo y recreación: haciendo de los que los padecen seres normalmente incapacitantes y que afectan severamente a toda la familia, creando disfunciones, deserciones, abandonos educativos y problemas económicos.

De nuestro universo de 42 pacientes 100%, el 38.09% de los casos revisados el inició de los síntomas del trastorno bipolar se presentó entre los 21 y 30 años, 35.71% entre los 31 y 40 años. El 14.28% (N=6) presentaron intento suicida, 19.04% (N=8) ideación suicida, en cuanto al número de hospitalizaciones vario que 69.09% de los pacientes atendido había estado internado por lo menos una vez en su historial 1 vez 33.38% (N=14) 2 ocasiones 28.57% (N=12) y 3 ocasiones 7.14% (N=3). Según el estudio de **Souza**³² realizada en Sao Paulo Brasil a 36 pacientes diagnosticados con trastorno bipolar 8.3% (N=3) pacientes presentaron ideas suicidas, y 8.3% (N=3) tenían en su historia por lo menos una vez un intento suicida; sobre el número de hospitalizaciones este vario entre 1 y 12 observándose que 22.2% (N=8) nunca habían estado hospitalizados, un 52.8% (N=19) pacientes presentaron de 1 a 4 hospitalizaciones, 16.7% (N=6) fueron hospitalizados entre 5 a 8 veces. En el estudio de **Agrest**³³ mostramos características similares en cuanto a la edad de inicio de los síntomas 28,43

+ 13,06 años (mediana 26,00; rango: 5-64 años), el número de consultas 8 a 10, ideación suicida en el 12% de los pacientes, número de hospitalizaciones el 71% de los pacientes fueron hospitalizados por lo menos una vez en su vida a causa del trastorno bipolar. **Fiestas**¹⁰ observó que la edad de inicio de los trastornos mentales fueron entre 25 o 26 años, 15 años en trastornos de ansiedad, 20 años para los trastornos de impulsos y de forma más tardía para los trastornos del humor dentro de ellos el trastorno depresivo mayor, el trastorno bipolar I y II; además el nivel de instrucción mayor estuvo asociado a menos riesgo de ansiedad que aquellos que alcanzaron solo primaria completa, en cuanto al sexo las mujeres tuvieron mayor probabilidad de presentar trastornos.

Junto al que padece el Trastorno Bipolar, se suele observar a una acompañante generalmente ya sea como madre o como cónyuge la que soporta casi toda la carga de esta enfermedad y que debe sobreponerse a todo para seguir adelante y ser un elemento propositivo, no solo para llevar adelante el tratamiento del paciente sino también la investida inercial de fractura conyugal y familiar.

En relación a la persona cuidadora pudimos encontrar que la participación de la madre se dio en un 57.14% (n=24), pareja 40.48% (n=17) y 2.38% (n=1) aparecen solos a sus consultas, sobre el rol del cuidador se presentó que 14.29% (n=6) de los cuidadores presentan cansancio y la gran mayoría de los cuidadores tienen falta de experiencia 54.76% (n=23) pero son cumplidores 26.19% (n=11) con los tratamientos. **Gutiérrez**³⁴ estudio 73 pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar y observo la sobrecarga que tiene el cuidador de un paciente y concluyendo que el 93% de los cuidadores y sus familias indicaban estar o presentar estrés moderado, asociado a las alteraciones de conducta de los pacientes, o según los estados de enfermedad además de los efectos de la enfermedad en cuanto a la actividad laboral o social del paciente. **Holmgren**⁸entrevisto a 40 familias con un paciente con trastorno bipolar y observo que el 42% de las familias

presento la ruptura de la relación en el sistema conyugal y un 35% hay disfunción importante; hay un buen funcionamiento solo en una de cuatro familias en su muestra correspondió a 22,5%. Solo en un 16% de las familias, los miembros que estaba a cargo directamente del paciente dijeron no tener dificultades respecto a los cuidados que el paciente requiere; en un 84% refirió presentar un cansancio físico y emocional, además de agotamiento; Además que existen mayores problemas cuando el paciente es la madre, cuando está enferma existe grandes cambios de roles y límites.

El impacto de la enfermedad según los datos recogidos corrobora con estudios que las personas con trastorno bipolar pagan un alto costo, el 42.85% (n=18) de nuestros pacientes tienen un trabajo eventual; 57.19% (n=24) un trabajo permanente; en este punto se muestra una diferencia con el estudio de **Agrest**³³ que de las personas encuestadas el 40% reporto estar desocupado y el 18% estar ocupado. **Souza**³² observo que apenas 16,7% de pacientes declararon tener vínculos de empleo. Los pacientes con trastorno bipolar pueden tener menos productividad en el área laboral, menos desempeño cognitivo y por ende una situación económica menos favorable.

Sobre el tratamiento de pacientes el 73.80% (n=31) de los pacientes llevan un seguimiento continuo del tratamiento siguiendo de manera intacta las indicaciones dadas 80.95% (n=34), en el estudio de **Souza**³² refiere que la adhesión al medicamento está relacionada al modo como el individuo sigue las recomendaciones de profesionales de salud. La falta de conocimiento sobre el esquema terapéutico es una condición básica para la conducción del tratamiento. La psicoeducación puede mejorar la comprensión sobre el tratamiento para pacientes con trastorno bipolar esta puede promover un mejor manejo, adhesión al tratamiento además del reconocimiento precoz de los síntomas, promoción de hábitos saludables, manejo de las situaciones estresantes y desfavorables.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

1. El paciente que padece del Trastorno Bipolar que se atienden en los Centros de Salud Mental Comunitarios de Lima Norte presentan en su mayoría (78,5%), de 1 a 5 años de enfermedad desde el diagnóstico y con un rango de debut de 21 a 40 años el 73,8%; viendo por ello que a esta edad la gran mayoría de los pacientes cuentan con una carga familiar, de allí la característica importante de una ocupación laboral. El número de hospitalizaciones también es importante ya que dificultarían un desempeño laboral adecuado en nuestros pacientes estudiados; el 69.09% ha estado hospitalizados por lo menos una vez. Las limitaciones para relacionarse socialmente y que se muestran también en su área de trabajo se deben a la impulsividad, agresividad 33.33% o retraimiento o timidez 28.57%, así como también problemas en su área personal de estima, confusa imagen corporal 76.19% y afecto, ideación e intentos suicidas 33.32%, como también de reposo o sueño y un mal uso del tiempo de recreación haciéndolos seres normalmente incapacitantes y que afectan severamente a toda la familia, creando disfunciones, deserciones, abandonos educativos y problemas económicos.
2. En tanto a las características sociodemográficas los pacientes atendidos en los Centros Comunitarios de Salud Mental de Lima Norte debutaron con la enfermedad en un rango de 21 a 30 años representando el 38.09 % de los pacientes con trastorno bipolar, encontrándose en ellos a esa edad con una carga familiar además de ello hubo más casos de sexo femenino 61%. El distrito de domicilio encontrado fue Carabayllo con el 45,24% seguido de Puente Piedra y comas 21,43% y 21,43% respectivamente. El grado de instrucción de

nuestros pacientes fue secundaria completa en un 42.86%, llamando la atención un 28.57% de los pacientes con superior completa. El estado civil que mayor prevalencia presento fue soltero con 66,67%.

3. Las características familiares juegan un papel importante en cuanto al desarrollo o desenvolvimiento del núcleo familiar, la conciencia de enfermedad por parte de la familia es fundamental para la ayuda a la reinserción laboral, así como el cuidado estricto de la medicación, el tipo de empleo, de habilidad del paciente es importante ya que su función ejecutiva se dará en base a ello y su desempeño será factible para la reinserción. El tratamiento farmacológico y comunitarios es importante para llevar al paciente a un estado de estabilidad emocional para ello es importante seguir las instrucciones e indicaciones, de nuestros pacientes el 73.80% cumplen con el tratamiento y a pesar de la falta de experiencia del cuidador 54.76% este trabaja para cumplirlo con un seguimiento intacto de indicaciones. La no conciencia de enfermedad o falta de conocimiento sobre la enfermedad generan problemas y desesperación para llevar a cabo un tratamiento integrado y además de ello generando problemas familiares, económicos y sociales.

Es de suma importancia la participación del personal de los Centros de salud Mental de Lima Norte en hacer una labor psicoeducativa dirigida al paciente, la cuidadora y en general a los familiares cercanos del paciente trastorno bipolar para mantener su estabilidad y prepararlo para la reinserción laboral.

Las historias clínicas mostraron diversas preguntas generales sin responder para todos y muy especialmente en lo que respecta a las ocupaciones o labores de los pacientes lo que creemos debilita los resultados expuestos.

La colaboración de médicos y paramédico e incluso personal administrativo de los centros de Salud Mental del Lima Norte, para absolver inquietudes sobre las propias historias, así como para recoger documentación de administración, podemos considerarla como una fortaleza que enriquece los resultados de esta investigación

5.2. RECOMENDACIONES

1. Hacer labor de capacitación preventiva que logren identificar síntomas y características de posibles pacientes trastorno bipolar en su etapa inicial, elaborar modelos de intervención psicosocial en forma precoz, desde el momento que un paciente debuta por ello mejorar la comprensión y conciencia acerca de la naturaleza de la enfermedad, adquiriendo destrezas en la prevención, recaída y autocuidado, además de ello mejorar el manejo de la medicación para así evitar efectos colaterales; todo esto en la búsqueda de una reinserción laboral más eficiente y eficaz.
2. Identificar posibles casos de pacientes con trastorno bipolar dentro de los rangos de edad con antecedentes familiares. Hacer labor preventiva, manejo de información para el reconocimiento de posibles casos.
3. Continuar y profundizar este estudio con visitas a las familias de los pacientes trastorno bipolar que logren certificar estrategias y elaborar instrumentos que puedan ayudar efectivamente al paciente trastorno bipolar y toda su familia a coadyuvar a la reinserción laboral u ocupacional. Reforzar la psicoeducación de las familias con pacientes bipolares, elaborar estrategias desde el seno familiar para mantener una adecuada funcionabilidad del sistema familiar, brindar información de la enfermedad, apoyo emocional a las familias y pacientes, incentivar el cumplimiento del tratamiento, estimular la adherencia al tratamiento farmacológico, evitar así las recaídas, mejorar el funcionamiento ocupacional y social del paciente. Promover ante las unidades municipales y de gobierno central normas que puedan dar incentivos a las empresas y negocios que acepten pacientes trastorno bipolar y que puedan aceptar ser capacitados en el trato a estos tipos

de pacientes. Además de capacitar a los empleadores que tengan a su responsabilidad personas con trastorno bipolar para reconocer síntomas de recaídas y episodios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud del Perú. Salud mental es sentirte bien contigo y con los demás. [Internet] Perú: MSP; 2015 [citado 3 abril 2013] , disponible en:

<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/saludmental/index.asp>
2. Blairy S, Linotte S, Sourey D. Ajuste social y autoestima de pacientes bipolares: Un estudio multicéntrico. *J Affect Disord*, 2014;79(1-3):97-103
3. Téllez J, Vargas J. Criterios para el diagnóstico precoz de la depresión bipolar. *Rev. Arg. Clínica Neuropsiquiátrica*, 2012;11(3):1-3.
4. Ramirez M, Thase M, Tratamiento cognitivo conductual de los trastornos bipolares. En *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicologicos: trastonos por ansiedad, sexuales, y psicoticos*. Editores SA. Vol. 1. España: 2013. p. 575-603.
5. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". *Estudios Epidemiológicos en Salud mental. 2002-2010* Lima, Lima, Perú. *An Salud Mental*. 2013. 29 (1):27-156.
6. INEI, I. N. (s.f.). *Censos Nacionales de poblacion y de vivienda. Perú crecimiento y distribucion de la población*.
7. Velayos JL, Garcia GR, & Lareda FV. Función ejecutiva en pacientes con trastorno bipolar tipo I durante la fase asintomatica. *Rev. Chil. de Neuropsicol*, 2015; 10 (1):44-49.
8. Holmgren D, Lermenda V, & Cortés C. Alteración del funcionamiento familiar en el trastono bipolar. *Rev. Chil. de Neuro - Psiquiat* 2015; 43 (4):275-286.

9. Gutierrez RL, Martinez OJ, & Rodriguez M. La sobrecarga del cuidador en el trastorno bipolar . An Psiquiat 2013; 29(2):624-632.
10. Fiestas F, Piazza M. Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos mentales en el Perú urbano. Resultados del estudio mundial de salud mental (Peru). Rev. Per. med. exp. salud publica; 2014; 31(1):39-47.
11. Sanchez C, Chichón J, Alipazaga P. Trastornos mentales en estudiantes de medicina humana en tres universidades de Lambayeque. Rev. Neuropsiquiatr, 2016;79(4):1-10.
12. León J, Jara R, Chang D, Chichón P, Piedra H. Tamizaje de salud mental mediante el test MINI en estudiantes de Medicina. An Fac Med 2012;73(3):191-195.
13. Rondón M. Salud mental: Un problema de salud pública en el Perú. Rev. Per. Med. Exp Salud Publica 2012;23(4):237-238.
14. Ministerio de Salud del Perú. Salud mental es sentirte bien contigo y con los demás. [Internet] Perú: MSP; 2015 [citado 3 abril 2013] , disponible en:

<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/saludmental/index.asp>
15. Organización Mundial de la Salud. SALUD MENTAL: un estado de bienestar. [Internet] Perú: OMS; 2013 [citado diciembre de 2013] , disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
16. Stange J. Eisner L, Peckham A. Terapia cognitiva basada en mindfulness para el trastorno bipolar: efectos sobre el funcionamiento cognitivo. Journal of Psychiatric practice . 2011. 17 (6):410-419.

17. Ministerio de salud. La depresion y ansiedad. Módulo de atencion en Salud Mental dirigido a trabajadores de primer nivel de atención. Lima: Biblioteca Nacional del Perú, 2013. Mod. 6, disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/820_MS-PROM14.pdf
18. Alvarez S, Feijo V, Características clínicas y epidemiologicas en pacientes con trastorno bipolar con ciclación rápida y sin ciclación rápida. Rev. Arg. Neu. Neuropsiquiatrica: 2011; 53 (3):132-157.
19. Téllez J, Vargas J. Criterios para el diagnóstico precoz de la depresión bipolar. Rev. Arg. Clínica Neuropsiquiatrica, 2014;11(3):1-3.
20. Garcia BG. Trastorno bipolar, EN Marchant N. Monchobion Espinoza A. Tratado de psiquiatria. Tomo 1 Buenos Aires: editorial Grupo guia; 2005: 481-498
21. Lucero R, Casoli. Trastorno afectivos del adulto mayor. Rev. de Psiquiatr Urug. 2006;70(2):154-166.
22. Lara H, Mendez J. Características clinicas y epidemiologicas del trasrtono bipolar en el instituto nacional de Neurologia y Neurocirugia. Un analisis de cuatro años. Rev.neurol. Psiqui 2012;35(3):132-157
23. Alvarez S, Feijo V, Características clínicas y epidemiologicas en pacientes con trastorno bipolar con ciclación rápida y sin ciclación rápida. Rev. Arg. Neu. Neuropsiquiatrica: 2013; 53 (3):132-157.
24. Viola L, Prago C. Evolucion del trastrono bipolarde inicio muy temprano y sus controversias. Rev. Psiquiatria Urug 2012; 70 (1):53-65.
25. Stange J. Eisner L, Peckham A. Terapia cognitiva basada en mindfunlness para el trastorno bipolar: efectos sobre el funcionamiento cognitivo. Journal of Psychiatric practice . 2011; 17 (6):410-419.

26. Kostas N. Fountoulakis. Bipolar Disorder. VOL 1, New York: library of congres; 1990;
27. ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRIA. Guía de consultas de los criterios diagnosticos del DSM - 5. DSM 5 Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. 2013
28. Gutiérrez L, Martínez J. Rodríguez F. La sobrecarga del cuidador en el trastorno bipolar. Anal. Psicol. 2013;29(2): 624 - 632
29. Larrazábal, M. Morales, Y. Inserción laboral de personas con discapacidad: una guía práctica. Caracas: Avepone. Tes psicol. 2013; 7 (1):78-106
30. Perez, Porras V, Nestor R. Insercion laboral y salud mental: una percepcion desde la psicologia del trabajo. Tes psicol. 2013; 8 (2):98-117
31. Miasso A, Monteschi M, Giacchero Kg. El trastorno bipolar: adhesión al medicamento y satisfacción con el tratamiento y orientaciones del equipo de salud de un núcleo de salud mental. Rev. Latino – am 2011;17(4): 739 - 45
32. Souza C, Graziani GK, Paiva do Carmo M, Trastorno Bipolar y medicamentos: adhesión, conocimientos de los pacientes y monitorización sérica del carbonato de litio Rev. Latino – am 2013;21(2): 24-58
33. Agrest C, Alvarez F, Bermann S. La mental en la crisis social. Rev. de experiencias clínicas y neurociencias. 2014; XIII(54): 245-252
34. Gutiérrez L, Martínez J. Rodríguez F. La sobrecarga del cuidador en el trastorno bipolar. Anal. Psicol. 2013;29(2): 624 - 632

BIBLIOGRAFÍA

- Agrest C, Alvarez F, Bermann S. La mental en la crisis social. Rev. de experiencias clínicas y neurociencias. 2014; XIII(54): 245-252
- Alvarez S, Feijo V, Características clínicas y epidemiológicas en pacientes con trastorno bipolar con ciclación rápida y sin ciclación rápida. Rev. Arg. Neu. Neuropsiquiátrica: 2013; 53 (3):132-157.
- Asociación americana de psiquiatría. Guía de consultas de los criterios diagnósticos del DSM - 5. DSM 5 Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. 2013
- Blairy S, Linotte S, Sourey D. Ajuste social y autoestima de pacientes bipolares: Un estudio multicéntrico. J Affect Disord, 2014;79(1-3):97-103
- ENDES. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. 2012. Lima Perú;2012.
- Fiestas F, Piazza M. Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos mentales en el Perú urbano. Resultados del estudio mundial de salud mental (Peru). Rev. Per. med. exp. salud publica; 2014; 31(1):39-47.
- Garcia BG. Trastorno bipolar, EN Marchant N. Monchobion Espinoza A. Tratado de psiquiatría. Tomo 1 Buenos Aires: editorial Grupo guía; 2005: 481-498
- Gutiérrez L, Martínez J. Rodríguez F. La sobrecarga del cuidador en el trastorno bipolar. Anal. Psicol. 2013;29(2): 624 - 632
- Guy M, Goodwin A, Holmes, Ansiedad bipolar, Rev. Psiquiatr y salud Ment. 2009; 2 (2):95-8

- Holmgren D, Lermenda V, & Cortés C. Alteración del funcionamiento familiar en el trastorno bipolar. Rev. Chil. de Neuro - Psiquiat 2015; 43 (4):275-286.
- <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/saludmental/index.asp>
- <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/saludmental/index.asp>
- INEI, I. N. (s.f.). Censos Nacionales de población y de vivienda. Perú crecimiento y distribución de la población.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES: Nacional y Departamental 2014. Lima: INEI: 2014
- Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudios Epidemiológicos en Salud mental. 2002-2010 Lima, Lima, Perú. An Salud Mental. 2013. 29 (1):27-156.
- Kostas N. Fountoulakis. Bipolar Disorder. VOL 1, New York: library of congress; 1990;
- Lara H, Mendez J. Características clínicas y epidemiológicas del trastorno bipolar en el instituto nacional de Neurología y Neurocirugía. Un análisis de cuatro años. Rev.neurol. Psiqui 2012;35(3):132-157
- Larrazábal, M. Morales, Y. Inserción laboral de personas con discapacidad: una guía práctica. Caracas: Avepone. Tes psicol. 2013; 7 (1):78-106
- León J, Jara R, Chang D, Chichón P, Piedra H. Tamizaje de salud mental mediante el test MINI en estudiantes de Medicina. An Fac Med 2012;73(3):191-195.

- Lucero R, Casoli. Trastorno afectivos del adulto mayor. Rev. de Psiquiatr Urug. 2006;70(2):154-166.
- Miasso A, Monteschi M, Giacchero Kg. El trastorno bipolar: adhesión al medicamento y satisfacción con el tratamiento y orientaciones del equipo de salud de un núcleo de salud mental. Rev. Latino – am 2011;17(4): 739 – 45
- Ministerio de Salud del Perú. Salud mental es sentirte bien contigo y con los demás. [Internet] Perú: MSP; 2015 [citado 3 abril 2013] disponible en:
- Ministerio de salud. La depresion y ansiedad. Módulo de atencion en Salud Mental dirigido a trabajadores de primer nivel de atención. Lima: Biblioteca Nacional del Perú, 2013. Mod. 6, disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/820_MS-PROM14.pdf
- Organización Mundial de la Salud. SALUD MENTAL: un estado de bienestar. [Internet] Perú: OMS; 2013 [citado diciembre de 2013], disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Porras V, Nestor R. Insercion labporal y salud mental: una percepcion desde la psicologia del trabajo. Tes psicol. 2013; 8 (2):98-117
- Psiquiatría A. A. DSM - 5 Manual diganóstico y estadístico de los trastornos mentales. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM ; 2013.
- Ramirez M, Thase M, Tratamiento cognitivo conductual de los trastornos bipolares. En Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastonos psicologicos: trastonos por ansiedad, sexuales, y psicoticos. Editores SA. Vol. 1. España: 2013. p. 575-603.
- Rondón M. Salud mental: Un problema de salud pública en el Perú. Rev. Per. Med. Exp Salud Publica 2012;23(4):237-238.

- Sanchez C, Chichón J, León F, Alipazaga P. Trastornos mentales en estudiantes de medicina humana en tres universidades de Lambayeque. Rev. Neuropsiquiatr, 2016;79(4):1-10.
- Souza C, Graziani GK, Paiva do Carmo M, Trastorno Bipolar y medicamentos: adhesión, conocimientos de los pacientes y monitorización sérica del carbonato de litio Rev. Latino – am 2013;21(2): 24-58
- Stange J. Eisner L, Peckham A. Terapia cognitiva basada en mindfulness para el trastorno bipolar: efectos sobre el funcionamiento cognitivo. Journal of Psychiatric practice . 2011. 17 (6):410-419.
- Stange J. Eisner L, Peckham A. Terapia cognitiva basada en mindfulness para el trastorno bipolar: efectos sobre el funcionamiento cognitivo. Journal of Psychiatric practice . 2011; 17 (6):410-419.
- Téllez J, Vargas J. Criterios para el diagnóstico precoz de la depresión bipolar. Rev. Arg. Clínica Neuropsiquiátrica, 2012;11(3):1-3.
- Velayos JL, Garcia GR, & Lareda FV. Función ejecutiva en pacientes con trastorno bipolar tipo I durante la fase asintomática. Rev. Chil. de Neuropsicol, 2015; 10 (1):44-49.
- Viola L, Prago C. Evolución del trastorno bipolar de inicio muy temprano y sus controversias. Rev. Psiquiatría Urug 2012; 70 (1):53-65.

ANEXOS

ANEXO N° 01: Operacionalización de variables

TEMA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICA Y SOCIODEMOGRÁFICAS PARA LA REINSERCIÓN A LA ACTIVIDAD LABORAL DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR EN LOS CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS DE LIMA NORTE PERIODO 2015 – 2017

54

VARIABLE INDEPENDIENTE		CARACTERÍSTICAS CLÍNICA Y SOCIODEMOGRÁFICAS PARA LA REINSERCIÓN A LA ACTIVIDAD LABORAL			
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORIA	INSTRUMENTO	% DE ITEMS
SEXO	1	NOMINAL		Ficha de recolección de datos	2.5%
EDAD	2	ORDINAL	18 a 25 años 26 a 35 36 a 45 46 a 55 56 a mas	Ficha de recolección de datos	2.5%

ESTADO CIVIL	4	NOMINAL	(CS) Soltero Conviviente Casado Separado Viudo divorciado	Ficha de recolección de datos	2.5%
GRADO DE INSTRUCCIÓN	3	ORDINAL	(CS) Primaria Secundaria Técnico Superior Universitaria	Ficha de recolección de datos	2.5%
NIVEL SOCIOECONOMICO	5	ORDINAL	Menos de 800 800 y 1500 1500 y 2500 2500 a mas	Ficha de recolección de datos	2.5%
SITUACION	6	NOMINAL		Ficha de recolección de	2.5%

GEOGRAFICA				datos	
NUMERO DE HIJOS	7	ESCALA		Ficha de recolección de datos	2.5%
OCUPACIÓN	8	NOMINAL		Ficha de recolección de datos	2.5%
ASEGURAMIENTO	9	NOMINAL		Ficha de recolección de datos	2.5%
CONCIENCIA DE ENFERMEDAD	11, 20	NOMINAL		Ficha de recolección de datos	5%
TIEMPO DE ENFERMEDAD	12	ESCALA		Ficha de recolección de datos	2.5%
PERSONA	18, 21,29,30,31	NOMINAL		Ficha de recolección de	12.5%

CUIDADORA				datos	
NUMERO DE HOSPITALIZACIONES	14	NOMINAL		Ficha de recolección de datos	2.5%
SEGUIMIENTO Y CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO	17	ESCALA		Ficha de recolección de datos	2.5%
EDAD DE DEBUT DE LA ENFERMEDAD	13	ESCALA		Ficha de recolección de datos	2.5%
REPOSO	22, 23	NOMINAL	1. Hipersomnia 2.problemas al inicio 3.interrupción al despertar 4. Hipersomnia 4.pesadillas 5. NINGUNO	Ficha de recolección de datos	5%

EDAD DE DEBUT DE LA ENFERMEDAD	13	ESCALA		Ficha de recolección de datos	5%
ACTIVIDADES DE HIGIENE PERSONAL Y ACICALAMIENTO	24, 25	NOMINAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Espontanea 2. Requiere ayuda 3. Requiere instigación 4. No se baña, no se acicala 	Ficha de recolección de datos	2.5%
ACTIVIDADES PSICOMOTRICES	23, 24	NOMINAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lenta 2. Acelerada 3. Agitación 4. Retraída 	Ficha de recolección de datos	2.5%
ACTIVIDADES PSICOMOTRICES	23, 24	NOMINAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lenta 2. Acelerada 3. Agitación 4. Retraída 	Ficha de recolección de datos	2.5%
PERCEPCION		NOMINAL		Ficha de recolección de	10%

COGNICIÓN	25,26,27,28			datos	
CONDUCTA	33	NOMINAL	1. timidez 2. Retraimiento 3. Agresividad 4. Impulsividad 5. desobediencia 6. mentira 7. violencia 8. Hiper actividad 9. Hipo actividad	Ficha de recolección de datos	2.5%
AUTOPERCEPCIÓN	37, 38	NOMINAL		Ficha de recolección de datos	5%
AUTOESTIMA, IMPOTENCIA, DESESPERANZA	39, 40, 41	NOMINAL		Ficha de recolección de datos	7.5%
AFECTO	39	NOMINAL		Ficha de recolección de datos	2.5%

	40				100%
--	-----------	--	--	--	-------------

ANEXO N° 02: Instrumento



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CARACTERÍSTICAS CLÍNICA Y SOCIODEMOGRÁFICAS PARA LA REINSERCIÓN A LA ACTIVIDAD LABORAL DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR EN LOS CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS DE LIMA NORTE PERIODO 2015 – 2017

NÚMERO DE FICHA:

- 1. SEXO:** 1. F 2. M
- 2. EDAD:** 1. MENOR DE 18 2. ENTRE 18 Y 25
 3. DE 26 A 35 4. DE 36 A 45
 5. DE 46 A 55 6. De 55 a más
- 3. GRADO DE INSTRUCCIÓN:**
1. PRIMARIA 2. SECUNDARIA COMPLETA
3. SECUNDARIA INCOMPLETA 4. TÉCNICO INCOMPLETA
5. TÉCNICA COMPLETA
6 SUPERIOR UNIVERSITARIO (no concluida)
7 SUPERIOR UNIVERSITARIA (Concluida)
- 4. ESTADO CIVIL**
1. SOLTERO 2. CASADO 3. CONVIVIENTE
4. SEPARADO 5. VIUDO 6. DIVORCIADO....
- 5. NIVEL SOCIOECONÓMICO**
1. MENOR DE 800 2. 800 a 1500 3. 1500 a 2500
4. 2500 a 3000

6. SITUACIÓN GEOGRÁFICA (distrito de vivienda actual)

- | | | |
|---------------|------------------|--------------|
| 1. Comas | 2. Puente Piedra | 3. Carabaylo |
| 4. Los Olivos | 5. Ancón | 6. Otro |

7. NÚMERO DE HIJOS.....

- 8. OCUPACIÓN:** 1: SI 2: NO

- TIPO DE OCUPACIÓN** 1. EVENTUAL 2. PERMANETE

- 9. ASEGURAMIENTO** 1: SI 2: NO

- TIPO DE ASEGURAMIENTO** 1. ESSALUD 2. SIS 3. OTRO

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL TRASTORNO BIPOLAR DEL PACIENTE:

10. DIAGNÓSTICO DE INGRESO.....

11. CONCIENCIA DE LA ENFERMEDAD

- 1: SI 2: NO 3. PARCIAL

12. TIEMPO DE ENFERMEDAD:.....

13. EDAD EN LA QUE DEBUTO CON EL TRASTORNO BIPOLAR:

14. NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES:

15. EPISODIO ACTUAL

1. MANIACOS 2. DEPRESIVOS 3. MIXTO 4. CONTROL

16. COMORBILIDADES

1. DIABETES
2. TBC
3. USO DE SUSTANCIAS
4. ALCOHOLISMO

17. SEGUIMIENTO Y CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO

1. SI 2. NO

18. PERSONA CUIDADORA (ACOMPAÑANTE A CONSULTAS)

1. PADRE 2. MADRE 3 PAREJA 4 HERMANOS 5 HIJOS

19. TIPO DE FAMILIA

1. COMPLETA 2. INCOMPLETA

20. CONCIENCIA FAMILIAR

1. Existencia de graves conflictos motivados por el paciente.
2. Indiferencia o no apoyo familiar.
3. Apoyo general hacia el paciente.

21. DE LA CUIDADORA

1. Ausente en el hogar por trabajo.
2. Está en casa, pero dispone de tiempo limitado.
3. Dedicar tiempo priorizando en sus actividades.

DOMINIO Y ESTRESORES PSICOSOCIALES

ACTIVIDAD

22. SUEÑO

- | | | |
|-----------------|------------------------|------------------------------|
| 1. Hipersomnias | 2. Problemas al inicio | 3. Interrupción al despertar |
| 4. Hipersomnias | 5. Pesadillas | 6. NINGUNO |

23. RECREACIÓN

- | | | |
|-----------------|---------|------------|
| 1. Tiempo libre | 2. Nulo | 3. Mal uso |
|-----------------|---------|------------|

24. ACTIVIDAD DE HIGIENE PERSONAL

- | | | |
|---------------|-------------------|-------------------------|
| 1. Espontánea | 2. Requiere ayuda | 3. Requiere instigación |
| 4. No se baña | | |

25. ACTIVIDAD VESTIDO Y ACICALAMIENTO

- | | | |
|---------------|-------------------------|------------------|
| 1. Espontánea | 2. Requiere instigación | 3. No se acicala |
|---------------|-------------------------|------------------|

26. ACTIVIDAD PSICOMOTRICES

- | | | | |
|----------|--------------|--------------|-------------|
| 1. Lenta | 2. Acelerada | 3. Agitación | 4. retraída |
|----------|--------------|--------------|-------------|

27. OTROS

- | | | |
|------------------|-----------------------|--------------------------------|
| 1. Fatiga | 2. Cansancio | 3. Intolerancia a la actividad |
| 4. Palpitaciones | 5. Sensación de ahogo | |

PERCEPCIÓN COGNICIÓN

28. CONCIENCIA

- | | | | |
|--------------------|--------------|-------------------|----------------|
| 1. Hipervigilancia | 2. Confusión | 3. Desrealización | 4. Somnolencia |
|--------------------|--------------|-------------------|----------------|

29. ATENCIÓN

- | | | |
|---------------|---------------------|---------------------------------|
| 1. Fluctuante | 2. Distractibilidad | 3. Dificultad para concentrarse |
|---------------|---------------------|---------------------------------|

30. PENSAMIENTO

- | | | |
|-----------------------|---------------------|----------------------|
| 1. Inhibido | 2. Acelerado | 3. Incoherente |
| 4. Delusiones de daño | 5. Ideación suicida | 6. Ideación homicida |
| 7. Intento suicida | 8. Obsesiones | 9. Compulsiones |
| 10. Culpa | 11. Grandeza | 12. Persecución |

31. CONOCIMIENTO

1. Seguimiento intacto de las instrucciones
2. No tiene interés por aprender

ROL RELACIONES

32. NIVEL DE INDEPENDENCIA

- | | | |
|--------------------|--------------|--------------|
| Dependencia | 1. Económica | 2. Emocional |
| 3. Psicosocial | 4. Física | |

33. RELACIÓN FAMILIAR

- | | | |
|------------------------------|--------------------|-------------|
| 1. Insatisfactorio desempeño | 2. Conflictiva | 3. Violenta |
| 4. Indiferente | 5. Sobreprotección | |

34. ROL DEL CUIDADOR

- | | | |
|--------------|--------------------------|---------------|
| 1. Cansancio | 2. Falta de experiencias | 3. Abandonado |
|--------------|--------------------------|---------------|

35. PARTICIPACIÓN SOCIAL EXTRA FAMILIAR

- | | | | |
|----------|--------------|---------------|------------------|
| 1. Pobre | 2. Exagerada | 3. Con amigos | 4. Instituciones |
|----------|--------------|---------------|------------------|

36. CONDUCTA

- | | | |
|--------------------|------------------------|----------------|
| 1. Timidez | 2. Retraimiento social | 3. Agresividad |
| 4. Impulsividad | 5. Desobediencia | 6. Mentira |
| 7. Robo | 8. Fuga | 9. Violencia |
| 10. Hiperactividad | 11. Hipo actividad | |

AUTOPERCEPCIÓN

37. RECREATIVIDAD EMOCIONAL

- | | |
|----------|--------------|
| 1. Pobre | 2. Expansiva |
|----------|--------------|

38. IMAGEN CORPORAL

- | | | |
|------------|--------------|-------------------|
| 1. Confusa | 2. Rechazada | 3. Automutilación |
|------------|--------------|-------------------|

39. AUTOESTIMA

- | | | |
|------------------------|---------------------------|--------------------|
| 1. Valoración negativa | 2. Exageración de errores | 3. Sobrevaloración |
|------------------------|---------------------------|--------------------|

40.IMPOTENCIA

1. Resentimiento
2. Cólera

41.DESESPERANZA

1. Pasividad
2. Suspiros

42.AFECTO

1. Tristeza
2. Culpa
3. Impotencias
4. Sensación de vacío
4. Desanimo
5. Llanto fácil
6. Perdida de interés y placer
7. Deseo de dormir
8. Auto reproche
9. Euforia
10. Exaltación
11. Crisis de miedo
12. Sentimiento de susto
13. Irritabilidad

ANEXO N° 03: Validez de instrumento - consulta de experto

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACION:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante: *Sánchez Miranda Luis Alberto.*
- 1.2 Cargo e institución donde labora:
- 1.3 Tipo de Experto: Especialista Estadístico Metodólogo
- 1.4 Nombre del instrumento: *Ficha Recolección de Datos.*
- 1.5 Autor (a) del instrumento: *BLUARADO BLANCO EILEEN KARINA.*

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					98%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					98%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre los factores determinantes para la reinserción laboral					98%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					98%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					98%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la relación entre los factores determinantes para la reinserción laboral y el trastorno bipolar.					98%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					98%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					98%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación descriptivo					98%

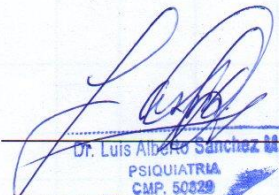
III.- OPINION DE APLICABILIDAD:

APLICABLE..... (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACION

98%

Lugar y Fecha: Lima, 24. Enero de 2018


Dr. Luis Alberto Sánchez M.
PSIQUIATRIA
CMP. 50029

Firma del Experto Informante

D.N.I N° 02.26.57.85

Teléfono 997909125

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACION:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante: *Bayson Malca Walter Florencio*
- 1.2 Cargo e institución donde labora:
- 1.3 Tipo de Experto: Especialista Estadístico Metodólogo
- 1.4 Nombre del instrumento:
- 1.5 Autor (a) del instrumento:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					100%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					100%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre los factores determinantes para la reinserción laboral					100%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					90%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					95%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la relación entre los factores determinantes para la reinserción laboral y el trastorno bipolar.					100%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					100%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					95%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación descriptivo					100%

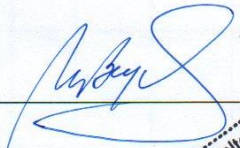
III.- OPINION DE APLICABILIDAD:

Aplicable (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACION

97.7%

Lugar y Fecha: Lima, 23 Enero de 2018


Firma del Experto Informante
D.N.I N° 08819101
Teléfono 528047001
Walter Bryson Malca
MEDICINA INTERNA
EMP: 14859 RNE: 7609

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACION:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante: *BAZAN RODRIGUEZ JISI NOEMI*
- 1.2 Cargo e institución donde labora: *DOCENTE UPSJB*
- 1.3 Tipo de Experto: Especialista Estadístico Metodólogo
- 1.4 Nombre del instrumento: *FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS*
- 1.5 Autor (a) del instrumento: *ALVARADO IBRANCO EILEEN KARINA*

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
		00 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					82%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					85%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre los factores determinantes para la reinserción laboral					87%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					85%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					82%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la relación entre los factores determinantes para la reinserción laboral y el trastorno bipolar.					90%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					87%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					85%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación descriptivo					90%

III.- OPINION DE APLICABILIDAD:

Aplice..... (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACION

86.1%

Lugar y Fecha: Lima, 23 Enero de 2018


Lic. ELSI NOEMI BAZAR RODRIGUEZ
COESPE 444
COLEGIO DE ESTADÍSTICOS DEL PERÚ

Firma del Experto Informante
D.N.I N° 19709582
Teléfono 977 414879

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACION:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante: *Vilchez Durand Ana Milagros*
- 1.2 Cargo e institución donde labora:
- 1.3 Tipo de Experto: Especialista Estadístico Metodólogo
- 1.4 Nombre del instrumento:
- 1.5 Autor (a) del instrumento:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					100%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					100%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre los factores determinantes para la reinserción laboral					100%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					100%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					100%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la relación entre los factores determinantes para la reinserción laboral y el trastorno bipolar.					100%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					100%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					100%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación descriptivo					100%

III.- OPINION DE APLICABILIDAD:

Aplicable. (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACION

100%.

Lugar y Fecha: Lima, *24* Enero de 2018



[Signature]
Dra. Ana Vilchez Durand
CMP. 50494
PSQUIATRIA
Firma del Experto Informante
D.N.I N° *10734405*
Teléfono *978053026*

ANEXO N° 04: Matriz de consistencia

TEMA: TEMA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICA Y SOCIODEMOGRÁFICAS PARA LA REINSERCIÓN A LA ACTIVIDAD LABORAL DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR EN LOS CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS DE LIMA NORTE PERIODO 2015 – 2017

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>General: PG: ¿Cuáles son las características clínicas y sociodemográficas para la reinserción a la actividad laboral de pacientes con trastorno bipolar atendidos en los Centros de Salud Mental Comunitarios de Lima Norte en el periodo 2015 - 2017? PE1: ¿Cuáles son las características clínicas para la reinserción a la actividad laboral de pacientes con trastorno bipolar</p>	<p>General: OG: Identificar las características clínicas y sociodemográficas para la reinserción a la actividad laboral de pacientes con trastorno bipolar atendidos en los Centros de Salud Mental Comunitarios de Lima Norte en el periodo 2015 – 2017 OE1: Reconocer las características clínicas para la reinserción a la actividad laboral de pacientes con trastorno bipolar atendidos en los</p>	<p>General: Por ser un trabajo descriptivo no requiere de hipótesis.</p>	<p>Variable independiente: Características clínicas y sociodemográficas para la reinserción a la actividad laboral Indicadores: CC (Características</p>

<p>atendidos en los Centros de Salud Mental Comunitarios de Lima Norte en el periodo 2015 - 2017?</p> <p>PE2: ¿Cuáles son las características sociodemográficas para la reinserción a la actividad laboral de pacientes con trastorno bipolar atendidos en los Centros de Salud Mental Comunitarios de Lima Norte en el periodo 2015 - 2017?</p> <p>PE3: ¿Cuáles son las características familiares y laborales de pacientes con trastorno bipolar atendidos en los Centros de Salud Mental Comunitarios de Lima Norte en el periodo 2015 - 2017?</p>	<p>Centros de Salud Mental Comunitarios de Lima Norte en el periodo 2015 – 2017</p> <p>OE2: Establecer las características sociodemográficas para la reinserción a la actividad laboral de pacientes con trastorno bipolar atendidos en los Centros de Salud Mental Comunitarios de Lima Norte en el periodo 2015 – 2017</p> <p>OE3: Registrar las características familiares y laborales de pacientes con trastorno bipolar atendidos en los Centros de Salud Mental Comunitarios de Lima Norte en el periodo 2015 – 2017.</p>		<p>clínicas)</p> <p>CS (Características sociodemográficas)</p> <p>FF (Características familiares)</p> <p>CC+CS+FF</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>NIVEL: Descriptivo</p> <p>TIPO DE INVESTIGACIÓN: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo transversal</p> <p>ALCANCE: Elaborar modelos de ayuda, instrumentos y estrategias para poder implementar un sistema que trabaje con los centros de salud comunitarios brindando apoyo psicológico integrado enfocado en el ámbito laboral, acompañando a cada persona y empresas en la reincorporación laboral.</p> <p>DISEÑO: Cualitativo, no experimental</p>	<p>POBLACIÓN: Todos los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar reinsertados a la actividad laboral atendidos en los Centros de Salud Mental Comunitarios de Lima Norte dentro del periodo del 2015 al 2017.</p> <p>N= 42</p> <p>MUESTRA: 42 Pacientes con trastorno bipolar reinsertados a la actividad laboral</p> <p>CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Pacientes con trastorno de salud mental específicamente el trastorno bipolar reinsertados a la actividad laboral atendidos en los Centros de Salud Mental Comunitarios de Lima Norte.</p>	<p>TECNICA: Revisión de historia clínicas y cuadernos de registro de casos de pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar atendidos en los Centros de Salud Mental Comunitarios de Lima Norte dentro del periodo del 2015 al 2017.</p> <p>INSTRUMENTOS: Ficha de recolección de datos.</p>