



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

Instituto Nacional de Psiquiatría

Ramón de la Fuente Muñiz

**“Estigma internalizado entre hombres y mujeres con
diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor”**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRÍA

QUE PRESENTA:

Amaury Jesús Angel Cuellar

Asesor teórico: Dra. Mónica Flores Ramos

Asesor metodológico: Dra. Ana Fresán Orellana

Ciudad Universitaria, CD. MX 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	4
2. ABSTRACT	5
3. INTRODUCCIÓN.....	6
3.1 Depresión	6
3.2 Trastorno Depresivo Mayor	7
3.3 Epidemiología.....	7
3.4 Diagnóstico	8
3.5 Criterios diagnósticos	9
3.5.1 Trastorno Depresivo Mayor (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastorno Mentales, 5 edición, DSM-5).....	9
3.6 Aspectos clínicos	10
3.7 Curso y pronóstico	10
4. DEPRESIÓN: DIFERENCIA ENTRE HOMBRES Y MUJERES.....	10
5. ESTIGMA INTERNALIZADO.....	11
5.1 Definición de estigma	11
5.2 Tipos de estigma y su definición	12
5.3 Estigma internalizado en el Trastorno Depresivo Mayor	13
6. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	16
7. JUSTIFICACIÓN	16
8. OBJETIVOS	17
8.1 Objetivo general.....	17
8.2 Objetivos específicos	17
9. HIPÓTESIS	18
9.1 Hipótesis General.....	18
9.2 Hipótesis específicas	18
10. MATERIAL Y MÉTODOS	18
10.1 Tipo de estudio.....	18
10.2 Población en estudio: selección y tamaño de la muestra	19
10.3 Variables del estudio.....	21
11. ESCALAS DE MEDICIÓN	22
11.1 Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI)	22

11.2	Formato de Datos Clínico-Demográficos	22
11.3	Inventario de Depresión de Beck.....	23
11.4	Escala de Estigma de King	23
12.	PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO	24
13.	PLAN DE ANÁLISIS	26
14.	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	26
15.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	28
16.	RESULTADOS.....	29
16.1	Características demográficas	29
16.2	Características clínicas.....	29
16.3	Gravedad sintomática y estigma internalizado	32
17.	DISCUSIÓN.....	39
18.	LIMITACIONES DEL ESTUDIO	44
19.	CONCLUSIONES.....	45
20.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	47
21.	BIBLIOGRAFÍA.....	53
22.	ANEXOS	54
22.1	Carta de consentimiento informado para participantes.....	54
22.2	Formato de datos clínico demográficos (FDCD).....	57
22.3	Dictamen de Aprobación del CEI.....	58
22.4	Curso NIDA Clinical Trials Network (Certificate of Completion)	59

1. RESUMEN

Introducción: Estudios epidemiológicos reportan que los cuadros depresivos son más frecuentes en mujeres que en los hombres. La diferencia entre el sexo no solo repercute en el riesgo de padecer un episodio depresivo, sino también en la expresión de los síntomas y su vivencia.

Objetivo: Comparar el estigma internalizado entre hombres y mujeres con diagnóstico de TDM.

Metodología: Se incluyeron un total de 82 pacientes del INPRFM; 55 mujeres y 27 hombres con diagnóstico de TDM, obtenido mediante la entrevista *MINI*. Se evaluó el estigma internalizado con base en la Escala de Estigma de King y la gravedad de los síntomas de depresión con el Inventario de Depresión de Beck.

Resultados: No se observaron diferencias entre hombres y mujeres en la mayoría de las características demográficas evaluadas y se reportaron características clínicas similares. No se encontraron diferencias entre grupos en la puntuación total de la Escala de Estigma internalizado ni en las subescalas de este instrumento al igual que en la gravedad del estigma internalizado.

Conclusiones: En los hombres se observó una asociación entre la gravedad sintomática y la discriminación, indicativo de que a mayor gravedad sintomática mayor percepción de discriminación. En las mujeres, se advirtieron correlaciones significativas entre la gravedad sintomática y las dimensiones del estigma internalizado: discriminación, divulgación, aspectos positivos y el puntaje total de la Escala de Estigma Internalizado de King. Lo que muestra que en mujeres es mayor el impacto de la depresión en comparación con la internalización del estigma.

Palabras clave: Estigma internalizado, depresión, sexo.

2. ABSTRACT

Introduction: Epidemiological studies report that depressive symptoms are more frequent in women than in men. The difference between sex not only affects the risk of suffering a depressive episode, but also the expression of symptoms and their experience.

Objective: To compare the internalized stigma between men and women with a diagnosis of MDD.

Methodology: A total of 82 INPRFM patients were included; 55 women and 27 men with a diagnosis of MDD, obtained through the MINI interview. Internalized stigma was assessed based on the King Stigma Scale and the severity of depression symptoms with the Beck Depression Inventory.

Results: No differences were observed between men and women in most of the demographic characteristics evaluated and similar clinical characteristics were reported. No differences were found between groups in the total score of the Internalized Stigma Scale or in the subscales of this instrument, as well as in the severity of the internalized stigma.

Conclusions: In men, an association between symptomatic severity and discrimination is applied, indicating that the greater the symptomatic severity, the greater the perception of discrimination. In women, significant correlations were found between symptomatic severity and the dimensions of internalized stigma: discrimination, disclosure, positive aspects, and the total score on the King's Internalized Stigma Scale. This shows that in women the impact of depression is greater compared to the internalization of stigma.

Keywords: Internalized stigma, depression, sex.

3. INTRODUCCIÓN

3.1 Depresión

Inicialmente denominada melancolía, proviene del griego clásico, que traducido significa bilis negra, frecuentemente es confundida con ella. La depresión (abatimiento, en latín) es uno de los trastornos psiquiátricos más antiguos de los que se tiene constancia.

A lo largo de la historia se evidencia su presencia a través de los escritos y de las obras de arte, también mucho antes del nacimiento de la especialidad médica de la psiquiatría es conocida y catalogada por los principales tratados médicos de la antigüedad.

Se considera que la depresión es una condición que ha persistido a la par del desarrollo de la humanidad. En la antigüedad, dicha entidad se reconocía con el nombre de *melancolía*, particularmente en el contexto de la doctrina humorista, Hipócrates describía dicho estado como una alteración de la bilis negra, la cual determinaba el temperamento de la salud.

Fue hasta 1725 que el británico Sir Richard Blackmore rebautizó el cuadro con el término actual de depresión. El origen del vocablo se encuentra en la expresión latina *de y premere*, lo que se interpreta como *empujar u oprimir hacia abajo*. Su uso se registra por vez primera en Inglaterra en el siglo XVIII, por el médico de Guillermo III de Inglaterra y poeta antes mencionado.

Ese mismo año el facultativo hablaba de la depresión como un *estar hundido en profunda tristeza y melancolía*. Hacia el siglo XIX, el término *depresión* ganó terreno y se usó junto al de *melancolía*, a fin de designar a la enfermedad, mientras este último vocablo siguió conservando su uso popular y literario.

3.2 Trastorno Depresivo Mayor

El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) es un trastorno mental caracterizado por el estado de ánimo predominantemente triste y pérdida del interés en actividades consideradas

previamente como placenteras, los cuales se acompañan de una amplia gama de síntomas cognitivos, físicos y del comportamiento (Sadock & Sadock, 2015).

El TDM es una enfermedad debilitante que se caracteriza por un estado de ánimo deprimido, intereses disminuidos, función cognitiva alterada y síntomas vegetativos, como el sueño alterado o el apetito. Se presenta aproximadamente al doble de frecuencia en las mujeres que en los hombres y afecta a uno de cada seis adultos en su vida (Sedat et al., 2009). La etiología de esta enfermedad es multifactorial y su heredabilidad se estima en alrededor del 35%.

Además, factores ambientales como el abuso sexual, físico o emocional durante la infancia, están fuertemente asociados con el riesgo de desarrollar un episodio depresivo mayor (Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators, 2015). Ningún mecanismo establecido puede explicar todos los aspectos de la enfermedad. Sin embargo, el TDM se asocia con alteraciones en los volúmenes cerebrales regionales, en particular el hipocampo, y con cambios funcionales en los circuitos cerebrales, como la red de control cognitivo y la red de atención afectiva.

Adicional a ello, en el TDM se producen alteraciones en los principales sistemas neurobiológicos sensibles al estrés, incluido el eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal y el sistema inmunitario. El tratamiento comprende principalmente la psicoterapia y los fármacos (Muñoz et al., 2009). Para los pacientes resistentes al procedimiento que no han respondido a varios intentos de aumento o combinación de soluciones, la terapia electroconvulsiva es el método con la mejor evidencia empírica.

3.3 Epidemiología

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que a nivel mundial afecta a 300 millones de personas, siendo una de las causas principales de discapacidad y que contribuye de manera importante a la carga mundial general de morbilidad. De modo que la depresión afecta más a la mujer que al hombre, siendo responsable de la muerte en personas de entre 15 y 29 años, al ser una respuesta secundaria a la conducta suicida (American Psychiatric Association).

Los trastornos del estado de ánimo son los desórdenes mentales más prevalentes; entre el 3.3% y el 21.4% de la población mundial los padece. En México, la preponderancia reportada de por vida de cualquier trastorno del estado de ánimo es del 9.2% y en los últimos 12 meses del 4.8% (Wang et al., 2007). Según la OMS, aproximadamente el 56% de las personas que sufren depresión en todo el mundo no reciben ningún tratamiento. La falta de tratamiento para las perturbaciones del estado de ánimo es especialmente crítica dado el deterioro asociado con estas, las cuales contribuyen altamente a la carga total de la enfermedad. De esta manera, implica además un peso económico, que deriva en desempleo, así como la necesidad de medicamentos y otros servicios de salud y sociales.

En México, el 70% de las personas con algún trastorno del estado de ánimo han recibido algún tipo de tratamiento; y solo el 16% recibió servicios especializados en el mismo año en que comenzaron los síntomas. La duración del retraso en el diagnóstico se ha estimado en 14 años (Bromet et al., 2011). Para cerrar la brecha de tratamiento que existe entre la población mexicana es importante identificar los grupos de población más vulnerables a la depresión, y que tienen menos probabilidades de acceso a servicios.

3.4 Diagnóstico

La posibilidad diagnóstica se plantea a partir de datos observacionales, misma que implica la recopilación y organización de la información, junto con un alto índice de sospecha, ya que el diagnóstico es de características clínicas. Cabe señalar, existe la posibilidad de aplicación de escalas de Clinimetría, con la finalidad de hacer objetiva la información obtenida en la entrevista clínica.

3.5 Criterios diagnósticos

3.5.1 Trastorno Depresivo Mayor (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastorno Mentales, 5 edición, DSM-5)

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de dos semanas, que representan un cambio respecto a la anterior, por lo menos uno de los

síntomas debe ser: 1) estado de ánimo depresivo o 2) pérdida de interés o placer. Nota: No incluir los síntomas que son claramente atribuibles a otra condición médica.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) o la observación realizada por otros (por ejemplo, parece lloroso). (Nota: En los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan).

3. Pérdida de peso significativo sin hacer dieta o ganancia de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En niños hay que valorar el fracaso para hacer la ganancia de peso esperada).

4. Insomnio o hipersomnias casi todos los días.

5. Agitación o enlentecimiento psicómotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no únicamente remordimiento o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico, una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales u otras importantes del funcionamiento.

C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra enfermedad médica.

D. La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro del espectro esquizofrénico especificadas y no especificadas y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio de hipomanía. Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios maníacos o hipomanía son inducidos por sustancias o son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra enfermedad médica.

3.6 Aspectos clínicos

La depresión es un padecimiento clínicamente heterogéneo, las manifestaciones clínicas pueden variar en relación con factores genéticos, ambientales, contexto sociocultural y rasgos caracterológicos, pero en general se manifiesta por un descenso del estado de ánimo y la volición.

3.7 Curso y pronóstico

Un episodio depresivo no tratado permanece aproximadamente 6 a 13 meses, si este ya se encuentra en tratamiento dura tres meses, tras el retiro del régimen farmacológico antes de los tres meses se espera una recurrencia de la sintomatología depresiva.

4. DEPRESIÓN: DIFERENCIA ENTRE HOMBRES Y MUJERES

De manera general, se puede argumentar que la mayoría de los reportes de depresión provienen de mujeres que tienen un acercamiento a instituciones de salud, para recibir ayuda de un profesional, lo que conlleva a un reporte estadístico. Por esta razón, los casos de prevalencia referidos en reportes epidemiológicos manifiestan que la depresión es más frecuente en las mujeres. De acuerdo con (Wang, 2008) se ha demostrado que estas acceden de manera reiterada a los servicios de atención en salud mental, ya que los hombres tienen mayor dificultad para reconocer los síntomas de la depresión. Cuando ellos dan casos positivos de TDM se enfrentan a un nuevo obstáculo: el estigma social internalizado, por lo que deciden mantener oculta dicha sintomatología o, en el peor de los casos, aminoran el malestar con el consumo de sustancias, evitando así el uso de la asistencia de salud mental.

Con base en lo indicado con anterioridad se observa que el género, la edad y el estado civil están asociados con la depresión. Las mujeres tienen un doble aumento en el riesgo de TDM en comparación con los hombres (Bromet et al., 2005). Actualmente, las personas que están separadas o divorciadas tienen tasas de depresión más altas que las casadas, asimismo, disminuyen con la edad. Esta evidencia, sin embargo, proviene principalmente de investigaciones realizadas en países occidentales. Los escasos datos disponibles de los países de ingresos bajos a medios sugieren que el patrón de edad no es monótono o que la asociación se invierte, y la depresión aumenta con la edad (Medina-Mora et al., 2003). Otros factores socioeconómicos tienen relaciones menos consistentes con la depresión en diferentes países.

5. ESTIGMA INTERNALIZADO

5.1 Definición de estigma

Edwin Goffman define al estigma como los atributos de un individuo que le generan descrédito y desvaloración social (Rush, 2006). El estigma se relaciona con creencias de desvalorización, discriminación, marcada disminución en la calidad de vida, baja autoestima y agravamiento de los síntomas del padecimiento psiquiátrico.

Se trata de un tipo de interacción social que puede presentar consecuencias negativas para las personas con enfermedades mentales, también se le denomina “estigmatización”. Debido a los prejuicios y actos discriminatorios hacia las personas sujetas de esta problemática, es frecuente que presenten, además de lo mencionado con anterioridad, una baja autoestima y adherencia a los tratamientos, así como una reducción significativa de sus redes sociales (Olfiffe & Phillips, 2008).

5.2 Tipos de estigma y su definición

Los trastornos psiquiátricos son uno de los principales problemas de salud y una de las condiciones más estigmatizadas dentro de la sociedad. Puede clasificarse de la siguiente manera: el estigma internalizado, familiar, institucional y público, la persona puede padecerlo tan solo con un trastorno mental (Paredes et al., 2012).

Se presenta con más frecuencia el estigma internalizado, el cual se refiere a la manera en que el paciente con trastorno psiquiátrico siente y vive su condición; integrando la vergüenza, la culpa y el miedo a la discriminación generada por las etiquetas, los estereotipos y los prejuicios que tiene la sociedad hacia él y su padecimiento (Baca-García, 2014).

Se trata de un estigma auto infringido, que hace referencia a la internalización por parte del individuo de las actitudes negativas que ha recibido por parte de la familia, sociedad e instituciones.

Es importante destacar que actualmente diversas investigaciones han determinado que alrededor del 40% de las personas con trastornos mentales graves presentan altos niveles de estigma internalizado (Struening et al., 2001).

En América Latina, se ha señalado que los trastornos mentales son altamente prevalentes y representan una significativa carga para quienes los padecen. Dichos individuos usualmente deben lidiar, en la interacción diaria con otras personas o instituciones, con barreras y obstáculos sociales. Al respecto, también se ha observado que, frecuentemente, no pueden acceder a espacios laborales o educacionales normalizados, ni tampoco pueden establecer relaciones de amistad o de pareja. Por consiguiente, el estigma transforma en un fenómeno contraproducente para lograr su plena inclusión social.

Por otro lado, el estigma en la familia es una condición en la que se transmite la devaluación social por estar asociado a una persona estigmatizada. Se han documentado diversos tipos de impacto en las familias de personas con algún trastorno mental, verbigracia, trastornos del sueño, alteraciones de sus relaciones interpersonales, empobrecimiento de su bienestar y de su calidad de vida (Kingdon et al., 2004).

Es común que se produzca un nivel semejante de aislamiento y exclusión social al que viven los pacientes (Kingdon et al., 2004). Sin embargo, cabe señalar que en América Latina se ha reportado que los familiares también pueden ser una fuente de prejuicios y actos discriminatorios hacia los pacientes con enfermedad mental (Gray, 2002).

Respecto al estigma institucional, éste se vincula con las políticas tanto de instituciones públicas como privadas (incluidos los profesionales y funcionarios que en ellas ejercen). Algunos estudios indican que, a pesar de que las actitudes de los profesionales de la salud hacia la enfermedad mental son más positivas que las del público general, son

habituales las actitudes paternalistas o negativas, especialmente en cuanto al pronóstico y las (supuestas) limitadas posibilidades de recuperación de las personas con enfermedad mental (Kumar, 2012).

Por último, el estigma público o externo se produce cuando la comunidad se comporta con prejuicios y estereotipos perniciosos hacia los pacientes y, en consecuencia, actúa discriminatoriamente hacia ellos. Estas actitudes estigmatizadoras pueden instalarse desde edades tempranas de la vida, por medio del proceso de socialización (Tantawy, 2010).

En ese sentido, en investigaciones se han identificado estereotipos que suelen incluir información con respecto a la peligrosidad, debilidad e incapacidad por parte del paciente. A nivel del acto discriminatorio, es usual que las personas con enfermedad mental presenten bajo acceso a un trabajo o a una vivienda, así como también a los sistemas judiciales y sanitarios (Tantawy, 2010).

5.3 Estigma internalizado en el Trastorno Depresivo Mayor

Se ha reportado que hasta el 72% de las personas que reúnen criterios de trastornos depresivos son víctimas de alguna forma de estigmatización-discriminación (Wang, 2008).

Cabe destacar, una de las cuestiones más importantes en el trastorno depresivo mayor es la asociación con la conducta suicida, la cual se ha reportado es tres veces más constante que en la población general. De esta manera, se estima que el 80% de los casos de suicidio se deben a un cuadro depresivo grave, situaciones en las que influyen múltiples factores: biológicos, sociodemográficos, estresores vitales y capacidad de afrontamiento.

En relación al estigma internalizado, quienes padecen TDM se perciben como personas agresivas y con pérdida de la autonomía, lo que puede incrementar el malestar presentado y llevar a realizar conductas de riesgo.

El estigma en las enfermedades mentales es diverso en términos de cómo se define, se opera y se informa. El estigma internalizado en el TDM se presenta como la percepción de sí mismo de forma inadecuada, debido a una enfermedad mental que conduce a la pérdida de la autoestima. Así mismo, esta visión prevalece en mayor medida en los hombres.

Esto se puede conocer en trabajos anteriores que abordaron las diferencias sexuales y la salud mental, donde se informa que los hombres tienden a actitudes más negativas hacia

la depresión que las mujeres. Por ejemplo, en una encuesta realizada a 3,047 personas adultas encontraron que los hombres (47.2%) eran más propensos que las mujeres (39.2%) a atribuir la “debilidad de carácter” como un probable desencadenante de la depresión (Bromet et al., 2011).

Por otro lado, entre los encuestados de las zonas urbanas y rurales, los hombres rurales tenían mayor estigma hacia la depresión, incluso más cuando tenían una alfabetización deficiente en la depresión (Vicente et al., 2005). Los hombres que no estaban seguros de los mejores recursos disponibles para la depresión o que preferían confiar en los sistemas de apoyo personal a fin de tratarla, tenían más probabilidades de estigmatizarla (Landrefi et al., 2015).

El estigma y la discriminación tienen un serio impacto nocivo en la vida de las personas con depresión. Un reciente estudio internacional en varios sitios entre personas con TDM informó que hasta el 37% de los encuestados dejaron de hacer algo importante en su vida (relaciones interpersonales cercanas, solicitar trabajo o educación), en virtud del temor de ser víctimas de una experiencia de discriminación.

Lo anterior coincide con información de la OMS, la cual clasificó a la depresión como la segunda causa principal de discapacidad en todo el mundo en 2020, junto a la sintomatología. Las personas con depresión tienen que hacer frente a muchas de las mismas actitudes negativas, atención médica inadecuada y barreras sociales reportadas por personas con otros trastornos mentales graves (Statistics Canada, 2014), de manera que es esencial explorar los factores relacionados con un mayor nivel de estigmatización que experimentan las personas con TDM.

La relación entre la estigmatización y los contextos sociales dentro de los cuales ocurre el proceso es bidireccional. Primero, el estigma puede socavar las redes sociales y el apoyo social percibido de las personas con problemas de salud mental. En este sentido, la “teoría del etiquetado modificada” sugiere que el estigma percibido y la expectativa relacionada de ser devaluado y discriminado conducen a evitar los contactos sociales de las personas con problemas de salud mental. En segundo lugar, se encontró que los niveles más bajos de apoyo social o de redes sociales están asociados con una mayor estigmatización percibida entre los pacientes con problemas de salud mental graves.

Menos hombres que mujeres son diagnosticados formalmente con depresión, y en los países occidentales las tasas de depresión masculina representan la mitad de la población de mujeres. Los expertos sugieren que las tasas más bajas informadas de depresión masculina se deben, en parte, a la renuencia de los hombres a expresar su preocupación por su salud mental y su reticencia a buscar servicios profesionales de atención de salud mental (Wang, 2008).

En oposición, los niveles de suicidio masculino son tres veces más altos que los de las mujeres (Kobau et al., 2010). Implicado en la discordante relación entre las bajas tasas de depresión diagnosticada y las altas tasas de suicidio de los hombres, está el estigma en torno a la enfermedad mental, que puede impedir la búsqueda de ayuda y/o el cumplimiento de tratamientos por parte de los hombres, así como limitar su auto divulgación sobre los síntomas depresivos y/o pensamientos suicidas.

Algunas investigaciones sugieren que los hombres con experiencia personal de depresión tienen mayor estigma internalizado que las mujeres (Cook & Wang, 2010); no encontraron diferencias de sexo en el estigma hacia los miembros de la familia con depresión; mientras que otros investigadores concluyeron que conocer personalmente a alguien con depresión se asoció con puntuaciones de estigma más bajas para las mujeres, pero no para los hombres (Reavley, 2011).

En un estudio realizado en EUA, de 5,251 personas adultas el 40% indicó que creía que las personas con enfermedades mentales eran “impredecibles” y el 23% creía que las personas con enfermedades mentales eran “peligrosas para los demás” (Rafful, 2012). Los encuestados varones obtuvieron puntuaciones ligeramente más altas por las creencias estereotipadas sobre la enfermedad mental y más actitudes negativas, con respecto a la recuperación, que las encuestadas (Rafful, 2012).

Por su parte, una investigación australiana, que investigó las actitudes del público (n=6019) hacia la enfermedad mental, informó que las actitudes estigmatizadas se atribuyeron en mayores niveles a los hombres que experimentaban una enfermedad mental en comparación con las mujeres. Específicamente, los hombres con depresión fueron percibidos como “mejor evitados” por el 40% de los encuestados, mientras que el 50%

indicaron que los hombres con pensamientos suicidas probablemente sean peligrosos (Rafful, 2012).

El trabajo sobre el estigma y la depresión de los hombres también ha puesto de relieve la reticencia de estos por buscar atención profesional de salud mental. De acuerdo con un estudio sobre hombres con depresión, los participantes dijeron que el sentirse juzgados es un impedimento importante para buscar atención profesional contra la depresión. Aunado a este hallazgo, la búsqueda de ayuda profesional por parte de los hombres fue percibida de forma favorable cuando creyeron haber agotado los sistemas de apoyo personal. Las representaciones sociales/culturales de la depresión masculina en los medios que no son representativas del hombre promedio también pueden aumentar el estigma (Lasalvia et al., 2013). A la inversa, los medios que presentan a los hombres como proactivos en el manejo de su depresión y abiertos a confiar en otros pueden ayudar a desestigmatizar la depresión de los hombres.

6. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo se manifiesta el estigma internalizado entre hombres y mujeres con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor?

7. JUSTIFICACIÓN

El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) es una enfermedad mental incapacitante, en la actualidad afecta a más de 300 millones de personas a lo largo del mundo, según cifras emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los síntomas afectan profundamente la calidad de vida de la persona que la sufre, además, se trata de un padecimiento altamente estigmatizado por la población en general, lo que conlleva a información inadecuada, tratamientos incorrectos y cronicidad.

Asimismo, las actitudes, conceptos erróneos, prejuicios y actos discriminatorios que se tienen de esta enfermedad pueden ser internalizados por las personas que lo padecen, estigmatizándolas. Por ello, a menudo estas presentan un bajo nivel de autoestima y una menor calidad de vida, encima de afectar la evolución del padecimiento, propiciando una baja adherencia a los tratamientos y una reducción significativa de sus redes sociales. Con base en diversos estudios, se identifica que el curso del TDM es distinto entre hombres y

mujeres, también la búsqueda de atención y apego a diversos tratamientos varía según el sexo.

Cuantiosas diferencias han sido abordadas desde los aspectos culturales relacionados con la depresión (Lasalvia, 2013) y la forma en la que la sociedad conceptualiza el trastorno, generando actitudes negativas o positivas hacia el mismo y su intervención (Reavley, 2011). Así, y dada la fuerte influencia de la percepción que se tiene sobre el padecimiento, el presente estudio pretende contribuir al conocimiento de la influencia del estigma internalizado en pacientes con depresión mayor, si este difiere entre hombres y mujeres y si se relaciona con la gravedad actual del cuadro depresivo. Este conocimiento permitirá en un futuro establecer nuevas estrategias que integren enfoques de sexo, más eficaces para la evaluación y reducción del estigma hacia la depresión mayor.

8. OBJETIVOS

8.1 Objetivo general

Comparar el estigma internalizado entre hombres y mujeres con el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor.

8.2 Objetivos específicos

- Comparar las características demográficas y clínicas entre hombres y mujeres con el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor.
- Determinar la asociación entre el estigma internalizado y la gravedad actual de los síntomas de depresión en hombres y mujeres con el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor.

9. HIPÓTESIS

9.1 Hipótesis General

Los pacientes hombres con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor tendrán mayor grado de estigma internalizado en contraste con las mujeres con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor.

9.2 Hipótesis específicas

H1. Los hombres con depresión serán en su mayoría solteros, con baja escolaridad, desempleados y mostrarán una mayor gravedad sintomática en comparación con las mujeres con depresión.

H2. Cuanto mayor sea el grado de estigma internalizado, mayor será la gravedad de los síntomas depresivos en hombres y mujeres con TDM.

10. MATERIAL Y MÉTODOS

10.1 Tipo de estudio

De acuerdo con los criterios establecidos por Feinstein, los ejes básicos para la arquitectura de una investigación están basados en ideas que tratan de definir su propósito, es decir, el tipo de agentes usados en el estudio, la distribución de dichos agentes, el número de estados temporales y los componentes de un grupo de datos.

El estudio se catalogó según la clasificación de Alvan Feinstein, con base en:

- Su propósito general: comparativo.
- El tipo de agente: observacional.
- La colocación de los agentes: descriptivo.
- La dirección temporal: transversal.
- Los componentes de los grupos: homodémico.
- La recolección de datos: prospectivo.

10.2 Población en estudio: selección y tamaño de la muestra

Pacientes con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor (TDM) de acuerdo con criterios diagnósticos de DSM 5 y confirmados mediante la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (*Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI*), que acudieron a atención psiquiátrica especializada en la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y que cumplieron con los siguientes criterios de selección:

- Hombres y mujeres.
- Edades comprendidas entre 18 y 60 años de edad.
- Quienes reunieron los parámetros diagnósticos para TDM, según el DSM-5 y la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (*Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI*).
- Que los pacientes aceptaran de manera voluntaria su participación en el estudio y firmaran el consentimiento informado.

Criterios de exclusión de pacientes:

- Cualquier trastorno del Eje I distinto al de depresión mayor o trastorno de ansiedad.
- Trastorno mental secundario al abuso de sustancias como diagnóstico primario o enfermedad médica que confundiera el diagnóstico de depresión.
- Dificultad para comunicarse y cooperar.

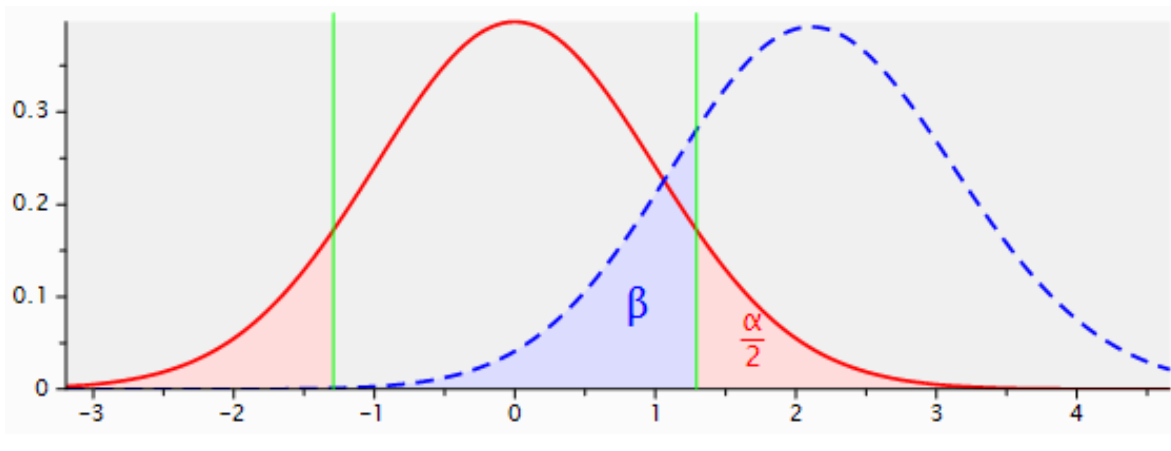
Criterios de eliminación de pacientes:

- Pacientes que retiraran su consentimiento para participar en el estudio.

A partir de un análisis de *potencia a priori*, asumiendo varianzas iguales con hipótesis de investigación de tipo bilateral para dos muestras independientes, y considerando una proporción 2:1 (mujeres: hombres), se obtuvo el siguiente cálculo de muestra mediante el programa G*Power 3.1.9.2:

- Análisis a dos colas
- Tamaño del efecto (d): 0.5

- Alfa de error probable: 0.20
- Poder estadístico ($1 - \beta$ prob err): 0.80
- Proporción $N2 / N1$: 2/1.
- Valor alfa: 0.05
- Muestra total: 82 pacientes, 55 mujeres y 27 hombres con depresión mayor.



10.3 Variables del estudio

<p>VARIABLES DEMOGRÁFICAS</p> <p>Edad</p> <p>Estado Civil</p> <p>Escolaridad</p> <p>Género</p> <p>Ocupación</p> <p>Religión</p>	<p>Dimensional (años)</p> <p>Categoría</p> <p>Dimensional (años)</p> <p>Categoría</p> <p>Categoría</p> <p>Categoría</p>	<p>Formato de datos clínico demográfico</p>
<p>VARIABLES CLÍNICAS</p> <p>Edad de inicio del padecimiento</p> <p>Edad al momento del diagnóstico psiquiátrico especializado</p> <p>Tiempo de evolución</p> <p>Número de hospitalizaciones psiquiátricas</p> <p>Tratamiento actual</p>	<p>Dimensional (años)</p> <p>Dimensional (años)</p> <p>Dimensional (semanas)</p> <p>Dimensional (número)</p> <p>Categoría</p>	<p>Formato de datos Clínico Demográfico</p>
<p>Gravedad del cuadro depresivo</p>	<p>Dimensional</p>	<p>Inventario de Depresión de Beck</p>

Estigma internalizado		Escala de Estigma de King
Discriminación	Dimensional	
Divulgación	Dimensional	
Aspectos positivos de la enfermedad mental.	Dimensional	

11. ESCALAS DE MEDICIÓN

11.1 Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI)

La Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) es breve y altamente estructurada con base en los principales trastornos del CIE-10, para ser empleado por psiquiatras y médicos no psiquiatras después de un corto tiempo de entrenamiento. Fue elaborada por Y. Lecrubier y colaboradores de la “Salpêtrière” en París, y D. Sheehan, de la Universidad de Florida en Tampa en 1992, 1994 y 1998. La MINI se diseñó para generar diagnósticos de la CIE-10, pero también del DSM-IV, como nos muestra la versión mexicana de enero del 2000, para la investigación y la práctica clínica. La MINI es una entrevista clínica disponible en 33 idiomas, estructurada en formato y algoritmos, modulada por categorías diagnósticas, con una duración de entre 15 y 20 minutos, así como es fiable y fácil de usar tras un breve curso de formación (Ferrando, 2000).

11.2 Formato de Datos Clínico-Demográficos

El Formato de Datos Clínico-Demográficos (FDCD) diseñado se compuso de dos áreas conformadas por múltiples reactivos, con la finalidad de obtener y concentrar las características sociodemográficas de cada paciente, las cuales fueron de importancia para dicho proyecto. Para obtener esta información se realizó un interrogatorio dirigido al participante y/o familiar, quien tuviera conocimiento de la condición del sujeto de estudio.

Sección de datos generales: Se incluyó ficha de identificación, género, edad, escolaridad, ocupación, estado civil y religión.

Sección diagnóstica: Incluyó diagnóstico, edad de inicio de padecimiento, edad al momento del diagnóstico emitido por facultativo, tiempo de evolución del padecimiento, número de hospitalizaciones psiquiátricas y tratamiento actual.

11.3 Inventario de Depresión de Beck

El Inventario de Depresión de Beck, la segunda edición, es una medida de depresión de 21 ítems, que se revisó para incluir los síntomas de depresión del DSM-IV, los cuales son equivalentes a los síntomas del DSM-5 y los diferentes síntomas cognitivos de la depresión.

Los individuos pueden clasificar sus respuestas a los ítems en una escala de 0-3 y las puntuaciones totales pueden variar de 0 a 63, con los siguientes valores de corte: 0 a 13, mínimamente deprimido; 14-19, ligeramente deprimido; 20-28, moderadamente deprimido; y 29-63, gravemente deprimido (Johann, 2014).

En México se llevaron a cabo tres estudios para la estandarización del Inventario de Depresión de Beck. El primero siguió los lineamientos internacionalmente establecidos para traducir y adaptar instrumentos de evaluación psicológica, con una confiabilidad por consistencia interna de alfa de Cronbach 0.87, $p < 0.001$. El segundo estudio evaluó la validez concurrente entre el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Zung en una muestra de 120 personas, con una correlación estadística entre ambas de $r = 0.70$, $p < .000$.

Por último, el tercer estudio evaluó de nueva cuenta la validez concurrente en una muestra de 546 personas, con una correlación estadística de $r = 0.65$, $p < .000$. Por lo que, se concluye que el Inventario de Depresión de Beck cumple con los requisitos psicométricos de confiabilidad y validez requeridos psicométricamente, con el propósito de evaluar los niveles de depresión en población mexicana (Jurado, 1998).

11.4 Escala de Estigma de King

La escala de Estigma King está compuesta por 28 reactivos que se evalúan con una proporción tipo Likert de cinco puntos, que va de “muy de acuerdo” a “muy en desacuerdo” (0 a 4), estopara integrar tres subescalas (discriminación, divulgación y aspectos positivos de la enfermedad mental).

La subescala de discriminación contiene reactivos que se refieren a las reacciones negativas de otras personas, incluye actos de discriminación realizados por personal de salud, empresarios y policías. La subescala de divulgación interroga acerca de la vergüenza o el temor a divulgar o manejar la información acerca de la enfermedad, a fin de evitar la discriminación. La última subescala, la de aspectos positivos, determina cómo la gente acepta su enfermedad y muestra la forma en que los sujetos se perciben menos afectados por el estigma. A mayor puntaje total, más alto es el nivel de estigma internalizado del paciente, pues se invierten las calificaciones de los reactivos que evalúan los aspectos positivos.

La Escala de Estigma de King (ISS, en inglés) cuenta con adecuada consistencia interna con puntajes Alpha de Cronbach de 0.87 para el total, 0.87 para la subescala de discriminación, 0.85 en la de divulgación y 0.64 en la de aspectos positivos. Además, el análisis factorial confirmó la estructura hipotetizada al arrojar tres factores: el primero (discriminación) explicó el 25.4% de la varianza en la puntuación, el segundo (divulgación) representó 10.08% y finalmente el tercero, de aspectos positivos, mostró el 7.24% (Flores, 2011).

12. PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO

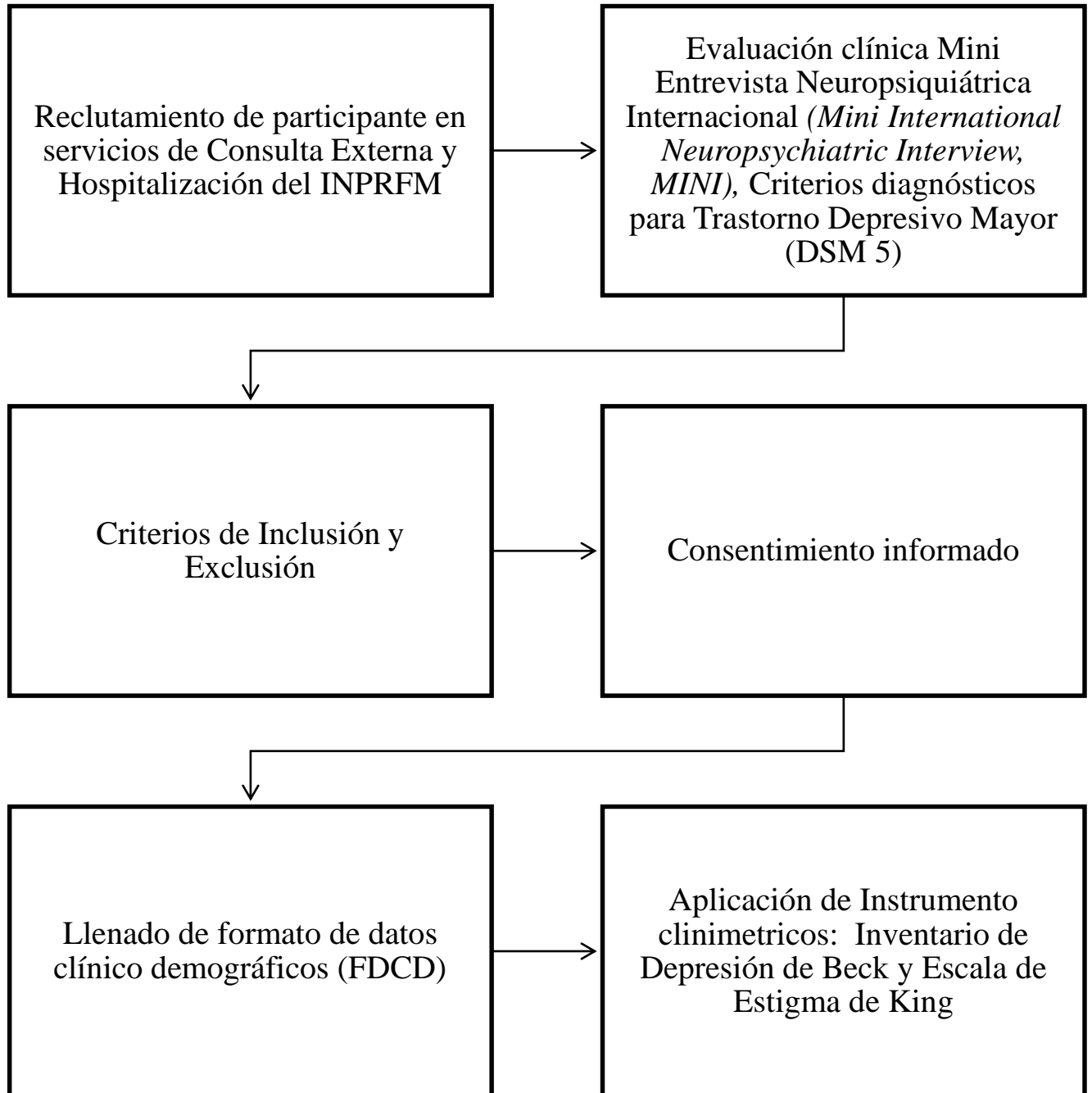
El reclutamiento de los participantes se realizó en el servicio de Consulta Externa y Hospitalización del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, donde se ofreció participar a toda persona que contaba con el diagnóstico de TDM según los criterios del DMS 5.

De manera inicial se les explicó a los participantes el objetivo principal del estudio, comentándoles que el propósito de la investigación era conocer cómo el grado de estigma internalizado varía en cuanto al género y como este tiene una relación con el curso del padecimiento.

Una vez que aceptaron participar en la investigación, se les otorgó una carta de consentimiento informado para dar mayor información sobre los objetivos y procedimientos del estudio. A aquellos que aceptaron participar y firmaron la carta de consentimiento, se les aplicó la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (*Mini International*

Neuropsychiatric Interview, MINI), el formato de datos demográficos, el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Estigma de King.

La evaluación se completó en aproximadamente 60 minutos y se realizó en una sola sesión.



13. PLAN DE ANÁLISIS

La descripción de las características demográficas y clínicas de la muestra se realizaron con frecuencias y porcentajes para variables categóricas, así como con medias y desviaciones estándar (D.E.) para las variables dimensionales. La *Chi* cuadrada y la *t* de Student de muestras independientes fueron empleadas como pruebas de contraste entre hombres y mujeres, la primera para el contraste de variables categóricas y la segunda, para el contraste de variables dimensionales. El Coeficiente de correlación de Pearson se utilizó para valorar la asociación lineal entre el estigma internalizado y la gravedad de los síntomas de depresión al momento del estudio. El nivel de significancia estadística se fijó en una $p \leq 0.05$. Todos los análisis se realizaron con el programa estadístico SPSS versión 21 para PC.

14. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio se adaptó a los principios científicos y éticos para la investigación en seres humanos, de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en su Materia de Investigación para la Salud (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2014), que a continuación se desglosa.

I, Artículo 17, Sección I. Investigación sin riesgo: son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. (DOF, 2014)

En relación a la confidencialidad, a cada uno de los expedientes de los pacientes que aceptaron participar mediante firma de consentimiento informado (Anexo 1), se les asignó un código numérico. Por lo que el nombre y datos generales estuvieron bajo el resguardo del investigador principal y no aparecieron en ninguno de los reportes que surgieron de la pesquisa. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación en seres humanos

del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, con Número de Registro:
CONBIOÉTICA-09-CEI-010-20170316.

15. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	R2 (1° Semestre)	R2 (2° Semestre)	R3 (1° Semestre)	R3 (2° Semestre)	R4 (1° Semestre)	R4 (2° Semestre)
Revisión de bibliografía	X	X	X	X	X	X
Realización de anteproyecto de tesis	X					
Autorización del proyecto por el comité de ética		X				
Recolección de datos y aplicación de escalas clinimétricas			X			
Resultados y análisis de la información				X		
Impresión y entrega de proyecto final					X	

16. RESULTADOS

16.1 Características demográficas

Se incluyeron un total de 82 pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM). De estos, el 67.1% (n=55) fueron mujeres y el 32.9% (n=27) restante hombres. La edad promedio de los pacientes incluidos fue de 32.3 años (D.E.= 12.0, rango 18-61 años), con una escolaridad promedio de 12.5 años (D.E.= 3.4, rango 6-22 años) equivalente al bachillerato completo.

Un elevado porcentaje de pacientes se encontraba sin pareja al momento del estudio (solteros= 67.1%, n=55 y divorciados= 7.3%, n=6) y el 25.6% (n=21) casado o en unión libre. Cerca de una tercera parte de los pacientes tenían un nivel socioeconómico bajo (72.0%, n=59), seguido por aquellos con un nivel socioeconómico medio (26.8%, n=22) y solo un paciente reportó tener un nivel socioeconómico alto (1.2%).

En cuanto a la principal ocupación, el 34.1% (n=28) tenían un empleo/actividad laboral remunerada, seguido por aquellos que eran estudiantes (31.7%, n=26), aquellos dedicados al hogar (17.1%, n=14) y desempleados/sin ninguna actividad (17.1%, n=14).

No se observaron diferencias entre hombres y mujeres en la mayoría de las características demográficas evaluadas. No obstante, se observó que los hombres incluidos en el estudio fueron más jóvenes y se observó una tendencia a un mayor número de mujeres sin pareja. La comparación de las principales características demográficas entre hombres y mujeres se reporta en la Tabla 1.

16.2 Características clínicas

La edad de inicio del TDM fue reportada a los 22.2 años (11.2, rango 5-55), mientras que la edad en la que se realizó el diagnóstico en un servicio especializado de psiquiatría fue a los 30.5 años (D.E.=11.7, rango 13-60), con un tiempo de evolución promedio de 118.2 meses (D.E.=138.0, rango 1-576 meses), casi 10 años de evolución.

Del total de los pacientes incluidos, únicamente el 11% (n=9) reportó haber sido hospitalizado a los 26.8 años (D.E.=9.7, rango 18-51), en una sola ocasión durante el curso de su padecimiento.

Tabla 1.*Características demográficas entre hombres y mujeres con TDM*

	Total n=82	Hombres n=27	Mujeres n=55	Estadística
	<i>n %</i>			
Estado civil				
Casado	21 25.6	10 37.0	11 20.0	$\chi^2=5.0, p=0.07$
Soltero	55 67.1	17 63.0	38 69.1	
Divorciado	6 7.3	--	6 10.9	
Nivel socioeconómico				
Bajo	59 72.0	19 70.4	40 72.7	$\chi^2=0.6, p=0.73$
Medio	22 26.8	8 29.6	14 25.5	
Alto	1 1.2	--	1 1.8	
Ocupación				
Desempleado	14 17.1	5 18.5	9 16.4	$\chi^2=5.1, p=0.16$
Hogar	14 17.1	1 3.7	13 23.6	
Estudiante	26 31.7	10 37.0	16 29.1	
Empleo remunerado	28 34.1	11 40.7	17 30.9	
	<i>Media D.E.</i>			
Edad	32.3 12.0	28.4 10.1	34.2 12.4	t=-2.0, p=0.04
Escolaridad	12.5 3.4	12.8 4.0	12.3 3.1	t=0.09, p=0.53

Todos los pacientes se encontraban bajo tratamiento antidepresivo al momento del estudio, particularmente con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (96.3%, n=79). El 76.8% (n=63) empleaban ansiolíticos (benzodiazepínico= 47.6%, n=39; no-benzodiazepínico= 29.3%, n=24); el 15.9%, (n= 13) tenían algún estabilizador del ánimo; y el 86.5% (n=71) tenía comorbilidad a la par de algún trastorno de ansiedad, principalmente el trastorno de ansiedad generalizada (Tabla 2).

Los hombres y mujeres incluidos en el estudio reportaron características clínicas similares, con excepción de la edad en la que se realizó el diagnóstico por un servicio especializado de atención en psiquiatría, donde las mujeres lo recibieron a edades más tempranas que los hombres (Tabla 2).

Tabla 2.

Características clínicas entre hombres y mujeres

	Total n=82	Hombres n=27	Mujeres n=55	Estadística
	<i>n %</i>			
Hospitalizaciones				
No	73 89.0	23 85.2	50 90.9	$\chi^2=0.6, p=0.43$
Sí	9 11.0	4 14.8	5 9.1	
Ansiolítico – Sí	63 76.8	19 70.4	44 80.0	$\chi^2=0.9, p=0.33$
Benzodiacepínico	39 61.9	13 68.4	26 59.1	$\chi^2=0.4, p=0.48$
No-benzodiacepínico	24 38.1	6 31.6	18 40.9	
Estabilizador del ánimo-Sí	13 15.9	4 14.8	9 16.4	$\chi^2=5.1, p=0.16$
Comorbilidad ansiedad				
Sin comorbilidad	11 13.4	4 14.8	7 12.7	$\chi^2=4.3, p=0.36$
Ansiedad generalizada	65 79.3	19 70.4	46 83.6	
Crisis de pánico	3 3.7	2 7.4	1 1.6	
Obsesivo-compulsivo	1 1.2	1 3.7	--	
Fobia social	2 2.4	1 3.7	1 1.8	
	<i>Media D.E.</i>			
Edad inicio (años)	22.2 11.2	20.4 10.7	23.1 11.5	$t=-1.0, p=0.30$
Edad diagnóstico (años)	30.5 11.7	26.8 10.2	32.3 12.1	$t=-2.0, p=0.04$
Evolución (meses)	118.2 138.0	96.7 109.5	128.8 149.8	$t=-0.9, p=0.32$
Edad hospitalización (años)	26.8 9.7	22.5 4.7	30.4 11.7	$t=-1.2, p=0.25$

16.3 Gravedad sintomática y estigma internalizado

De acuerdo con la escala de depresión de Beck, el puntaje promedio obtenido por la muestra fue de 29.9 (D.E.=11.2, rango 1-50), lo que ubica a los pacientes con una depresión grave definida por un puntaje igual o superior a 29. Las mujeres reportaron una mayor gravedad sintomática en contraste con los hombres, como se observa en la Tabla 3.

En cuanto al estigma internalizado, el puntaje promedio de la escala fue de 63.5 (D.E.= 17.7). Si se considera que el puntaje máximo de la escala es de 112 puntos, podemos ver cómo los pacientes reportan un estigma internalizado de moderado a importante. No se encontraron diferencias entre hombres y mujeres en la puntuación total de la Escala de Estigma internalizado ni en las subescalas de este instrumento (Tabla 3).

Tabla 3.

Gravedad sintomática y estigma internalizado entre hombres y mujeres

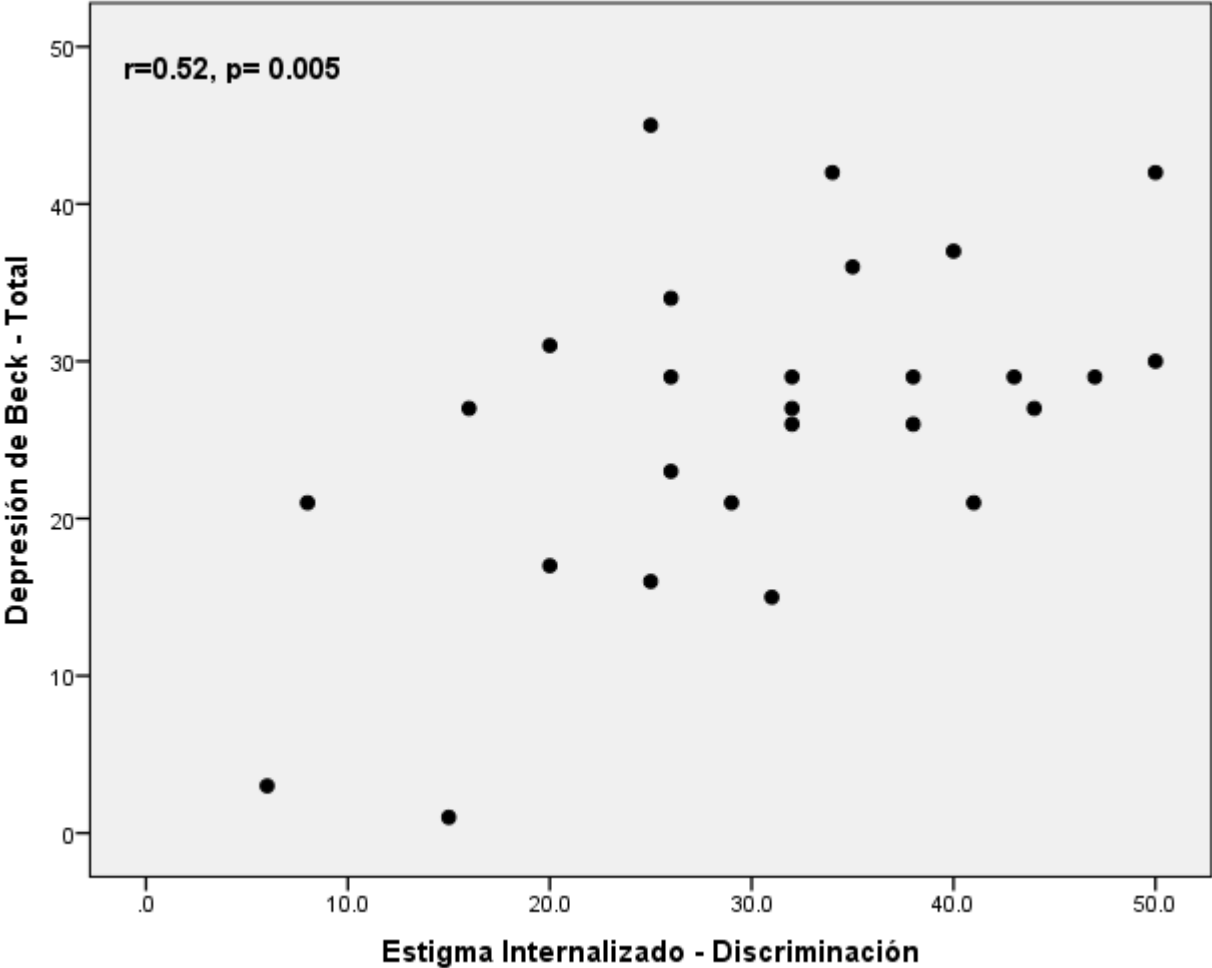
	Total n=82		Hombres n=27		Mujeres n=55		Estadística
			<i>Media D.E.</i>				
Depresión de Beck Total	29.9	11.2	26.4	10.3	31.7	11.2	t=-2.6, p=0.04
Estigma internalizado							
Discriminación	30.1	10.3	30.7	11.8	29.8	9.6	t=0.3, p=0.74
Divulgación	25.6	9.1	27.3	10.8	24.8	8.2	t=1.1, p=0.25
Aspectos positivos	7.7	3.2	7.7	3.1	7.7	3.2	t=-0.07, p=0.93
Total	63.5	17.7	65.7	19.0	62.4	17.1	t=0.7, p=0.44

Aun cuando no se identificaron diferencias entre grupos en cuanto a la gravedad del estigma internalizado, se encontraron asociaciones directas entre el puntaje total de este y las subdimensiones con la gravedad de la sintomatología depresiva.

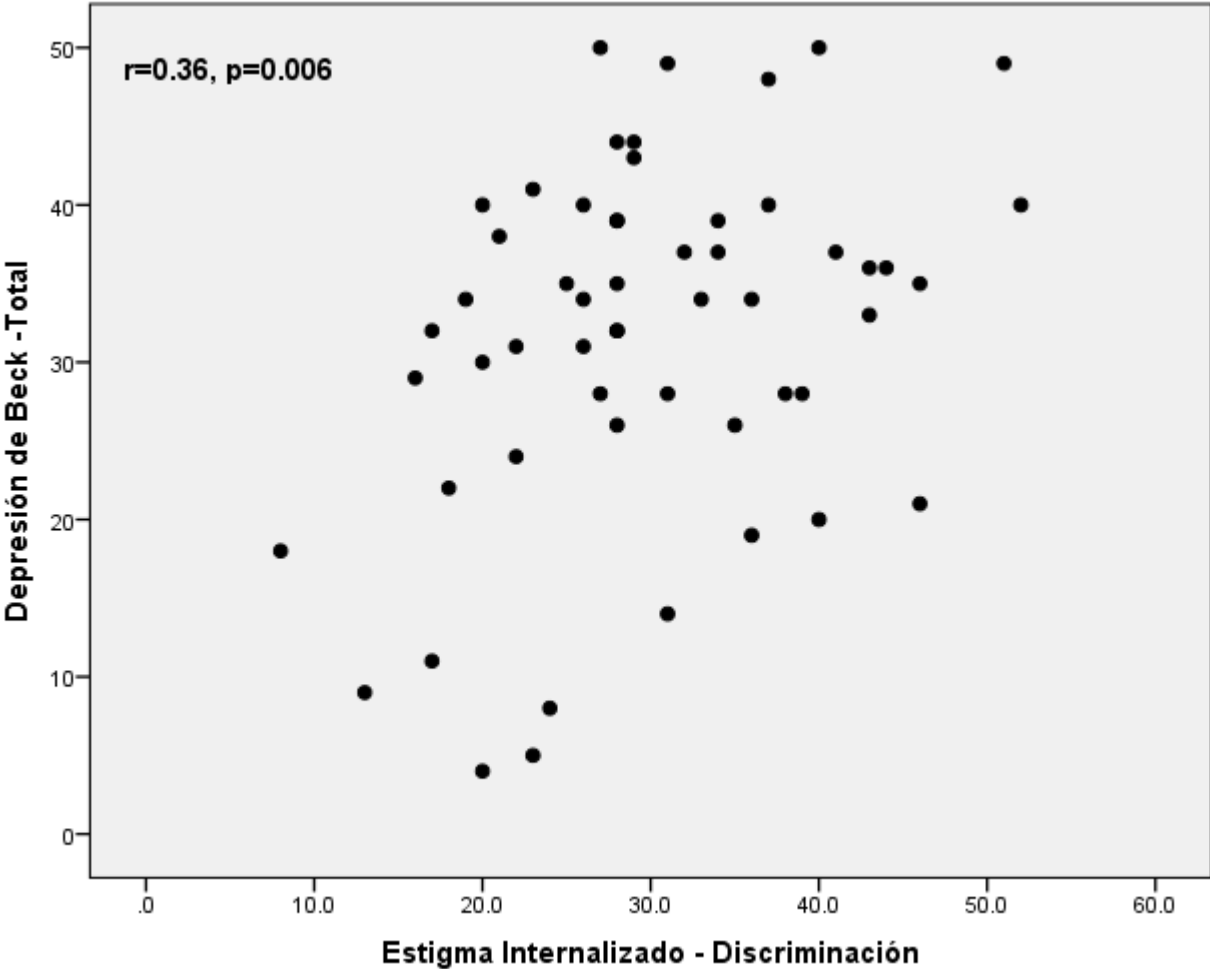
En el caso concreto de los hombres se observó una asociación entre la gravedad sintomática y la discriminación, indicativo de que a mayor gravedad sintomática mayor percepción de discriminación (Gráfica 1).

En el caso de las mujeres, se advirtieron correlaciones significativas entre la gravedad sintomática y las dimensiones del estigma internalizado: discriminación (Gráfica 2), divulgación (Gráfica 3), aspectos positivos (Gráfica 4) y el puntaje total de la Escala de Estigma Internalizado de King (Gráfica 5). Lo que muestra que en las mujeres es mayor el impacto de la depresión en comparación con la internalización del estigma.

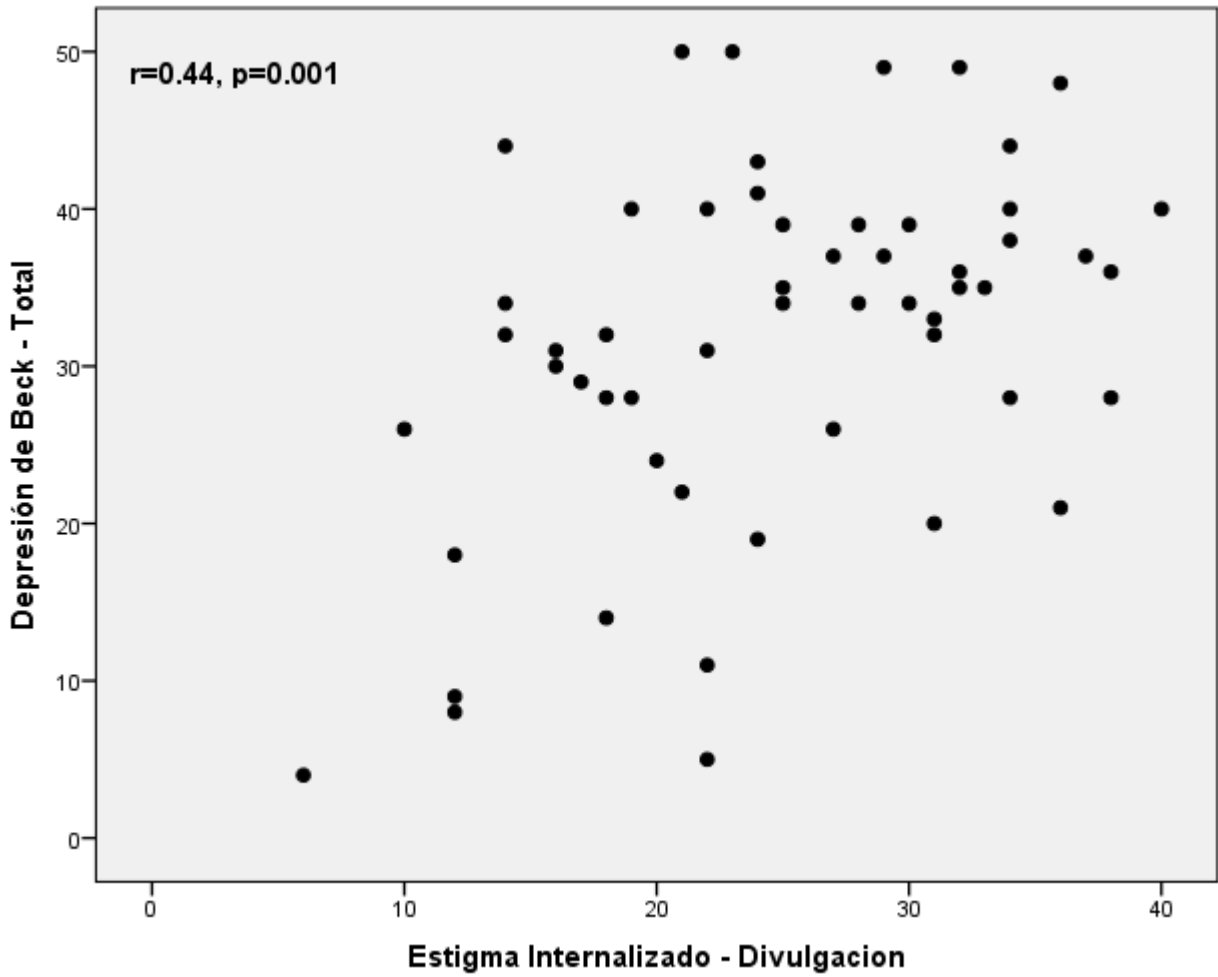
Gráfica 1. Asociación entre la gravedad de los síntomas de depresión y la subescala de Discriminación del estigma internalizado - Hombres



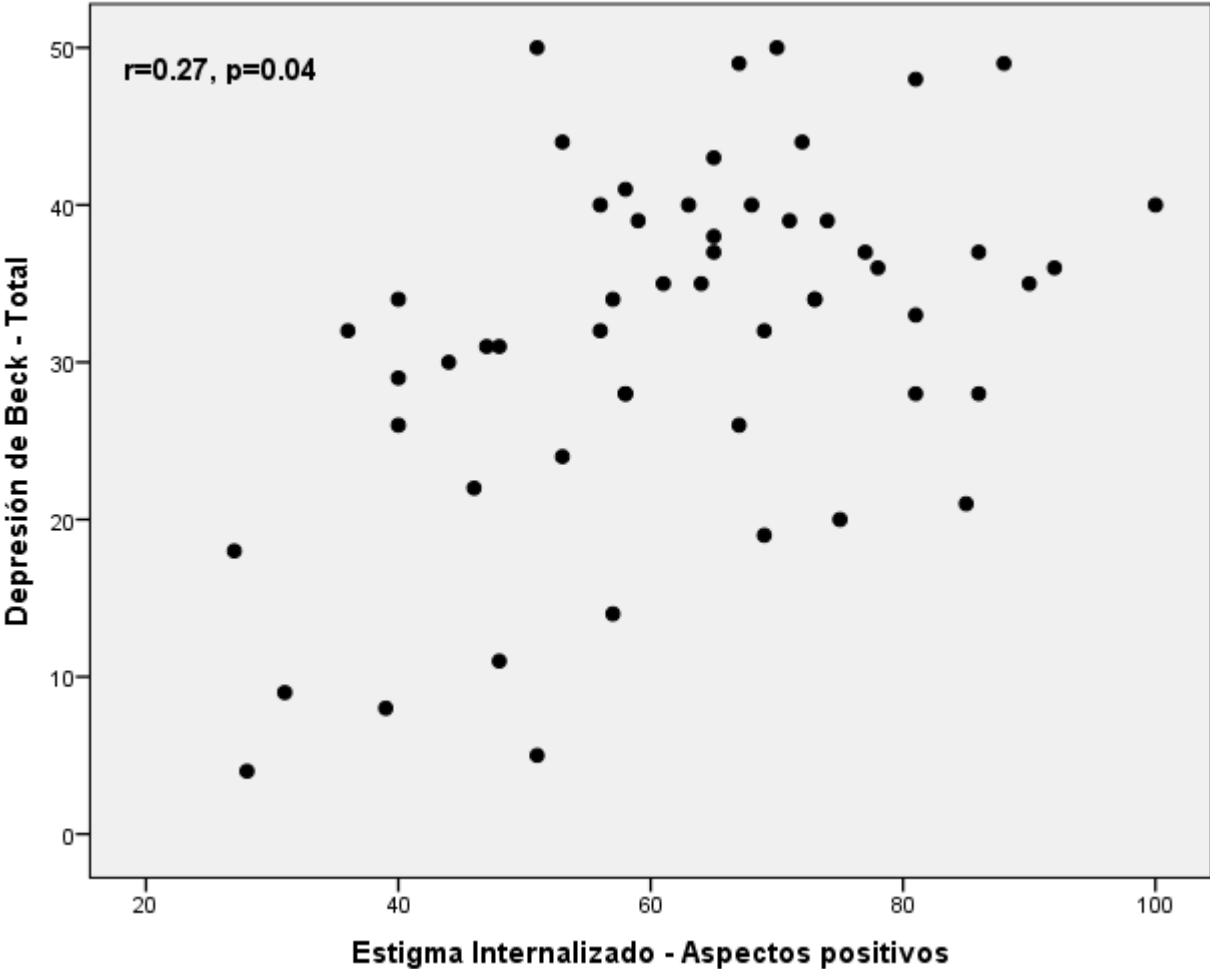
Gráfica 2. Asociación entre la gravedad de los síntomas de depresión y la subescala de Discriminación del estigma internalizado – Mujeres



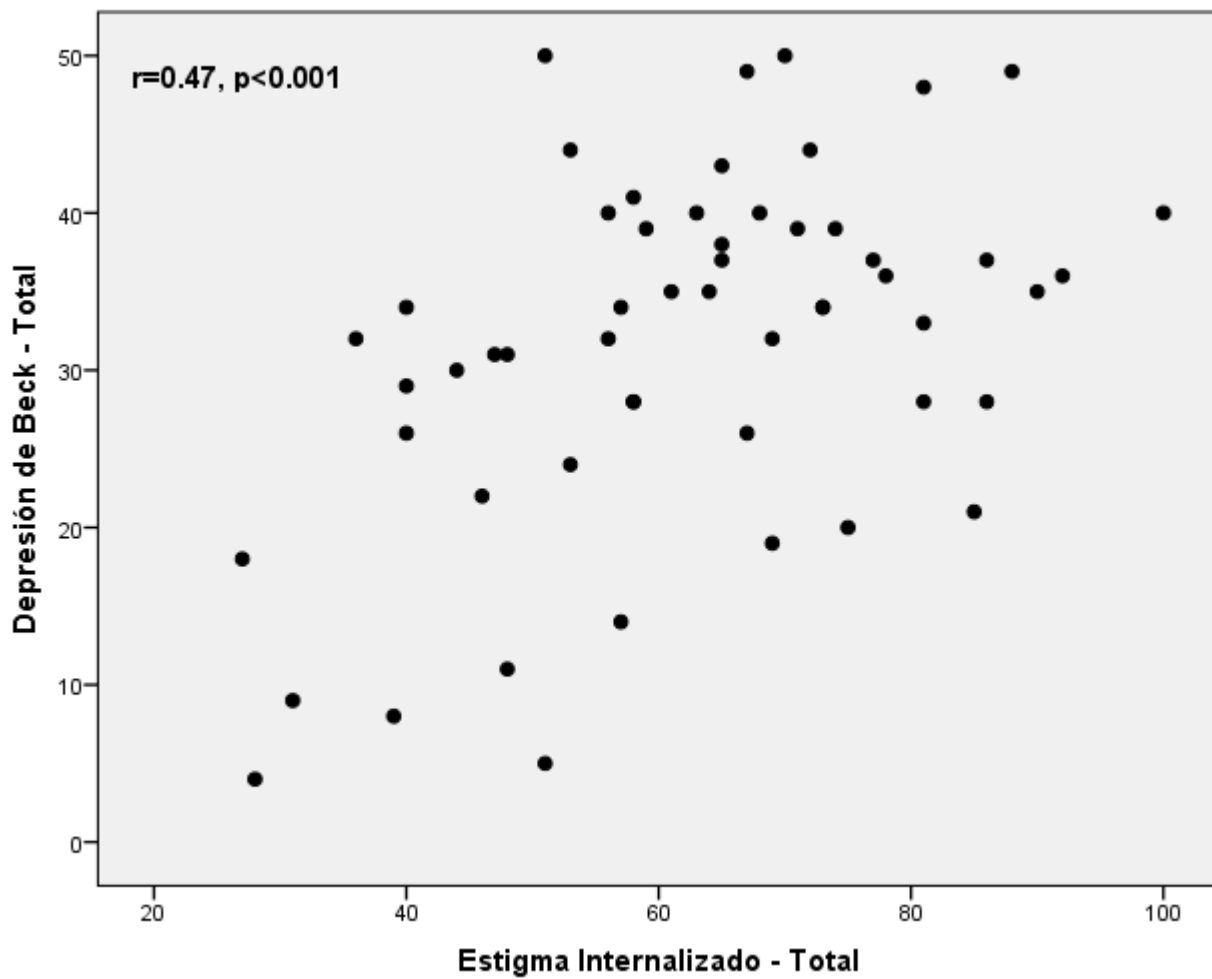
Gráfica 3. Asociación entre la gravedad de los síntomas de depresión y la subescala de Divulgación del estigma internalizado - Mujeres



Gráfica 4. Asociación entre la gravedad de los síntomas de depresión y la subescala de Aspectos Positivos del estigma internalizado - Mujeres



Gráfica 5. Asociación entre la gravedad de los síntomas de depresión y la puntuación total de la Escala de Estigma Internalizado - Mujeres



17. DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue comparar el estigma internalizado entre hombres y mujeres con el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor (TDM), así como contrastar las características demográficas y clínicas entre hombres y mujeres con TDM. De igual forma se buscó determinar la asociación entre el estigma internalizado y la gravedad actual de los síntomas de depresión en hombres y mujeres con el dictamen de TDM.

Consistente con los resultados de nuestra investigación, pareciera que se confirma que la depresión ocurre con mayor frecuencia entre las mujeres (10.4%) que entre los hombres (5.4%) (Rafful et al., 2012), como los plantean los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. Cabe señalar, como anticipadamente se indicó, que esta estadística puede deberse a que los hombres no suelen acudir a pedir ayuda profesional.

La edad promedio de los pacientes incluidos fue de 32.3 años, los cuales tenían como grado de estudios el bachillerato completo, en La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, llevada a cabo en 2002 entre población urbana de 18 a 65 años de edad, concluyó que conforme se incrementa el nivel de escolaridad, disminuye la prevalencia de depresión. Entre los individuos sin educación formal, la prevalencia reportada es de 8%, disminuyendo hasta 2.1% en aquellos con educación superior o mayor (Medina-Mora et al., 2003). En nuestro estudio la asociación entre escolaridad y depresión fue similar en hombres y mujeres.

En nuestra investigación un elevado porcentaje de pacientes se encontraba sin pareja al momento del estudio, de igual forma acorde a la literatura, el estado civil se ha encontrado como factor que se asocia con los trastornos depresivos, pues las personas separadas o que nunca se casaron tienen una mayor asociación con la depresión. El estado civil es significativo para la aparición de la depresión en hombres solteros, ya que presentan 1,203 veces más la probabilidad de tener depresión que los casados. En cambio, los hombres que se encuentran separados o divorciados disminuyen la probabilidad de sufrir depresión (0.79). No así para las mujeres separadas o divorciadas que incrementa su riesgo de estar deprimidas 1,003 veces (Caraveo & Saldívar, 1999).

Cerca de una tercera parte de los pacientes tenían un nivel socioeconómico bajo-medio. Los datos nacionales reportan que el TDM tiene una prevalencia mayor en personas

solteras y con un nivel socioeconómico medio (Stroud & Dávila, 2008), lo cual es acorde a lo encontrado en la población de estudio de nuestra investigación.

En nuestro estudio se observó que los hombres incluidos fueron más jóvenes y se observó una tendencia a un mayor número de mujeres sin pareja. Por lo que se evidencia que variables como la edad, la escolaridad, el estado civil, el nivel y la ocupación son factores estadísticamente asociados a la aparición de depresión en hombres y mujeres (Medina-Mora et al., 2005).

La edad de inicio del trastorno depresivo mayor fue reportada en la segunda década de la vida, mientras que la edad en la que se realizó el diagnóstico en un servicio especializado de psiquiatría fue 10 años después aproximadamente, en los cuales el cuadro afectivo ha tenido una evolución de 10 años. En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del año 2012, se estimó la prevalencia de síntomas depresivos clínicamente significativos, es decir, el conjunto de síntomas que podrían indicar un estado de depresión están presentes en el 16.5% de los adultos de 20 años o más (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2012). Sobresale el hecho de que el predominio de estos síntomas, en todos los grupos de edad, fue mayor en mujeres que en hombres, principalmente en los grupos de edad de 40 a 49 y de 50 a 59 años.

En nuestro estudio todos los pacientes se encontraban bajo tratamiento antidepresivo al momento del estudio, particularmente con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina. De acuerdo con la literatura, los antidepresivos ISRS son el tratamiento de elección para la depresión, los trastornos de angustia, de ansiedad generalizada y obsesivo-compulsivo (Schatzberg, 2007). El 86.5% (n=71) tenían comorbilidad con algún trastorno de ansiedad, principalmente el trastorno de ansiedad generalizada. Asimismo, es frecuente una alta comorbilidad entre la depresión y otras patologías mentales, como los trastornos de ansiedad y el consumo de sustancias (Rodríguez et al., 2007). La literatura internacional indica que alrededor de la mitad de la población adulta con trastorno depresivo mayor cumple con criterios diagnósticos para uno o más trastornos de ansiedad; esta relación ocurre entre 25 y 50% de los pacientes con depresión y entre 10 y 15% de los pacientes con ansiedad (Bittner et al., 2004).

Los estudios epidemiológicos realizados en México señalan que alrededor de 32% de la población diagnosticada con un trastorno de consumo de sustancias adictivas (alcohol o

drogas) presenta también un trastorno afectivo. Si se considera solamente a las personas con abuso o dependencia a sustancias ilícitas, la comorbilidad es mayor a 50% (Aguilar-Gaxiola & Gullota, 2008).

Los hombres y mujeres incluidos en el estudio reportaron características clínicas similares, con excepción de la edad en la que se realizó el diagnóstico por un servicio especializado de atención en psiquiatría, donde las mujeres lo recibieron a edades más tempranas que los hombres. Esto puede explicarse, ya que las mujeres tienen más probabilidades de informar los síntomas físicos y psicológicos y de buscar asistencia médica; igualmente, los médicos tienden a pensar más en el diagnóstico de depresión en las mujeres. Por otro lado, los varones acuden con menor frecuencia que las mujeres a buscar ayuda para problemas psiquiátricos, tanto en servicios especializados como en atención primaria (Espinosa et al., 2015).

De acuerdo con la escala de depresión de Beck, en nuestro estudio la mayoría de los pacientes se ubicaban con un cuadro depresivo grave, en el cual las mujeres reportaron una mayor gravedad sintomática en contraste con los hombres.

Sin embargo, con base en literatura al respecto, eso es cuestionable, debido a que algunos instrumentos destinados a la detección de la depresión como el Inventario de Depresión de Beck pueden incluir elementos con sesgo de género y, por lo tanto, dar puntuaciones demasiado altas de depresión en las mujeres, como lo son el llanto y la pérdida de interés en el sexo. Cabe señalar, en las mujeres estos elementos tienden a presentar puntuaciones más altas, específicamente los dos ítems del Inventario de Depresión de Beck están relacionados biológica, psicológica y culturalmente con el género femenino, de modo que dan resultados sesgados de género en la medición de la depresión.

Por otro lado, hay hombres que no reportan o minimizan las quejas somáticas y psíquicas a los especialistas en salud mental, por lo cual los resultados tienen un margen de error al determinar con mayor gravedad del TDM en mujeres, por el mayor número de síntomas que reportan durante las valoraciones.

Como se aludió previamente los procedimientos de medición también influyen en el diagnóstico de depresión en ambos géneros, puesto que no hacen diferenciación de los

síntomas por género. Las mujeres, además, reportan con más frecuencia trastornos del apetito y del sueño, cansancio y ansiedad, por lo tanto, la inclusión de estos síntomas como ítems en las escalas de evaluación y algoritmos diagnósticos puede influir en las tasas de depresión (Gaviria, 2009).

Asimismo, es importante mencionar que en esta investigación se aplicó el Inventario de Depresión de Beck, el cual se compone de los mismos dos factores propuestos por Beck para la depresión, un factor cognitivo y uno somático, más un factor adicional, denominado de depresión general, que está compuesto por los dos primeros. El primer factor integra 12 de los ítems, mientras que el segundo factor integra cinco de los ítems del Inventario de Depresión de Beck (Beck et al., 1988) especificando que no únicamente se miden síntomas físicos.

De igual forma las diferencias de género en el perfil de síntomas tienden a ser limitadas en el tipo y gravedad, y los patrones de respuesta género-específica sobre las escalas de evaluación para la depresión no parecen tener plenamente en cuenta las diferencias de género en niveles de depresión.

En cuanto al estigma internalizado, en nuestra muestra los pacientes reportaron un estigma internalizado de moderado a importante. No se encontraron diferencias entre hombres y mujeres en la puntuación total de la Escala de Estigma internalizado ni en las subescalas de este instrumento. La evidencia reciente sugiere que el estigma es una de las principales causas de preocupación para las personas con depresión (McNair et al., 2002).

No obstante, los estudios de los predictores del estigma de la depresión han producido resultados aparentemente contradictorios. Por ejemplo, algunos investigadores han informado de un mayor estigma entre las mujeres que entre los hombres (Chowdhury et al., 2000), mientras que otros han informado lo contrario o ninguna diferencia (Pyne et al., 2004), como es el caso de nuestros resultados.

En ese tenor, en nuestro estudio, en la subescala de discriminación, la cual contiene reactivos que se refieren a las reacciones negativas de otras personas, como actos de discriminación, los hombres y las mujeres no reportaron diferencias significativas.

De esta manera, en la subescala de divulgación donde se interroga acerca de la vergüenza o el temor a divulgar o manejar la información acerca de la enfermedad, los hombres y las mujeres nuevamente no presentaron diferencias significativas.

Finalmente, en la última subescala referente a aspectos positivos y que determina cómo la gente acepta su enfermedad, los hombres tuvieron un promedio de 7.7 al igual que las mujeres, por lo cual se concluye que tanto hombres como mujeres experimentan de manera similar los tres aspectos que se integran en el estigma internalizado.

Aun cuando no se observaron diferencias entre grupos en cuanto a la gravedad del estigma internalizado, se encontraron asociaciones directas entre las subdimensiones y puntaje total del estigma internalizado con la gravedad de la sintomatología depresiva. En el caso específico de los hombres se observó una asociación entre la gravedad sintomática y la discriminación, indicativo de que a mayor gravedad sintomática mayor percepción de discriminación.

En ese sentido, en trabajos anteriores que abordan las diferencias de género y la salud mental, varios estudios informan que los hombres tienden a actitudes más negativas hacia la depresión que las mujeres. Por ejemplo, encontraron que los hombres (47.2%) tenían más probabilidades que las mujeres (39.2%) de atribuir “debilidad de carácter” como un probable desencadenante de la depresión (Cook & Wang, 2010). Así, se puede identificar que los hombres presentan creencias estereotipadas sobre enfermedades mentales y una actitud más negativa hacia las mismas respecto a las mujeres (Kobau et al., 2010).

De igual modo, el estigma de los problemas de salud mental tiene fuertes raíces culturales y fuertes variaciones interculturales en su prevalencia. En relación a esto, la masculinidad, como se entiende en la mayoría de las sociedades occidentales, se manifiesta por la resistencia estoica del sufrimiento, la autosuficiencia y la falta de voluntad para buscar ayuda. Este rol de género, aprendido de forma temprana en la vida y que las propias experiencias van fortaleciendo, es difícil de cambiar, por lo que el papel efecto del rol de género en la resistencia a la búsqueda de ayuda está mediado, al menos en cierta medida, por el estigma internalizado o autoestigma, ya que las personas con enfermedades mentales se creen inferiores o “débiles” por necesitar de un tratamiento (Wang et al., 2007). El estigma

internalizado al momento de buscar ayuda es más pronunciado en los hombres que en las mujeres (Yen et al., 2005).

En el caso de las mujeres, se observaron correlaciones entre la gravedad sintomática y las dimensiones del estigma internalizado: discriminación, divulgación, aspectos positivos y el puntaje total de la Escala de Estigma Internalizado de King. De modo que en ellas es mayor el impacto de la depresión cuando se experimenta la internalización del estigma, lo cual concuerda con la literatura, donde se reporta que ambos géneros sufren la discriminación y el estigma; sin embargo, este último lo padecen más las mujeres a las que se les diagnosticó depresión, encontrando una diferencia significativa en la vivencia de discriminación y el retraimiento social (Khan et al. 2015). En consecuencia, el estigma y la discriminación afectan la calidad de vida, la autoestima y la sensación de bienestar.

Un punto importante a analizar es que, en la muestra de este estudio, la gravedad sintomática de depresión se asoció a todas las subescalas de estigma en el caso de las mujeres. No obstante, en los hombres, únicamente la discriminación se relacionó con la gravedad sintomática, esto según la literatura, puede deberse a las normas sociales en donde a los hombres que padecen depresión a menudo se les considera débiles, rotos y no lo suficientemente fuertes, lo cual conlleva un mayor grado de percepción de discriminación, asociado también a las normas de masculinidad. Cabe destacar, dichas normas son las reglas sociales y el comportamiento esperado vinculado a los hombres y la hombría; dentro de las cuales se imponen restricciones de conductas, por ejemplo, llorar o tener miedo, basadas en roles de género que amplifican las estructuras de poder existentes que favorecen el dominio de los hombres y también su sometimiento (Chatmon, 2020).

18. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Dentro de las limitaciones de presenta nuestro estudio se encuentran que se trata de un estudio transversal, lo que impide evaluar en el tiempo la forma en la que el estigma afecta a la depresión en hombres y mujeres de acuerdo con la evolución del padecimiento, ya que no es

posible determinar si las características analizadas fueron constantes o han variado dependiendo del contexto socio cultural del paciente.

En segundo lugar, se encuentra que la evaluación de los síntomas del Trastorno Depresivo Mayor, así como del estigma internalizado se realizó con instrumentos auto aplicables, en los cuales una posibilidad es que los participantes del estudio pueden presentar una tendencia a minimizar o sobrevalorar los síntomas que manifiestan, de igual forma para la vivencia del estigma, por lo cual los resultados conllevan un margen de error al determinar la gravedad del cuadro afectivo y la percepción del estigma, el cual puede verse influenciado directamente por alteraciones cognitivas propias del padecimiento y que deberá analizarse en futuras investigaciones.

De igual forma una de las limitaciones dentro de la medición es que dichos instrumentos no hacen diferencia de los síntomas por género (Gaviria, 2009). Otra de las limitaciones del estudio es que los pacientes tenían un tiempo de evolución del padecimiento psiquiátrico diferente, lo cual matiza la percepción de gravedad y estigma.

19. CONCLUSIONES

Con base en los resultados de esta investigación podemos determinar que no se observaron diferencias entre hombres y mujeres en la mayoría de las características demográficas evaluadas. En cuanto al tratamiento, todos los pacientes se encontraban bajo medicación antidepressiva al momento del estudio, particularmente con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina. Respecto a la gravedad sintomática, tanto hombres como mujeres presentan un cuadro depresivo moderado a grave, sin embargo, las mujeres reportaron una mayor gravedad sintomática en contraste con los hombres. Según la literatura, se debe a que algunos instrumentos destinados a la detección de la depresión como el Inventario de Depresión de Beck pueden incluir elementos con sesgo de género (Gaviria, 2009). No se encontraron diferencias entre hombres y mujeres en la puntuación total de la Escala de Estigma internalizado ni en las subescalas de este instrumento. En el caso específico de los hombres se identificó una asociación entre la gravedad sintomática y la discriminación, indicativo de que a mayor gravedad sintomática mayor percepción de discriminación.

El estigma internalizado cada vez más se reconoce como un factor asociado al retraso en recibir una atención médica oportuna, gravedad sintomática y búsqueda de tratamiento en el Trastorno Depresivo Mayor (TDM), esto puede verse influenciado por diferencias de género, ya que históricamente al hablar de género se hace referencia a las mujeres, por lo que los hombres y su salud mental quedaron fuera de múltiples investigaciones, por lo cual al reconocer al género como un factor sociocultural de relevancia para la salud mental amplia la posibilidad de un tratamiento y psicoeducación oportuna a cerca de los problemas de salud mental (Sen, 2007).

Todo lo anterior sugiere la necesidad de idear programas públicos de difusión de información acerca de los síntomas depresivos, así como para reducir el estigma percibido por dicha patología, dentro de las cuales (Corrigan et al., 2011) postulan que los "programas de empoderamiento personal" serían la mejor estrategia para disminuir el estigma internalizado, dichas intervenciones implican potenciar los recursos personales de cada persona con enfermedad mental, generando mayor autoestima y control de sus vidas, favoreciendo que los pacientes tengan un rol activo en su atención, generando una mayor motivación a la búsqueda de información, así como también una mejor adherencia al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico (Corrigan, 2010). Así como la creación de programas de participación comunitaria donde, se incluya el contacto con pacientes con el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor, personal de salud y familiares que ayuden a reducir el impacto de la discriminación sobre las personas con enfermedad mental en sus relaciones sociales, instituciones políticas, con la finalidad de reconocer sus derechos e implementar acciones legales para salvaguardar su integridad y medios de comunicación, que permitan difundir campañas de sensibilización de la importancia de la salud mental en hombres y mujeres.

Podemos concluir, poniendo de manifiesto la importancia de potenciar áreas de investigación que aborden los diferentes padecimientos psiquiátricos con una perspectiva de género.

20. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Aguilar-Gaxiola, S. & Gullotta, T. (Eds.). (2008). *Depression in Latinos. Assessment, treatment and prevention*. Springer.
2. Baca-García, E. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y de ansiedad. *Revista Salud Mental*,37(5), 374.
3. Beck, A., T., Steer, R., A.& Carbin, M., G. (1988). Psychometric properties of Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100. doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5
4. Bittner, A., Goodwin, R., Wittchen, H., Beesdo., Höfler, M., & Lieb, R. (2004). ¿What characteristics of primary anxiety disorders predict subsequent major depressive disorder? *Journal of Clinical Psychiatry* 65, 618-626.
5. Bromet EJ, Gluzman SF, Paniotto VI, Webb CP, Tintle NL, Zakhosha V, Havenaar JM, Gutkovich Z, Kostyuchenko S, Schwartz JE (2005). Epidemiology of psychiatric and alcohol disorders in Ukraine: findings from the Ukraine World Mental Health survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*,40(9), 681-690.
6. Bromet, EJ, Gluzman SF, Paniotto VI, Webb CP, Tintle NL, Zakhosha V, Havenaar JM, Gutkovich Z, Kostyuchenko S, Schwartz JE (2011). Epidemiología transnacional del episodio depresivo mayor DSM-IV. *BMC Medicine*, 9, 90.
7. Caraveo J., Colmenares, E. &Saldívar, G. (1999). Estudio clínico epidemiológico de los trastornos depresivos. *Revista Salud Mental*, 22(2), 7-17.
8. Chatmon, B., N. (2020). Males and Mental Health Stigma. *American Journal of Men's Health*, 14(4). doi:10.1177/1557988320949322
9. Chowdhury, A., Sanyal, D., Dutta, S. & Banerjee, S. (2000). Stigma and mental illness: Pilot study of laypersons and health care providers with the EMIC in rural West Bengal, India. *International Medical Journal*,7(4), 257-260.
10. Cook, T., M.& Wang, J. (2010). Descriptive epidemiology of stigma against depression in a general population sample in Alberta. *BMC Psychiatry*,10, 10-29. doi.org/10.1186/1471-244X-10-29

11. Cook, T. & Wang, J. (2010). Descriptive epidemiology of stigma against depression in a general population sample in Alberta. *BMC Psychiatry*, 10(29). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-29>
12. Corrigan PW, Roe D, Tsang HW. Challenging the stigma of mental illness: lessons for therapists and advocates. *New York: Wiley-Blackwell*; 2011.
13. Corrigan PW, Shapiro JR. Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical Psychology Review* 2010;30(8):907-922.
14. Espinosa M., Orozco, A. & Ybarra, J. (2015). Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el primer nivel. *Revista Salud Mental*, 38(3), 201-208. doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.028
15. Ferrando, L. (2000). *Mini International Neuropsychiatric Interview Versión Español*.
16. Flores, S. (2011). Estudio de traducción al español y validación psicométrica de una escala para medir el estigma internalizado en pacientes con trastornos mentales graves. *Revista Salud Mental*, 34(4), 333-339.
17. Gaviria, S., L. (2009). Why do Women Get More Depressed than Men? *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 38. 316- 324.
18. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 2015:743–800
19. Gray, A. J. (2002). Stigma in psychiatry. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 95(2), 72-76.
20. Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
21. Johann, M. (2014). Validity of a version in Spanish of the Beck Depression Inventory in medical in-patients. *Revista de Neuropsiquiatría*, 77(2), 95-101.

22. Jurado, M. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Revista Salud Mental*, 21(3), 26-30.
23. Khan, N., Kausar, R., Khalid, A., & Farooq, A. (2015). Gender differences among discrimination & stigma experienced by depressive patients in Pakistan. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 31(6), 1432–1436.
24. Kingdon D., Sharma, T. & Hart, D. (2004). What attitudes do psychiatrists hold towards people with mental illness? *Psychiatric Bulletin*, 28, 401-406.
25. Kobau, R., Diiorio, C., Chapman, D.&Delvecchio, P. (2010). Attitudes about mental illness and its treatment: Validation of a generic scale for public health surveillance of mental illness associated stigma. *Community Mental Health Journal*, 46(2), 164–176. doi: 10.1007/s10597-009-9191-x.
26. Kobau, R., DiIorio, C., Delvecchio, P., (2010). Mental Illness Stigma Panel Members Attitudes about mental illness and its treatment: Validation of a generic scale for public health surveillance of mental illness associated stigma. *Community Mental Health Journal*, 46(2), 164–176.
27. Kumar, D. (2012). Knowledge and attitude towards mental illness of key informants and general population: a comparative study. *Dysphrenia*, 3(1), 57-64.
28. Landrefi, M., Zoppei, S., Bonetto, C., van Bortel, T., Thornicroft, G., Knifton, L., Quinn, N., Rossi, G., Lasalvia, A. & Study Group A. (2015). Self-stigma as a mediator between social capital and empowerment among people with major depressive disorder in Europe: The ASPEN study. *European Psychiatry*, 30(1), 58-64.
29. Lasalvia, A., Zoppei, S., van Bortel, T. & Bonetto, C. (2013). Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. *The Lancet*, 381(9860), 55-62.
30. Ley General de Salud. (2014). *Diario Oficial de la Federación, Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud*, Título segundo, artículo 13-27.

31. McNair, B., Hight, N., Hickie, I. & Davenport, T. (2002). Exploring the perspectives of people whose lives have been affected by depression. *The Medical Journal of Australia.*, 176(Suppl), S69-76. doi: 10.5694/j.1326-5377. 2002.tb04507. x.
32. Medina–Mora, M., Borges, G., Lara, Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E. & Zambrano, J. (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12–month DSM–IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 35(12), 1773-83. doi: 10.1017/S0033291705005672.
33. Medina-Mora, M., E., Borges G., Lara, M., C., Benjet, C., Blanco, J., Feliz, B., C., Villatoro, V., J., Rojas, G.E., Zambrano, R., J., Casanova, R. & Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Revista Salud Mental*. 26(4), 1-16.
34. Medina-Mora, M., E., Borges, G., Lara, M., C., Benjet, C., Blanco, J., Feliz, B., Villatoro, V., Rojas, G., Zambrano, R., Casanova, R. & Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Revista Salud Mental*, 26(4):1-16.
35. Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M. & Guillén, Ana. (2009). Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. *Editorial Complutense*.
36. Oliffe, L., M., P. & Phillips, M. (2008). Men, depression and masculinities: A review and recommendations. *Journal of Men's Health*, 5(3), 194-202. doi.org/10.1016/j.jomh.2008.03.016
37. Paredes, M., Jiménez, G. & Vázquez, F. (2012). Medición del estigma internalizado y su relación con la adaptación social en pacientes psiquiátricos. *Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 2, 88.
38. Pyne, J., Kuc, J., Schroeder, P., Fortney, J., Edlund, M. & Sullivan, G. (2004). Relationship between perceived stigma and depression severity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(4), 278-283. doi: 10.1097/01.nmd.0000120886.39886.a3

39. Rafful, C. (2012). Depression, gender, and the treatment gap in Mexico. *Journal of Affective Disorders*, 138(1–2), 165-169.
40. Rafful, C., Medina-Mora, M., Borges, G., Benjet, C. & Orozco, R. (2012). Depression, gender and the treatment gap in Mexico. *Journal of Affective Disorders*, 138(1-2), 165-9. doi: 10.1016/j.jad.2011.12.040.
41. Reavley, N., J. (2011). Stigmatizing attitudes towards people with mental disorders: Findings from an Australian National Survey of Mental Health Literacy and Stigma. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(12), 86-93.
42. Rodríguez, J., Kohn, R. & Aguilar-Gaxiola, S. (2009). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. *Organización Panamericana de la Salud*.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/740/9789275316320.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
43. Rüsh, N. (2006). El estigma de la enfermedad mental: Conceptos, consecuencias e iniciativas para reducirlo. *European Psychiatry*, 13, 165-176.
44. Sadock B.J. & Sadock S.V. (2015). *Sinopsis de Psiquiatría*. (11ª ed.). Editorial Wolters Kluwer.
45. Schatzberg, A., Cole, J. & DeBattista, C. (2007). Manual of clinical psychopharmacology. *American Psychiatric Publishing*.
46. Seedat, S., Scott, KM., Angermeyer, MC., Berglund, P., Bromet, EJ., Brugha, TS., Demyttenaere, K., de Girolamo, G., Haro, JM., Jin, R., Karam, EG., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., Medina Mora, ME., Ono, Y., Ormel J, Pennell BE, Posada-Villa J, Sampson NA, Williams D, Kessler RC. Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Annals of General Psychiatry*, 2009:785-795
47. Sen G, Östlin P. Unequal, unfair, ineffective and inefficient. Gender inequity in health: why it exists and how we can change it. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health. Geneva: *World Health Organization*, 2007.

48. Stroud, C., B., Davila, J. (2008). La relación entre el estrés y la depresión en las primeras apariciones versus las recurrencias: una revisión metaanalítica. *Journal of Abnormal Psychology, 117*(1), 206–213.
49. Struening, E., Perlick, D., Link, B., Hellman, F., Herman, D. & Sirey, J. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The extent to which caregivers believe most people devalue consumers and their families. *Psychiatric Services, 52*, 1633-1638. doi: 10.1176/appi.ps.52.12.1633.
50. Tantawy, A. (2010). Depressive disorders among caregivers of schizophrenic patients in relation to burden of care and perceived stigma. *Current Psychiatry Reports, 17*(3), 15-25.
51. Vicente, B., Kohn, R., Saldivia, S., Rioseco, P. & Torres, S. (2005). Patrones de uso de servicios entre adultos con problemas de salud mental en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública, 18*(4/5), 263-270.
52. Wang, J. (2008). The relationship between mental health literacy, personal contacts and personal stigma against depression. *Journal of Affective Disorders, 110*, 1-2.
53. Wang, J. (2008). The relationship between mental health literacy, personal contacts and personal stigma against depression. *Journal of Affective Disorders, 110*(12), 19.
54. Wang, J., Fick, G., Adair, C. & Lai, D. (2007). Gender specific correlates of stigma toward depression in a Canadian general population sample. *Journal of Affective Disorders, 103*(1-3), 91–97. doi.org/10.1016/j.jad.2007.01.010
55. Wang, P., Angermeyer, M., Borges, G., Bruffaerts, R., Tai, W., De Girolamo, G., Fayyad, J., Gureje, O., Maria, J., Yueqin, H., C. Kessler, R., Kovess, V., Levinson, D., Nakane, Y., A. Oakley, M., H., Ormel, J., Posada-Villa, J., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., ...Bedirhan, T. (2007). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry, 6*(3), 177-85.
56. Yen, C., Chen, C., Lee, Y., Tang, T., Yen, J. & Ko, C. (2005). Self-stigma and its correlates among outpatients with depressive disorders. *Psychiatric Services, 56*(5), 599–60. doi: 10.1176/appi.ps.56.5.599.

21. BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. (2014). *Diagnóstico and Statitical Manual of mental disorders*. (5a ed.). APA.
2. Berrios, G. (2008). *Historia de los Síntomas de los Trastornos Mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. (1ª ed.). Fondo de Cultura Económica.
3. Feinstein, A., R. (1985). *Clinical epidemiology: The Architecture of Clinical Research*. WB Sanders.
4. Chávez-León, E., Madrigal de León, E. & Ontiveros, M. (2013). *La psicopatología y su tratamiento por el especialista* (1ª ed.). *Asociación Psiquiátrica Mexicana*.

22. ANEXOS

22.1 Carta de consentimiento informado para participantes

Código: _____

Se le invita a participar en un estudio de investigación que realiza el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. Esto requiere de su consentimiento voluntario. Lea con cuidado la siguiente información, todas sus preguntas serán contestadas, no dude en preguntar.

Objetivo del estudio:

El objetivo es comparar el estigma internalizado entre hombre y mujeres con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor y la asociación que tenga con la severidad del cuadro, apego a tratamiento y vivencia del padecimiento. Se llevará a cabo por medio de la aplicación de 4 cuestionarios; uno de ellos será una entrevista estructurada, el segundo un cuestionario de datos demográficos para valorar las dimensiones del padecimiento, uno para valorar el estigma y otra para evaluar la gravedad sintomática. Si acepta participar, se le aplicarán los cuestionarios con el propósito de estudiar dichas características.

Plan del programa:

Si usted acepta participar en este estudio, será entrevistado por un médico psiquiatra, el cual le realizará una serie de preguntas relacionadas con su enfermedad; para evaluar la gravedad y actividad de los síntomas que pueda presentar, y si los desea contestará una escala auto aplicable para evaluar las dimensiones del cuadro depresivo. El estudio consiste básicamente en una serie de preguntas para evaluar características del cuadro depresivo y la relación con el estigma internalizado.

Consignas a seguir:

- a) Se pedirá la cooperación de usted como paciente.
- b) Las entrevistas serán sin costo económico alguno y tendrán una duración de 60 minutos en una sola entrevista o si lo prefiere dividida en dos entrevistas.

- c) En caso de cambiar de opinión o decidir, por cualquier motivo, no colaborar en el estudio, puede retirarse de él en cualquier momento en que nos lo informe.

Ventajas:

1. Las valoraciones que se realizarán a lo largo del estudio permitirán conocer cómo el estigma internalizado influye en la evolución del cuadro depresivo y así poder intervenir para lograr un mejor tratamiento.
2. No existe beneficio directo del estudio, pero de manera indirecta, usted ayudará a la comunidad de pacientes al contribuir a mejorar el abordaje terapéutico que brindamos. Si lo desea podrá recibir una retroalimentación verbal de los resultados de dichas escalas, explicándolas con toda claridad.
3. Confidencialidad: Los datos obtenidos durante el estudio son completamente confidenciales. No se utilizará el nombre de ninguno de los pacientes, ni de los sujetos, sino que se les asignará un código numérico para su identificación. Su nombre no aparecerá en ningún reporte o publicación.
4. Si requiere información adicional o cualquier duda al respecto del estudio, puede comunicarse con el Dr. Amaury Jesús Angel Cuellar en el consultorio 8 del piso 4 de la torre de consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, ubicado en la calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la delegación Tlalpan. Al teléfono 4160 5339 de las 08:00 a las 17:00 horas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído la carta de consentimiento informado y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Puedo hacer cualquier pregunta en cualquier momento de la investigación.

ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO

Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi relación con la institución. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además, recibí una copia de la carta de consentimiento.

1. Si tengo dudas o requiero información adicional respecto al estudio, puedo comunicarme con el Dr. Amaury Jesús Angel Cuellar en el consultorio 8 del piso 4 de la torre de consulta externa en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, ubicado en la calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la delegación Tlalpan. Al teléfono 4160 5339 de las 08:00 a las 17:00 horas.

Nombre del Participante	Firma	Fecha
-------------------------	-------	-------

Nombre Testigo 1	Firma	Fecha
------------------	-------	-------

<i>Nombre del Testigo 2</i>	<i>Firma</i>	<i>Fecha</i>
-----------------------------	--------------	--------------

Nombre del Investigador	Firma
-------------------------	-------

22.2 Formato de datos clínico demográficos (FDCD)

Datos sociodemográficos

Folio: _____

Nombre (sujeto índice): _____

Edad al momento del estudio: _____ Sexo: Masculino (1) Femenino (2)

Estado Civil: (1) Casado / Unión Libre (3) Viudo
(2) Soltero (4) Divorciado / Separado

Escolaridad (en años): (____) Nivel Socioeconómico (Trabajo social): (1) (2) (3) (4) (5) (6)

Ocupación: (1) Desempleado (3) Estudiante
(2) Hogar (4) Empleado /actividad remunerada

Datos Clínicos

Edad de inicio del padecimiento: (____) años

Edad al momento del diagnóstico psiquiátrico: (____) años

Tiempo de evolución: (____) meses

Hospitalizaciones psiquiátricas: No (0) Si (1) Número de hospitalizaciones (____)

Edad 1ª hospitalización:(____) años

Tratamiento actual:

Antidepresivo No (0) Si (1) Tipo: ISRS (1) IRSN (2) IMAO (3) Tricíclicos (4)

Ansiolítico No (0) Si (1) Tipo: Benzodiazepínico (1) No-benzodiazepínico (2)

Estabilizador No (0) Si (1)

Comorbilidad: Sin comorbilidad (0)

Trastorno de ansiedad generalizada (1)

Crisis de pánico (2)

Trastorno Obsesivo-compulsivo (3)

Fobia Específica (4)

Fobia Social (5)

Otro Cual:_____

22.3 Dictamen de Aprobación del CEI



Fecha y Número de Aprobación:
Ciudad de México a 2 de septiembre de 2019.
CEI/C/046/2019

Dr. Amaury Jesús Ángel Cuellar
Investigador Principal
Presente

Por este medio, me permito informarle que el proyecto titulado: "Estigma internalizado entre hombres y mujeres con diagnóstico de trastorno depresivo mayor", el cual se llevará a cabo en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, en calzada México-Xochimilco No. 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Alcaldía de Tlalpan de la Ciudad de México, ha sido **APROBADO** por el Comité, ya que se considera que cumple con los requisitos éticos y metodológicos establecidos.

Documentos Revisados y Aprobados: Originales del Formato del Comité de Ética en Investigación en seres humanos.
Número de Registro CONBIOÉTICA-09-CEI-010-20170316

Atentamente,



Dra. Liliana Mondragón Barrios
Presidente del Comité de Ética en Investigación

ANEXOS

La presente aprobación no exime de la dictaminación del proyecto del Comité de Investigación.
C.p. Dra. Mónica Flores Ramos, Dirección de Enseñanza y Presidente del Comité de Tesis.-Presente.
Dr. Jorge J. González Olvera, Secretario Técnico del Comité de Investigación.-Presente
C.P. Alejandra Tafolla Valdovinos, Responsable de la Unidad Contable de Recursos de Terceros.-Presente.

22.4 Curso NIDA Clinical Trials Network (Certificate of Completion)

