



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

***Comparación del estigma internalizado en pacientes
con depresión unipolar y depresión bipolar, y su
relación con la calidad de vida.***

Proyecto para la obtención de la especialidad en Psiquiatría
presenta:

Margus Carolina Salinas Villalobos

Tutora metodológica:

Dra. Mónica Flores Ramos

Tutora teórica:

Dra. Claudia Becerra Palars

Ciudad de México, 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Tabla de contenido

AGRADECIMIENTO	4
MARCO TEÓRICO.....	5
1.1.1 CALIDAD DE VIDA	8
1.1.2 CALIDAD DE VIDA Y SALUD.....	10
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	11
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	14
MATERIAL Y MÉTODOS	15
2.1 DISEÑO DEL ESTUDIO	15
2.2 SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	15
2.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN	15
2.3.1 Criterios de inclusión:.....	15
2.3.2 Criterios de exclusión	15
2.3.3 Criterios de eliminación	15
2.4 TAMAÑO DE LA MUESTRA	15
2.5 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES.....	16
2.6 MEDICIÓN DE LAS PRINCIPALES VARIABLES DEL ESTUDIO	18
2.7 DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	18
Formato de datos demográficos	18
Escala de estigma internalizado de King	18
World Health Organization Quality of Life version breve (WHOQOL-BREF).....	19
World Health Organization Quality of Life in Bipolar Disorder (WHOQOL-BD)	19
M.I.N.I. Entrevista neuropsiquiátrica internacional.....	19
Escala de Hamilton de depresión.....	20
2.8 PROCEDIMIENTO.....	20
2.9 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	22
2.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	22
2.11 CRONOGRAMA.....	23
RESULTADOS	23
3.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	23
3.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	24
3.3 GRAVEDAD SINTOMÁTICA, CALIDAD DE VIDA Y ESTIGMA INTERNALIZADO.....	26

3.4 CORRELACIÓN ENTRE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	28
DISCUSIÓN.....	28
CONCLUSIONES	32
6. BIBLIOGRAFÍA.....	33
ANEXOS	41

AGRADECIMIENTO

A mis padres, quienes siempre están conmigo.

MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES

La depresión representa un problema de salud pública debido a su alta prevalencia. Los reportes de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, misma que fue realizada en la población urbana de los 18 a los 65 años de edad, revelando que, 9.2% de la población ha tenido un trastorno depresivo en la vida, mientras que la tasa anual de prevalencia de esta población fue de 4.8% (Medina-Mora et al., 2005); y según Kessler, una de cada cinco personas llegará a cursar algún trastorno antes de cumplir 75 años (Kessler et al., 2007). En México al igual que la epidemiología mundial, las cohortes más jóvenes padecen tasas mayores, puesto que, al menos la mitad de los casos de trastornos mentales ocurren antes de que las personas cumplan 21 años, en relación con el sexo se identificó, que las tasas en mujeres son dos veces mayores que las de los hombres, por otro lado, las personas divorciadas y viudas tuvieron una mayor asociación, así como un bajo nivel educativo (Medina-Mora et al., 2005). La etiología de la depresión es compleja ya que en ella intervienen factores psicosociales, genéticos y biológicos. Una multitud de estudios en diversos países informa acerca de la presencia conjunta de trastornos depresivos y otros problemas de salud, tanto físicos como emocionales. En el 2012 la Organización Mundial de la Salud ha denominado que la depresión es la cuarta causa de discapacidad a nivel mundial y prevé que para el 2020 ocupara el segundo lugar siendo superada únicamente por las enfermedades isquémicas al corazón.

El término “bipolar”, fue introducido por Leonhard en el año 1956, y fue posteriormente utilizado por Angst, Perris y Winkour para diferenciar los trastornos afectivos “bipolares” de los “monopolares” (Angst & Marneros, 2001). El Trastorno Bipolar se encuentra caracterizado por episodios recurrentes de depresión y elevación del ánimo (manía e hipomanía). El espectro del Trastorno Bipolar incluye el Trastorno Bipolar Tipo I (requiriendo que en la historia de vida del paciente se presente un episodio de manía), Trastorno Bipolar Tipo II (el cual incluye la presencia de episodios depresivos mayores y episodios de hipomanía sin la presencia de manía), y el Trastorno Bipolar No Especificado. Según la OMS, en octubre del 2015, el 3% de la población mundial (350 millones de personas en el mundo aproximadamente) tiene enfermedad bipolar, presentándose en todas las culturas y razas. A pesar de que podría parecer que este trastorno mental tiene una menor prevalencia en comparación a otros se ha encontrado una mayor relación con deterioro funcional

(Solé et al., 2012) por ejemplo, se ha registrado que los pacientes que han presentado un episodio depresivo en el último año han registrado altos niveles de ausentismo y días de trabajo perdidos (Kessler et al., 2006), desempleo (Simon, Ludman, Unützer, Operskalski, & Bauer, 2008), así como el suponer una mayor carga económica para la sociedad (Kleinman et al., 2005), un alto riesgo de suicidio (Bottlender, Jäger, Strauss, & Möller, 2000) y que se encuentra relacionada a otras comorbilidades como el abuso de alcohol y otras sustancias, trastornos ansiosos y de la personalidad. Se ha identificado que los pacientes que cursan con este padecimiento presentan una predominancia de síntomas depresivos en comparación de episodios de elevación del ánimo o con síntomas mixtos. En un estudio realizado se identificó que los pacientes con Trastorno Bipolar Tipo I pasan un 31.9% (Judd et al., 2002) de las semanas con síntomas depresivos en comparación a un 9.3% de sintomatología maniaca y 5.9% de síntomas mixtos; mientras que el Trastorno Bipolar Tipo II presentan una mayor proporción de 50.3% de las semanas con sintomatología depresiva, 1.3% con síntomas de elevación del ánimo, 2.3% de síntomas mixtos (Judd et al., 2003).

La importancia clínica de la depresión bipolar se subraya por una fuerte asociación con la morbilidad general, otras afecciones psiquiátricas concurrentes (especialmente trastornos ansiosos y del abuso de sustancias), discapacidad y moralidad aumentada debido a suicidio en jóvenes y a enfermedades médicas comórbidas en adultos mayores (R. J. J. E. Baldessarini & sciences, 2020), reduciendo la esperanza de vida de 12 a 15 años (Chesney, Goodwin, & Fazel, 2014). En pacientes con trastornos del estado del ánimo, las fases depresivas-disfóricas están más asociadas con el suicidio que con otros estados de enfermedad, especialmente si se acompañan de características mixtas (hipomaniacas, abuso de sustancias recurrente o intentos de suicidio previos (R. J. Baldessarini, Tondo, Pinna, Nuñez, & Vázquez, 2019).

Es de destacar que el tiempo total en las fases depresivas son mucho mayores en comparación a las de manía o de hipomanía. En una revisión sistemática de estudios, los pacientes con TBP promediaron su tiempo de enfermedad en un seguimiento a largo plazo, y la depresión representó el 70% del tiempo para pacientes TBPI y en el caso del TBP II representó un 81% (Forte et al., 2015).

Dada la alta proporción de tiempo en depresión entre los pacientes con trastorno bipolar, es probable que la depresión se asocie con disfunción, discapacidad, destacando logros académicos limitados y un menor éxito laboral. Aproximadamente el 80% de los pacientes con trastorno bipolar experimentan pérdida del empleo y el 40% desempleo durante largos periodos de tiempo (Arvilommi et al., 2015).

En sociología, el estigma es una condición, atributo, rasgo o comportamiento que hace que su portador genere una respuesta negativa y sea visto como culturalmente inaceptable o inferior (Goffman, 2009). Se ha demostrado que, los trastornos mentales son unas de las condiciones más estigmatizadas, a la par que el trastorno por consumo de sustancias, la prostitución y el estatus de exconvicto (Phelan, Bromet, & Link, 1998). Irving Goffman caracterizó al estigma como un atributo socialmente definido con dos variantes principales 1) Profundamente desacreditante el cual es un atributo o condición obvio por terceros, por lo que genera estigma social y 2) Desacreditable lo cual puede ser considerado un atributo o condición que no es obvio para terceros, relacionado más bien con el estigma internalizado (Dinos, Stevens, Serfaty, Weich, & King, 2004). Por ende, el estigma en las enfermedades mentales se puede experimentar desde dos ángulos: el estigma social, el cual es generado por diversos miembros de la sociedad en general, incluyendo médicos, aseguradoras, empresarios y que es generado por estereotipos y prejuicios que conducen a la discriminación, la evitación social y el rechazo (Gray, 2002). En general, a los pacientes con trastornos mentales se les ve como constitucionalmente débiles, peligrosos (Fresán A, 2010), impredecibles y responsables de su propia situación (Heatherton, Kleck, Hebl, & Hull, 2000), particularmente los hombres suelen ser más fuertemente estigmatizados en comparación de las mujeres, y a clase social más baja hay mayor posibilidad de que una persona con enfermedad mental sea excluida de la comunidad. El público rechaza el comportamiento disruptivo que es socialmente visible, especialmente si es violento (Link, Phelan, Bresnahan, Stueve, & Pescosolido, 1999), así como el hecho de que una historia de hospitalización es más estigmatizante que una de tratamiento ambulatorio; (Phelan et al., 1998), incluyendo la historia natural de mismo de forma que en los trastornos mentales graves y persistentes el estigma suele ser mayor (Heatherton et al., 2000) por lo tanto está relacionado con el tipo de diagnóstico, su duración, el tratamiento y la funcionalidad que el individuo expresa (de Santacruz, Medina, & Santacruz, 2008).

En el caso del estigma internalizado; éste se refiere a la respuesta del individuo a la enfermedad mental y a su deseo de revelarlo a terceros (Dinos et al., 2004), ya que los pacientes suelen tener la expectativa de que la mayoría de la gente los devaluará y discriminará; puesto que, las opiniones sesgadas, emociones y comportamientos causan discriminación contra las personas etiquetadas como enfermas mentalmente. Por ende, las personas que padecen estos trastornos suelen negar la presencia de síntomas o el evitar acudir a atención psiquiátrica por el miedo a ser juzgado por terceros (Camp, Finlay, & Lyons, 2002).

El estigma internalizado puede afectar el autoconcepto y conducir al autodesprecio, lo que a su vez afecta la sensación de control sobre las vicisitudes de la vida (Wright, Gronfein, & Owens, 2000). Aquellas personas que se preocupan por el estigma tienen un mayor riesgo de evitar el contacto social (Perlick et al., 2001) eligiendo una vida aislada por encima del riesgo a ser rechazado o discriminado, lo cual puede traducirse como menores ingresos, desempleo y redes sociales restringidas (Goldberg & Harrow, 2005) demostrando la importancia de reducir el estigma y la discriminación en contra de aquellas personas que sufren un trastorno psiquiátrico.

1.1.1 CALIDAD DE VIDA

El uso del concepto de Calidad de vida empezó tras la Segunda Guerra Mundial, siendo usada para identificar la percepción que tenían las personas acerca de su vida o si se sentían financieramente seguras. No fue hasta los años sesenta que se iniciaron propiamente investigaciones sobre la calidad de vida recolectando información y datos objetivos como el estado socioeconómico, nivel educacional o tipo de vivienda; dando resultados insuficientes sobre algo tan complejo como la calidad de vida. Se argumentó que era necesaria una recopilación sistemática sobre indicadores sociales para realizar pronósticos y análisis, comprender las causas de las tendencias sociales, así como para la formulación y evaluación de políticas. Posteriormente, surgió otro reto, los indicadores que los investigadores se encontraban midiendo. Si bien brindaban valiosa información sobre las condiciones de vida de las personas, no eran capaces de captar las percepciones o evaluaciones de las propias personas sobre sus condiciones de vida (Bognar, 2005). Lo que los llevo a afirmar que cualquier medición adecuada del bienestar debe evaluar la *felicidad o satisfacción de vida*. (Cooper, 1993). Empezando un debate sobre la distinción y peso entre indicadores objetivos o subjetivos sobre la calidad de vida; lo cual podemos transpolar a indicadores mediante informes descriptivos y evaluaciones directas sobre las personas.

La idea básica de la medición de la calidad de vida es que, aunque hay un sinfín de debates filosóficos sobre en qué consiste el bienestar, existe un amplio acuerdo sobre qué bienes promueven el bienestar de las personas. Es decir, se puede medir hasta qué punto las personas poseen determinados bienes, pueden acceder a determinados servicios o tener determinadas oportunidades (Cummins, 2000).

En el caso de la OMS, sus autores han decidido que la calidad de vida sea definida como un estado de bienestar general que comprende descriptores objetivos y evaluaciones subjetivas de bienestar físico, material, social y emocional, junto con el desarrollo personal y de actividades mediadas por

sus valores personales; brindando un proceso dinámico. Describiéndolo como la percepción que tienen los individuos con respecto a su posición en la vida en su contexto cultural y sistema de valores en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones (Group, 1994). Esto como un intento de lograr estudios comparativos e internacionales. Bajo este marco, la calidad de vida es definida como la percepción individual de la posición en la vida, de acuerdo con el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses. Esta definición diferencia en seis dominios las evaluaciones de la persona de su funcionamiento objetivo, capacidad y conductas, de los autoreportes subjetivos yendo de la satisfacción a la insatisfacción. El resultado final de esta evaluación es producto de una diversidad de agentes que actúan en la percepción que un individuo tiene sobre su calidad de vida, constituyéndose un abordaje multidimensional, ya que se conjugan diversas valoraciones que hace el propio sujeto sobre las distintas aristas de su vida y de qué manera percibe bienestar o malestar referente a ellas (Urzua & Caqueo-Úrizar, 2012).

Tomando como base la definición brindada por la Organización Mundial de la Salud la evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar, así como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud (Erickson & Patrick, 1993). La práctica médica tiene como meta preservar la calidad de vida a través de la prevención y el tratamiento de las enfermedades. De forma que la esencia de este concepto consiste en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historial personal. En este sentido, las personas con enfermedad crónica requieren evaluaciones con relación a la mejoría o al deterioro de su estado funcional y de su calidad de vida, sin embargo, lo cierto es que el término de calidad de vida es altamente subjetivo por lo que es difícil medirlo de manera confiable y precisa. Por otra parte, es inevitable tener que aceptar la dificultad de poder medir integralmente un fenómeno tan multicausal como es la autoevaluación de la percepción individual, tratando de generar una base empírica, que permita pasar de un discurso genérico e inconmensurable a datos que provean evidencia científica de adecuada calidad.

1.1.2 CALIDAD DE VIDA Y SALUD

Como he mencionado con anterioridad, uno de los desafíos de utilizar el concepto de calidad de vida como base para la medición de los resultados es que puede definirse y, por lo tanto, medirse de innumerables formas. Como resultado, hay muchos modelos diferentes de calidad de vida que se superponen, incluidos indicadores objetivos y subjetivos, satisfacción de necesidad, modelos de bienestar psicológico y subjetivo, modelos de salud, funcionamiento y sociales 8. Una revisión de once instrumentos para medir la calidad de vida de las personas con enfermedades mentales graves identificó que los dominios evaluados con mayor frecuencia son el empleo, la salud, el ocio, la situación de vida y las relaciones (Ferrans, Zerwic, Wilbur, & Larson, 2005).

La Calidad de vida con relación a la salud es una preocupación de los encargados de formular políticas, investigadores y profesionales de la salud. Durante las últimas décadas ha sido de suma importancia para evaluar la calidad y los resultados de la atención médica. La investigación sobre la calidad de vida afecta la forma en que los responsables de la formulación de políticas asignan los recursos de atención médica. Hay dos posibles explicaciones para el creciente interés por la calidad de vida en la atención de la salud la primera se relaciona con una mayor esperanza de vida, diagnosticándose en mayor medida enfermedades crónicas y clínicamente manejables. Asimismo, la proliferación y avance de las tecnologías médicas y quirúrgicas, se han visto traducidas en un aumento de tratamientos disponibles por lo que se necesita una consideración exhaustiva de la relación riesgo-beneficio de las terapias equivalentes.

En la década de los 90 fueron publicadas múltiples conceptos de calidad de vida, la mayoría en revistas de enfermería y cabe destacar dichos conceptos eran genéricos al no referirse a un grupo específico de pacientes.

En la década de los 90, Ferrans desarrolló una taxonomía útil de conceptualizaciones de calidad de vida, agrupándolas en 6 categorías: vida normal, utilidad social, felicidad/afecto, satisfacción con la vida, logro de metas personales y capacidades naturales (Ferrans et al., 2005). Por ello es beneficioso para describir el impacto de la enfermedad en la vida de los pacientes como consideración de la efectividad de los tratamientos (Urzúa, 2010).

En algunas ocasiones los pacientes niegan la sintomatología y retrasan la búsqueda de atención psiquiátrica por el miedo a los prejuicios de su entorno social (Camp et al., 2002). Asimismo, el estigma internalizado se encuentra asociado a falta de adherencia terapéutica con diversos

procedimientos médicos (Fung, Tsang, & Corrigan, 2008) (Ustündağ & Kesebir, 2013), o inclusive podría conducir al suicidio (Latalova et al., 2014).

Por lo tanto, se entiende que la calidad de vida de las personas mejora su salud mental y viceversa, la presencia de un trastorno mental repercute significativamente en la calidad de vida del paciente y de aquellos que lo rodean (Alonso et al., 2012) Agregándole, que el paciente tiene que lidiar con el estigma que la sociedad manifiesta sobre su padecimiento y el estigma internalizado (Campo-Arias, Oviedo, & Herazo, 2014).

Como se ha observado que la correlación entre la calidad de vida y las psicopatologías depende de los factores sociales, institucional y personales. Las intervenciones en pos de mejorar la salud mental se deben impartir en todos los niveles (González-Quevedo, Sanabria-Ferrand, & Zuluaga, 2010). Recientemente, la calidad de vida ha sido reconocida como potencialmente útil en la evaluación de los servicios de salud, en los ensayos de tratamiento clínico y en la evaluación de la rentabilidad y ventajas de las diferentes estrategias terapéuticas para el manejo de cualquier enfermedad.

1.2 JUSTIFICACIÓN

El estigma es una carga importante para muchas personas con trastornos mentales, un problema clínico y de salud pública que empeora el curso y pronóstico del trastorno mental (PW Corrigan, 2005), al ser blanco de la discriminación pública o de estereotipos negativos; e inclusive en algunos casos las mismas personas que padecen el trastorno se encuentra de acuerdo con ello, obteniendo como resultado un bajo autoestima (P. W. Corrigan & Watson, 2002). Típicamente el estigma internalizado se ha asociado a un pronóstico y calidad de vida bajos (Rüsch, Angermeyer, & Corrigan, 2005).

El trastorno depresivo, que es la base principal de la discapacidad que afecta a 350 millones de personas en todo el mundo, se asocia con una disminución significativa de la calidad de vida. Tiene importantes consecuencias negativas en términos de mortalidad excesiva, discapacidad y morbilidad secundaria. De hecho, según el estudio de carga de enfermedad global el TDM ocupó el cuarto lugar en 1990 y ascendería al segundo en 2020 en términos de carga general de todas las enfermedades del mundo (Ebmeier, Donaghey, & Steele, 2006).

Tiene una tendencia a presentarse por periodos de tiempo prolongados, con una alta tendencia a las recaídas y un marcado impacto negativo las múltiples dimensiones del funcionamiento de

aquellos que lo padecen, por ende el conocer el impacto que tiene este padecimiento en la calidad de vida de los pacientes es primordial puesto que, nos ayuda a determinar la forma en la que se llevará a cabo el tratamiento, durante cuánto tiempo, el pronóstico, el asesoramiento que requiere el paciente y los recursos a utilizar (Albrecht & Fitzpatrick, 1994). En muchos casos, los deterioros de la calidad de vida asociados a trastornos mentales son iguales o mayores que los observados en otros trastornos médicos crónicos.

Estudios previos han evidenciado que la gravedad de la depresión (Koivumaa - Honkanen et al., 2001), la edad (Holloway & Carson, 1999), la red de apoyo, el sexo (Ritsner et al., 2000) o inclusive la presencia de efectos adversos (Yen et al., 2009) se encuentran asociados a la calidad de vida de aquellos pacientes con este trastorno mental. También, se ha encontrado la suicidabilidad y síntomas psicóticos como variables asociadas (Marcelo T Berlim, McGirr, & Fleck, 2008).

Por ejemplo, un estudio brasileño para la evaluación de la calidad de vida en relación con la gravedad de los síntomas depresivos en pacientes de una clínica de atención primaria mostró que los pacientes con síntomas más graves consideraban que su salud era peor y estaban menos satisfechos con su estado de salud que aquellos pacientes con síntomas más leves. También hubo una correlación inversa entre la sintomatología depresiva y otros parámetros de calidad de vida como el deterioro del funcionamiento físico y psicológico. En cuanto al uso de los recursos sanitarios, los pacientes que presentaban más síntomas depresivos buscaban más asistencia sanitaria en las consultas de atención primaria, tenían estancias hospitalarias más prolongadas y faltaban más días al trabajo que los pacientes menos deprimidos (Fleck et al., 2002).

Si bien estudios internacionales han demostrado que el deterioro funcional y el uso de los recursos de salud son directamente proporcionales a la gravedad de los síntomas depresivos, es importante resaltar que los trastornos depresivos leves que no cumplen con los criterios de un trastorno depresivo mayor también pueden causar un deterioro significativo en la calidad de vida (Cuijpers, de Graaf, & van Dorsselaer, 2004).

Debido a su amplio impacto en la salud, es claro que la investigación actual debe abarcar estudios que busquen establecer la influencia de este trastorno en la calidad de vida de los individuos afectados. Si bien los signos y síntomas siguen siendo las características definitorias de la nosología psiquiátrica, existe un consenso cada vez mayor de que el alcance de la evaluación debe incluir dimensiones más amplias, como el funcionamiento y la calidad de vida. En particular, se ha

demostrado que las insuficiencias de calidad de vida continúan más allá de la resolución clínica de los síntomas depresivos (Angermeyer, Holzinger, Matschinger, & Stengler-Wenzke, 2002), retener a los pacientes ante una mayor posibilidad de recaída (Hirschfeld et al., 2002). Una calidad de vida reducida a menudo corresponde a la gravedad de los síntomas depresivos (McKnight & Kashdan, 2009). Sin embargo, algunas investigaciones han demostrado que la gravedad de los síntomas explica solo una cantidad menor de la variación en la Calidad de vida (Rapaport, Clary, Fayyad, & Endicott, 2005).

Estos resultados muestran que medir solo la reducción de los síntomas puede no ser la mejor manera de medir la eficacia de las estrategias antidepresivas. A pesar de ser gradualmente documentado como una medida imperativa de salud en pacientes médicos y psiquiátricos, la calidad de vida de los pacientes con trastorno depresivo necesita más atención en la investigación y los esfuerzos clínicos (Langlieb & Guico-Pabia, 2010). Esto ha llevado al axioma cada vez más frecuente de que el tratamiento exitoso debe ir más allá de mejorar los signos y síntomas.

Comprender la relación entre la disfunción de la calidad de vida y las características clínicas específicas de diferentes trastornos de ansiedad y afectivos puede sugerir nuevas direcciones para mejorar las intervenciones de tratamiento y puede facilitar una asignación más adecuada de los escasos recursos de atención médica.

En cuanto al Trastorno Bipolar Tipo I, sobre la morbilidad mundial de las enfermedades, esta alteración ocupa el sexto puesto entre todos los trastornos médicos, constituyendo una de las enfermedades mentales más comunes, severas y persistentes, mientras que su fuerte impacto sobre la función ocupacional y social que tiene este trastorno ha llevado a calificarla como una de las enfermedades de mayor discapacidad (Organization, 2008).

El concepto de calidad de vida nos permite aproximarnos al desempeño de la persona en diferentes aspectos de su vida y comprender la perspectiva de los sujetos sobre su propio bienestar profundizando en la dimensión subjetiva de la salud; por ello es beneficiosos para describir el impacto de la enfermedad en la vida de los pacientes y como consideración de la efectividad de los tratamientos. De esta manera podemos llegar a la conclusión de que la calidad de vida de las personas mejora su salud mental y a la inversa, la presencia de un trastorno mental repercute significativamente en la calidad de vida de los pacientes incluyendo sus familias. A lo que hay que agregarle, el hecho de que el paciente también tiene que lidiar con el estigma que la sociedad manifiesta sobre su malestar y persona de dicho paciente (Urzúa, 2010).

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la diferencia en pacientes con depresión unipolar y pacientes con depresión bipolar, respecto al estigma internalizado y cuál es la relación de este último con la calidad de vida?

1.3 HIPÓTESIS

- H_{a1} : Se encontrarán diferencias estadísticas en los niveles de estigma internalizado, en participantes con depresión unipolar y participantes con depresión bipolar.
- H_{a2} : Se encontrarán diferencias estadísticas en los niveles de calidad de vida, en participantes con depresión unipolar y participantes con depresión bipolar.
- H_{a3} : Existe una relación entre el estigma internalizado y la calidad de vida.
- H_{01} : No hay diferencias estadísticas en los niveles de estigma internalizado, en participantes con depresión unipolar y participantes con depresión bipolar.
- H_{02} : No hay diferencias estadísticas en los niveles de calidad de vida, en participantes con depresión unipolar y participantes con depresión bipolar.
- H_{03} : No existe una relación entre el estigma internalizado y la calidad de vida.

1.5 OBJETIVO GENERAL

- Comparar el estigma internalizado entre participantes con depresión unipolar y depresión bipolar y cuál es la relación que tiene con la calidad de vida.

1.6 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir el nivel de estigma internalizado de acuerdo con las 3 diferentes subescalas del instrumento de King (discriminación, divulgación y aspectos positivos de la salud mental) en participantes con depresión unipolar y depresión bipolar.
- Describir la calidad de vida en participantes con depresión unipolar y depresión bipolar.
- Describir la calidad de vida en participantes con diagnóstico de depresión unipolar y depresión bipolar, y su relación con el estigma internalizado.
- Evaluar si existe relación entre el estigma internalizado y las variantes clínicas y sociodemográficas de participantes con depresión unipolar y depresión bipolar.
- Evaluar si existe relación entre la calidad de vida y las variantes clínicas y sociodemográficas de participantes con depresión unipolar y depresión bipolar.

MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Tipo de estudio: Se trata de un proyecto de investigación proyectivo, prospectivo, transversal, observacional y comparativo.

2.2 SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

2.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

2.3.1 Criterios de inclusión:

- Participantes con el diagnóstico de trastorno bipolar tipo I y trastorno tipo bipolar tipo II con episodio actual de depresión mayor, según los criterios diagnósticos del DSM-5.
- Participantes con el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, según los criterios diagnósticos del DSM-5.
- Pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Participantes del sexo femenino y participantes del sexo masculino.
- 18 a 65 años.
- Que supieran leer y escribir.
- Participantes que dieran su consentimiento para participar en el proyecto de investigación.

2.3.2 Criterios de exclusión:

- Participantes que presentaron alguna enfermedad neurológica que impidiera la realización de los instrumentos que se aplicaron en el estudio.
- Participantes que no hablaran español.
- Participantes con Trastorno Bipolar Tipo I, Trastorno Bipolar Tipo II o trastorno depresivo mayor que presentaron otras condiciones médicas no psiquiátricas descompensadas.
- Participantes que se encontraron agresivos o agitados durante las entrevistas.
- Pacientes con déficit visual o auditivo; o que tuvieron impedimentos físicos o intelectuales para comprender y realizar las actividades correspondientes al estudio.

2.3.3 Criterios de eliminación:

- Pacientes que no concluyeron las clinimetrías aplicadas durante el proyecto de investigación o cuya información proporcionada fue confusa.

2.4 TAMAÑO DE LA MUESTRA.

La muestra comprendió 122 sujetos en total, 61 con depresión unipolar y 61 con depresión bipolar.

2.5 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

Variables Independientes	Tipo	Definición conceptual	Medición
Sexo	Nominal dicotómica	Conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos que los definen como femenino o masculino	Femenino/Masculino
Edad	Cuantitativa discreta	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Número de años
Escolaridad	Cuantitativa discreta	Grado de educación en función de los años estudiados	Número de años.
Nivel socioeconómico	Cualitativa ordinal	Medida total económica y sociológica combinada basada en sus ingresos, educación y empleo, de acuerdo con la clasificación otorgada por el servicio de trabajo social del INPRFM	Nivel 1X Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3 Nivel 4 Nivel 5 Nivel 6
Estado civil	Cualitativa nominal	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal al respecto	Soltero Casado Unión Libre Viudo Divorciado
Religión	Cualitativa nominal	Sistema cultural de determinados comportamientos y prácticas	Ateo Católico Cristiano Judío Testigo de Jehová Otro
Ocupación	Cualitativa nominal	Actividad o trabajo	Desempleado Estudiante Hogar Empleado no remunerado Empleado remunerado
Edad de inicio	Cuantitativa discreta	Edad del participante cuando inicio con la sintomatología de	Número de años

		acuerdo con auto-reporte del participante.	
Tiempo de evolución	Cuantitativa discreta	Tiempo en años desde que se identificaron los síntomas de acuerdo con auto-reporte del participante.	Número de años
Episodios psicóticos previos	Cuantitativa discreta	Si ha presentado síntomas psicóticos a lo largo de la evolución de su trastorno afectivo	Número de episodios previos
Intentos suicidas	Cuantitativa discreta	Si ha presentado intentos de suicidios a lo largo de la evolución de su trastorno afectivo	Número de intentos suicidas
Hospitalizaciones previas	Cualitativa nominal dicotómica	La presencia o ausencia de hospitalizaciones	No / Si
Número de hospitalizaciones	Cuantitativa discreta	Cantidad de veces que ha estado hospitalizado el paciente	Número total
Número de episodios previos	Cuantitativa discreta	Número de episodios previos de manía, hipomanía o depresión mayor en pacientes con trastorno bipolar según sea el caso.	Número de episodios previos
Comorbilidad médica	Cualitativa nominal	Presencia de otra condición médica	Comorbilidad médica
Comorbilidad psiquiátrica	Cualitativa nominal	Presencia de otra condición psiquiátrica	Comorbilidad psiquiátrica
Antecedentes heredofamiliares de trastornos mentales	Cualitativa nominal dicotómica	La presencia o ausencia de antecedentes heredofamiliares de trastornos mentales	No / Si
Tratamiento farmacológico	Cualitativa nominal	Tratamiento farmacológico en los últimos 6 meses	Familia del tratamiento farmacológico utilizado en los últimos 6 meses
Gravedad del trastorno depresivo actual	Cuantitativa discreta	Puntuación obtenida en el HAMD al momento de la evaluación	0 a 52 puntos

2.6 MEDICIÓN DE LAS PRINCIPALES VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLES DEPENDIENTES	TIPO	MEDICIÓN
Estigma Internalizado	Cuantitativa discreta	Escala de estigma internalizado de King et al.
Calidad de vida	Cuantitativa discreta	WHOQOL-BREF WHOQOL-BD

2.7 DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Formato de datos demográficos

Este formato concentra la información clínica-demográfica de cada uno de los pacientes participantes en el estudio. Para obtener los datos de este formato, se realizó una entrevista al paciente con diagnóstico de Trastorno Bipolar Tipo I, Trastorno Bipolar Tipo II y de Trastorno Depresivo Mayor que acuda al INPRFM. La selección de datos generales contenía la ficha de identificación del paciente en la que se incluyó la edad, el sexo, nivel de escolaridad, estado civil y ocupación al momento del estudio (Ver anexo I).

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

Escala de estigma internalizado de King

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

cuanto la evaluación unidimensional del constructo traducido resulta altamente confiable, con un coeficiente de 0.87 (Flores Reynoso, Medina Dávalos, & Robles García, 2011).

World Health Organization Quality of Life version breve (WHOQOL-BREF)

Es un cuestionario diseñado para medir calidad de vida sin importar las diferencias entre culturas de diferentes países, se desarrolló simultáneamente en 15 localidades alrededor del mundo, entre las cuales se incluyó a los países latinoamericanos: Argentina, Brasil y Panamá. Con el interés de proponer un instrumento enfocado a medir la calidad de vida sin importar diferencias culturales, se desarrolló el World Health Organization 100, sin embargo, su aplicación implica mucho tiempo, por lo que se desarrolló el WHOQOL-BREF que es una versión corta con 26 reactivos agrupados en 4 dimensiones destinadas a conocer el perfil de la calidad de vida: la salud física, la salud psicológica, las relaciones sociales y el ambiente. Este instrumento ha reportado un buen desempeño respecto a su consistencia interna, validez discriminante, de criterio, concurrente y de test re-test. La confiabilidad del WHOQOL-BREF se estableció mediante el coeficiente Alpha de Cronbach, obteniendo valores mayores a 0.70 para todas las dimensiones y un alfa de 0.895 global, lo que indica una consistencia alta del instrumento (Lopez Huerta, Gonzalez Romo, & Tejada Tayabas, 2017).

World Health Organization Quality of Life in Bipolar Disorder (WHOQOL-BD)

Es un cuestionario autoadministrado que consta de 12 dimensiones obligatorias (estado físico, sueño, ánimo, cognición, ocio, vida social, espiritualidad, finanzas, vida doméstica, autoestima, independencia e identidad) y dos opcionales (trabajo y educación), cada una de las cuales contiene cuatro ítems (56 ítems en total). Es una escala tipo Likert con cinco opciones graduadas de respuesta, donde se le pide al paciente que contente en referencia a su experiencia durante los últimos 7 días) (Morgado, Tapia, Ivanovic-Zuvic, & Antivilo, 2015). Dicho cuestionario se validó con 225 pacientes adultos, encontrándose valores de fiabilidad en sus dimensiones con un alfa entre 0.79 y 0.95. Mediante este instrumento es posible establecer cuál área de la vida de los pacientes bipolares requiere mayor atención, lo que ayuda a los profesionales de la salud mental a definir los objetivos para el tratamiento y apoya a las investigaciones a comprender los efectos de los diferentes tratamientos aplicados par este trastorno (E. Michalak & G. Murray, 2010).

M.I.N.I. Entrevista neuropsiquiátrica internacional

El M.I.N.I. fue diseñado como una entrevista breve estructurada para trastornos psiquiátricos principales en el DSM-5 e ICD-10. La validación y confiabilidad se han estudiado comparando el

M.I.N.I. al SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada de la OMS). Los resultados de estos estudios demostraron que el M.I.N.I. posee validez y confiabilidad similares, pero, puede ser administrada en un período menor de tiempo (mediana de 15 minutos) que los instrumentos previamente mencionados. Los clínicos pueden utilizarla, después de una sesión breve de entrenamiento. Aunque otros entrevistadores pueden necesitar un entrenamiento más extenso. Para fines del proyecto presente se limitará el uso de la escala a la parte de evaluación afectiva para síntomas depresivos únicamente (Amorim, Lecrubier, Weiller, Hergueta, & Sheehan, 1998)

Escala de Hamilton de depresión.

La Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton fue diseñada para ofrecer una medida de la intensidad o gravedad de la depresión. La versión de 17 ítems, o versión americana por haber sido recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, omite cuatro ítems y sistematiza los criterios de evaluación de cada ítem al modo de un listado de comprobación de síntomas, en un esfuerzo por mejorar su definición. Su contenido se centra fundamentalmente en los aspectos somáticos y comportamentales de la depresión, siendo los síntomas vegetativos, cognitivos y de ansiedad los que más peso tienen en el cómputo total de la escala. Se han identificado distintos factores o índices, de los que los más usados son índice de melancolía, índice de ansiedad, índice de alteraciones del sueño. En la versión de 21 ítems el criterio más extendido es tomar en consideración a efectos de score sólo los 17 primeros ítems. Por tanto, el rango de puntuación para ambas versiones es de 0-52 puntos. Como criterio de inclusión en ensayos clínicos se suele aceptar los puntos de corte $> \text{ó} = 13$ o $> \text{ó} = 18$, en dependencia de los objetivos del estudio. En sus dos versiones, esta escala posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0,76 y 0,92). La fiabilidad interobservador oscila, según autores, entre 0,65 y 0,9 (Ramos-Brieva, 1986).

2.8 PROCEDIMIENTO

Se invitó a participar a pacientes que acudieron al servicio de preconsulta, atención psiquiátrica continua, pacientes hospitalizados y a consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz que contaban con el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Bipolar Tipo I o Tipo II de un año de evolución, cumplían con los criterios de inclusión y se encontraban con un episodio de depresión mayor al momento de la entrevista.

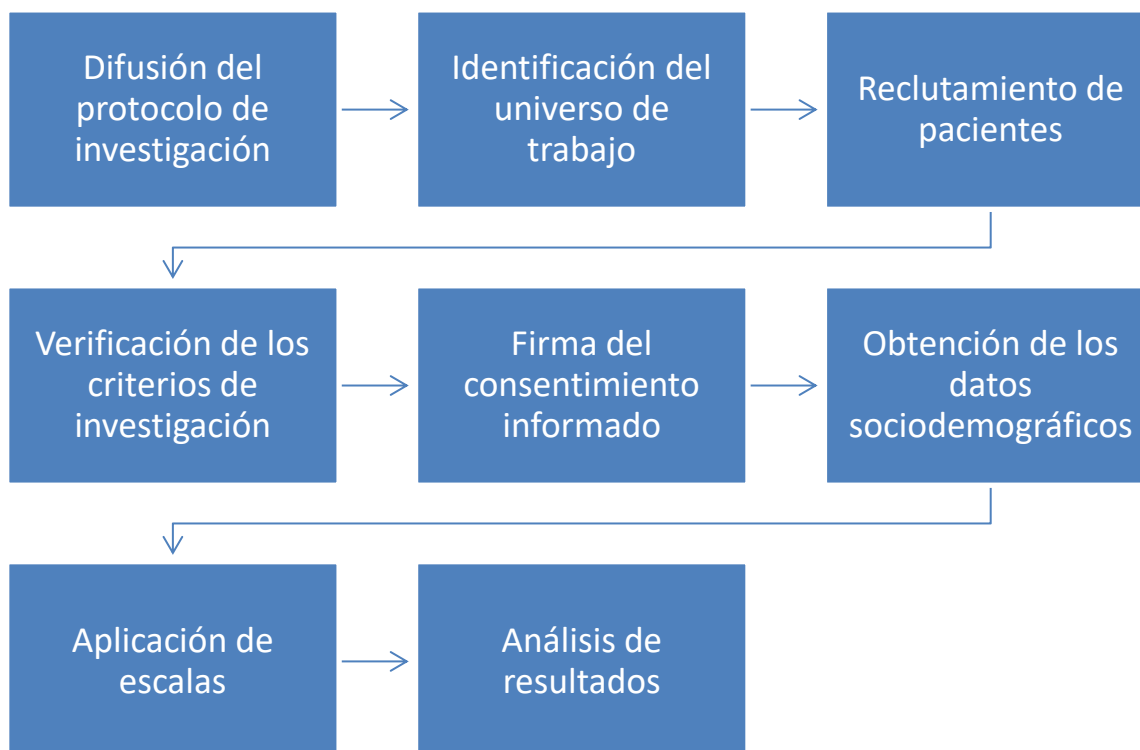
A estos pacientes se les solicitó su participación en el estudio, mediante una explicación verbal amplia, la cual fue brindada a los pacientes, se les entregó el consentimiento informado previamente aprobado por el comité de ética de la institución, en donde se encontraba detallado el

procedimiento a realizar con los objetivos correspondientes, con la finalidad de que los participantes tuvieran una comprensión total del procedimiento a realizar y despejaran todas sus dudas.

Se realizó una recolección de datos socio-demográficos de los participantes registrándolo en formatos específicos, que fue realizado para el estudio. Asimismo, se procedió a corroborar el diagnóstico de cada uno de los participantes, mediante los criterios diagnósticos del DSM-5 para Trastorno Bipolar Tipo I, Trastorno Bipolar Tipo II o Trastorno Depresivo Mayor, según correspondiera. Posteriormente, se les aplicó la Escala de estigma internalizado de King et al., el WHOQOL-BREF y WHOQOL-BD.

En caso de que el paciente deseara retirarse durante las evaluaciones que se realizaron, se les recordó que tal decisión no alteraría su seguimiento en el servicio de preconsulta, atención psiquiátrica continua, hospitalización o servicio de consulta externa según fuera el caso. Si durante las sesiones los pacientes presentaron algún periodo de agitación o agresividad durante las sesiones, recibieron contención verbal por parte de la investigadora y en caso de que no cedieran ante la misma fueron derivados al servicio de Atención Psiquiátrica Continua del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Diagrama de flujo del procedimiento



2.9 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó estadística descriptiva usando medidas de tendencia central y dispersión. Se realizaron comparaciones por medio de “t de student” a los datos paramétricas y “chi cuadrada” a los datos no paramétricas. Se realizó prueba de correlación de Pearson entre las variables de calidad de vida de los participantes y el estigma internalizado.

2.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio se realizó de acuerdo con los principios generales estipulados en declaración de Helsinki. A todos los sujetos y familiares se les solicitó consentimiento informado, mismo en el que se brindó la explicación del estudio, ante dos testigos y el médico responsable. El no participar en el proyecto no excluyó al paciente de recibir la atención médica necesaria y si se retiraba del mismo, no afectaría esa decisión su tratamiento en la institución. Los datos generados en la investigación fueron utilizados únicamente con fines científicos y no se les dio otro uso. Todos los procedimientos estaban de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección I.

2.11 CRONOGRAMA

Actividad	R1-2	R2-1	R2-2	R3-1	R3-2	R4-1
Elaboración del anteproyecto	XXXX					
Elaboración del protocolo final y aprobación por los comités de tesis y ética	XXXX	XXXX				
Captación de pacientes		XXXX	XXXX	XXXX		
Concentración de datos					XXXX	
Análisis de resultados					XXXX	
Elaboración del informe final y entrega de tesis					XXXX	XXXX

RESULTADOS

3.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Se incluyeron un total de 122 participantes, de los cuales, 59 (48.4%) eran hombres y el 63 (51.6%) restante mujeres. La edad promedio de los participantes fue de 34.5 años (d.e.= 11.96, rango 18 a 59 años), con una escolaridad promedio de 12.9 años (d.e. 2.95 rango 6 a 18 años) equivalente al bachillerato completo.

Un elevado porcentaje de pacientes se encontraban sin pareja al momento del estudio (85 solteros 69.7%, 7 divorciados 5.7%) y 28 (23%) casados o en unión libre. La mitad de los participantes tenían un nivel socioeconómico medio (n=66, 54.1%), seguido de aquellos con un nivel socioeconómico bajo (n=54, 44.3%) y solo dos pacientes reportaron contar con un nivel socioeconómico alto (1.6%).

En cuanto a la principal ocupación, 59 (48.3%) participantes tenían un empleo/autoempleo, seguido por aquellos que eran estudiantes (n=23, 18.9%), 13 (10.7%) personas se dedicaban a labores propias del hogar y 27 (22.1%) personas se encontraban desempleados al momento de la presente evaluación.

De los datos demográficos obtenidos, un mayor número de pacientes (55.7%) con depresión bipolar presentaron un nivel socioeconómico bajo, a comparación de los pacientes con depresión unipolar

de los cuales 63.9% contaban con un nivel socioeconómico medio. Las características demográficas de los pacientes con depresión unipolar y pacientes con depresión bipolar se reportan en la Tabla 1.

Tabla 1. Datos demográficos

	DEPRESIÓN UNIPOLAR n=61 (50)		DEPRESIÓN BIPOLAR n=61 (50)		TOTAL
	Hombres n= 29 (47.5)	Mujeres n= 32 (52.4)	Hombres n= 30 (49.1)	Mujeres n= 31 (58.8)	n= 122 (100)
n (%)					
Estado civil					
Soltero	24 (82.7)	24 (75)	18 (60)	19 (61.2)	85 (69.7)
Casado/ Unión libre	3 (10.3)	3 (9.3)	12 (40)	10 (32.2)	28 (23)
Divorciado/ Separado	2 (6.8)	3 (9.3)	0	2 (6.4)	7 (5.7)
Viudo	0	2 (6.2)	0	0	2 (1.6)
Nivel socioeconómico					
Bajo	8 (27.5)	12 (37.5)	16 (53.3)	18 (58.1)	54 (44.3)
Medio	20 (68.9)	19 (59.3)	11 (36.6)	13 (41.9)	66 (54.1)
Alto	1 (3.4)	1 (3.1)	3 (10)	0	2 (1.6)
Ocupación					
Desempleado	6 (20.6)	8 (25)	4 (13.3)	9 (29)	27 (22.1)
Hogar	0	5 (15.6)	0	8 (25.8)	13 (10.7)
Estudiante	5 (17.2)	10 (31.2)	1 (3.3)	7 (22.6)	23 (18.9)
Empleado	13 (44.8)	7 (21.8)	17 (56.6)	7 (22.6)	44 (36)
Autoempleo	5 (17.2)	2 (6.2)	8 (26.6)	0	15 (12.3)
media (d.e.)					
Edad (años)	30.48(11.22)	32.12(10.84)	39 (12.25)	36.61(12.12)	34.57(11.96)
Escolaridad (años)	12.75 (2.55)	13 (2.98)	13 (3.79)	13 (2.44)	12.9 (2.95)

3.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

La edad de inicio del episodio depresivo mayor fue reportada a los 23.53 años (d.e. 9.56, rango 8-54), con un tiempo de duración promedio de 28.4 semanas (d.e. 31.61), lo cual equivale a aproximadamente a 7 meses. Es importante remarcar que los pacientes con depresión unipolar presentaron una mayor duración promedio de sus episodios depresivos, en comparación de los que cursaban con una depresión bipolar.

60 (49.1%) participantes contaban con el antecedente heredofamiliar de algún trastorno depresivo, 51 (41.8%) participantes de trastorno por abuso de sustancias, 21 (17.2%) personas presentaron un antecedente de trastorno psicótico y 17 (13.9%) de trastorno bipolar.

75 (61.4%) pacientes negaron comorbilidades médicas no psiquiátricas. En lo que se refiere a la comorbilidad de un trastorno psiquiátrico, 43 participantes (35.5%) contaban con un trastorno ansioso, seguida de 27 (22.1%) con un trastorno por abuso de sustancias y 26 (21.3%) participantes contaban con un trastorno de personalidad comórbido.

32 (26.2%) pacientes con depresión bipolar tuvieron al menos una hospitalización previa, a comparación de aquellos con depresión bipolar, quienes fueron 55 (45.1%). Por último, 75 (59.1%) participantes negaron intentos suicidas previos. Tabla 2. Datos clínicos

	DEPRESIÓN UNIPOLAR n=61 (%)		DEPRESIÓN BIPOLAR n=61 (50)		TOTAL
	Hombres n=29 (47.5)	Mujeres n= 32 (52.4)	Hombres n= 30 (49.1)	Mujeres n= 31 (58.8)	n=122 (100)
n (%)					
Antecedentes heredofamiliares					
Trastorno depresivo	13 (44.8)	18 (56.2)	16 (53.3)	13 (41.9)	60 (49.1)
TBP	2 (6.8)	1 (3.1)	7 (23.3)	7 (22.5)	17 (13.9)
Trastorno psicótico	2 (6.8)	7 (21.8)	9 (30)	3 (9.6)	21 (17.2)
IS/suicidio consumado	2 (6.8)	11 (34.3)	6 (20)	7 (22.5)	26 (21.3)
TUS	15 (51.7)	12 (37.5)	13 (43.3)	11 (35.4)	51 (41.8)
Otras	7 (24.1)	2 (6.2)	4 (13.3)	0	13 (10.6)
Comorbilidad médica no psiquiátrica					
Si	11 (37.9)	12 (37.5)	12 (40)	12 (38.7)	47 (38.5)
No	18 (62.1)	20 (62.5)	18 (60)	19 (61.3)	75 (61.4)
Comorbilidad psiquiátrica					
Trastorno ansioso	16 (55.1)	22 (68.7)	2 (6.6)	3 (9.6)	43 (35.2)
TCA	1 (3.4)	3 (9.3)	2 (6.6)	4 (12.9)	10 (8.1)
TOC	2 (6.8)	0	0	2 (6.4)	4 (3.2)
TUS	9 (31)	9 (28.1)	6 (20)	3 (9.6)	27 (22.1)
TDAH	3 (10.3)	2 (6.2)	1 (3.3)	0	6 (4.9)
Trastorno de personalidad	5 (17.2)	9 (28.1)	6 (20)	6 (19.3)	26 (21.3)
Hospitalizaciones					
Si	2 (6.8)	4 (12.5)	15 (50)	17 (54.8)	38 (31.1)
No	27 (93.1)	28 (87.5)	15 (50)	14 (45.1)	84 (68.8)
Intentos suicidas					

Si	11 (37.9)	15 (46.8)	9 (30)	15 (48.3)	50 (40.9)
No	18 (62.1)	17 (53.1)	21 (70)	16 (51.6)	72 (59.1)
media (d.e.)					
Edad de inicio (años)	22.48(10.23)	24.15(10.41)	23.13 (9.69)	24.25 (8.13)	23.53 (9.56)
Evolución (semanas)	35.37(39.14)	50.93(55.80)	20.73(21.14)	19.48 (9.25)	28.4 (31.61)

TBP: Trastorno bipolar. IS: Ideación suicida. TUS: Trastorno por uso de sustancias. TCA: Trastornos de conducta alimentaria. TOC: Trastorno obsesivo compulsivo. TDAH: Trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

3.3 GRAVEDAD SINTOMÁTICA, CALIDAD DE VIDA Y ESTIGMA INTERNALIZADO.

De acuerdo con la escala de depresión de Hamilton, el puntaje promedio obtenido por la muestra con depresión unipolar fue de 17.74 (d.e. 3.84, rango 9-27), lo que ubica a los pacientes con una depresión moderada, de acuerdo con los puntos de corte. En el caso de la población evaluada se reportó una mayor gravedad sintomática en aquellos participantes con depresión unipolar en comparación con los que cursaban con depresión bipolar, como se observa en la tabla 3.

La calidad de vida, se evaluó de acuerdo a la población, con dos instrumentos diferentes. Para los pacientes cursando con un cuadro depresivo unipolar se utilizó la escala WHO-QoL BREF, obteniéndose una media de 62.96 (d.e. 12.75, rango 39-108). En contraparte, para el caso de depresión bipolar se utilizó el instrumento Quality of life in bipolar disease scale, con un puntaje promedio de 136.21 (d.e. 29.75, rango 60-231).

Al tratarse de dos instrumentos diferentes, para poder comparar los resultados se tomó la decisión de dividir los resultados en cuartiles, tras lo cual se encontró que de la población con depresión unipolar 38 (62.29%) participantes se encontraban concentrados en el segundo cuartil que correspondía a una puntuación de 52 a 77 puntos, seguido del primer cuartil que corresponde a un puntaje comprendido entre 26 a 51 puntos, con 14 (22.95%) sujetos. En el caso de la depresión bipolar 34 pacientes (n=34, 55.73%) se encontraban concentrados en el segundo cuartil que corresponde a un puntaje de 96 a 143 puntos y el tercer cuartil que corresponde a una puntuación que va de 144 a 191 contó con 22 (36.06%) participantes.

En el caso del estigma internalizado, el puntaje promedio de la escala en la población unipolar fue de 60.26 (d.e. 17.85), el cual fue menor al reportado en la muestra con depresión bipolar (65.62 d.e. 12.89).

Al comparar a las poblaciones de acuerdo al sexo se encontró que las mujeres presentaban un promedio mayor (65.79, d.e. 14.68 vs. 59.90, d.e. 65.79) en el total de la escala de estigma internalizado de King en comparación a los hombres. Y en la subdimensión de discriminación se encontró una menor media en hombres en comparación a las mujeres (27.86, d.e. 9.74 vs. 32.59, d.e. 9.06).

Tabla 3. Gravedad sintomática, calidad de vida y estigma internalizado entre pacientes con depresión unipolar y depresión bipolar.

	Depresión unipolar		Depresión bipolar		t	gl	P
	media (d.e.)						
Hamilton total	17.74	(3.84)	13.70	(3.87)	5.72	120	0.00
Estigma total	60.26	(17.85)	65.62	(12.89)	-1.90	120	0.06
Discriminación	28.85	(10.78)	31.75	(8.21)	-1.67	120	0.09
Aspectos positivos	8.36	(3.06)	9.69	(2.94)	-2.44	120	0.01
Divulgación	23.05	(8.48)	24.18	(6.69)	-0.81	120	0.41

Tabla 4. Gravedad sintomática, calidad de vida y estigma internalizado entre hombre y mujeres.

	Hombres		Mujeres		t	gl	P
	media (d.e.)						
Hamilton total	15.95	(4.40)	15.51	(4.31)	0.55	120	0.57
Estigma total	59.90	(16.36)	65.79	(14.68)	-2.09	120	0.03
Discriminación	27.86	(9.74)	32.59	(9.06)	-2.77	120	0.006
Aspectos positivos	9.02	(3.15)	9.03	(3.0)	-0.02	120	0.97
Divulgación	23.02	(8.04)	24.17	(7.24)	-0.83	120	0.40

Tabla 5. Correlación entre gravedad sintomática, calidad de vida y estigma internalizado.

	Hamilton	Calidad de vida	Estigma total	Discriminación	Aspectos positivos	Divulgación
Hamilton	1					
Calidad de vida	r= -0.12 p= 0.19	1				
Estigma total	r= 0.10 p= 0.27	r= -0.37 p= 0.00	1			
Discriminación	r= 0.05 p= 0.52	r= -0.32 p= 0.00	r= 0.85 p= 0.00	1		
Aspectos positivos	r= 0.003 p= 0.97	r= -0.28 p= 0.001	r= 0.40 p= 0.00	r= 0.16 p= 0.06	1	
Divulgación	r= 0.13 p= 0.15	r= -0.25 p= 0.005	r= 0.80 p= 0.00	r= 0.43 p= 0.00	r= 0.20 p= 0.02	1

3.4 CORRELACIÓN ENTRE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Se obtuvo una correlación significativa entre la calidad de vida y el puntaje total de la escala de estigma internalizado de King ($r=-0.37$, $p=0.00$). Así como entre la calidad de vida y las dimensiones del estigma internalizado: discriminación ($r=-0.32$, $p=0.00$), aspectos positivos ($r=-0.28$, $p=0.001$) y divulgación ($r=-0.25$, $p=0.005$).

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio de investigación consistió en identificar la diferencia respecto al estigma internalizado entre pacientes con depresión unipolar y pacientes con depresión bipolar y evaluar la relación entre la calidad de vida y el estigma internalizado. Así como describir las variantes sociodemográficas, calidad de vida y estigma internalizado en estos grupos de pacientes.

En nuestra investigación un elevado porcentaje de los pacientes se encontraba sin pareja al momento del estudio, información que es concordante con la literatura donde el estado civil se ha identificado como factor asociado a los trastornos depresivos, pues las personas divorciadas, separadas o aquellas que nunca se casaron tienen una mayor asociación con la depresión (Bastida-González, Valdez-Medina, Valor-Segura, Fuentes, & Rivera-Aragón, 2017). 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. No así para las mujeres separadas o divorciadas que incrementa su riesgo de estar deprimidas 1.003 veces, misma que no se replica en

el presente estudio (De los Santos & Carmona Valdés, 2018) Cabe destacar que en el caso de los pacientes con trastorno bipolar no se ha encontrado una asociación clara entre el estado civil y el cursar con un episodio depresivo.

En lo que se refiere al nivel socioeconómico en el presente estudio los pacientes con depresión unipolar evidenciaron un nivel socioeconómico medio y aquellos con depresión bipolar un nivel sociodemográfico bajo, lo cual es acorde con reportes previos. (Ridley, Rao, Schilbach, & Patel, 2020). Cabe destacar que el nivel socioeconómico se manejó de acuerdo con la norma desarrollada por la Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión Pública (AMAI) basada en el desarrollo de un modelo estadístico que permite clasificar a los hogares de una manera objetiva y cuantificable (López, 2008).

En los años de estudio el promedio reportado en la presente investigación coincide con media superior. Destaca que en algunos estudios se ha encontrado que la educación constituye un factor protector hasta cierto punto, con un efecto umbral puesto que aquellos que cuentan con al menos la educación secundaria tenían un riesgo adicional de desarrollar síntomas depresivos durante un seguimiento a 25 años (Bailey, Mokonogho, & Kumar, 2019).

En lo que se refiere a la ocupación se ha identificado a lo largo de la literatura que el desempleo y la inseguridad laboral tienen una mayor relación con la presencia de síntomas depresivos, lo cual podría explicar que en la presente población se encontró un mayor número de participantes empleados (Kim & von dem Knesebeck, 2016).

No se identificó una diferencia entre la edad de inicio reportada en los pacientes con depresión unipolar (23.31 años) y la que se reportó en la población bipolar (23.69 años). A diferencia de lo que reportan otros estudios que han identificado una edad temprana del primer episodio depresivo como un factor predictor de trastorno bipolar (Dudek, Siwek, Zielińska, Jaeschke, & Rybakowski, 2013). En el caso de las semanas promedio de duración de los episodios destaca que fue mayor la registrada en el grupo con depresión unipolar con un 35.37 semanas para los hombres y 50.93 para las mujeres a comparación de 20.73 semanas para los hombres con depresión bipolar y 19.48 semanas en el caso de las mujeres; situación que se ha identificado en diversos estudios retrospectivos que evalúan diferencias clínicas entre estos tipos de depresión (Forty et al., 2008). En el caso del número de hospitalizaciones se observó un mayor número en la población con depresión bipolar, lo cual podría explicarse con el hecho de que los pacientes con trastorno bipolar

cuentan con un promedio de hospitalizaciones mayor por la presencia de episodios maniacos graves. En cuanto a los intentos de suicidio previos la información recabada coincide con lo que se ha reportado en la bibliografía, ya que las mujeres presentaron una mayor incidencia en comparación a su contraparte masculina independientemente del diagnóstico. En contraste, los pacientes con depresión bipolar y depresión unipolar contaron con una cantidad similar de intentos de suicidio previos (24 vs 26), cuando se ha identificado hasta una diferencia de 93% contra 7%, siendo esto mayormente identificado en la población bipolar (Patel, Onyeaka, & Youssef, 2020).

Existe literatura que sugiere que las personas que cursan con trastorno bipolar tienen una mayor asociación trastornos psiquiátricos en familiares de primer grado en comparación de aquellos con un trastorno depresivo mayor unipolar (Uchida et al., 2015). Situación que no se replica en el presente estudio.

Asimismo, la literatura internacional ha replicado la alta comorbilidad de hasta el 50% entre el trastorno depresivo y un trastorno de ansiedad, puesto que entre el 25 al 50% de los pacientes con depresión cumplen con criterios diagnósticos para uno o más trastornos de ansiedad (Bittner et al., 2004). Mismo que no se repitió en la población con depresión bipolar.

Los estudios epidemiológicos realizados en México señalan que alrededor del 32% de la población diagnosticada con un trastorno de consumo de sustancias cursa también un trastorno afectivo. Si se considera solamente a las personas con abuso o dependencia a sustancias ilícitas, la comorbilidad es mayor a 50% (Santiago-Rivera, Benson-Flórez, Santos, & Lopez, 2015).

En lo que se refiere al estigma internalizado y discriminación, en la población con depresión unipolar, los resultados arrojan un promedio menor en comparación a su contraparte de depresión bipolar. Teniendo en cuenta que de acuerdo con estudios previos el aumento de estigma internalizado se encuentra dado por una mayor cronicidad y gravedad del episodio depresivo. Cuando la depresión unipolar presenta casi el doble de duración en comparación a los episodios de depresión bipolar. Probablemente esto se encuentre relacionado con el hecho de que el trastorno bipolar también implica episodios de síntomas de elevación del estado del ánimo, así como hospitalizaciones derivadas de la gravedad de estos cuadros y tratamientos farmacológicos y asistenciales de por vida, una vez brindado el diagnóstico. (Szcześniak, Kobyłko, Wojciechowska, Kłapciński, & Rymaszewska, 2018). Esto es sumamente importante debido a que diversos estudios apuntan a la correlación

negativa entre el estigma internalizado y la autoestima, el sentido de la vida, la esperanza y el apego al tratamiento (Ehrlich-Ben Or et al., 2013).

Bajo esta misma línea de ideas es importante remarcar que, a la par de lo reportado en numerosos estudios que han medido el estigma internalizado con perspectiva de género (Hahm, Ozonoff, Gaumont, & Sue, 2010). En el presente estudio se identificaron mayores niveles de estigma internalizado, así como en la subdivisión de discriminación en las mujeres que cursaban un trastorno depresivo en comparación a su contraparte masculina. De acuerdo con Oakley y colaboradores, esto podía ser inherente a la expectativa social para las mujeres, ya que para algunas mujeres el ser diagnósticas y tratadas por depresión es socialmente inaceptable y una amenaza para la identidad social (Oakley, Kanter, Taylor, & Duguid, 2012).

En otros estudios se ha señalado las diferencias propias del trastorno bipolar en comparación a otro trastorno que comparta ciertas similitudes pero que en esencia es diferente, como es el caso del trastorno depresivo, por lo que se decidió el uso de diferentes escalas de calidad de vida usando en el caso de la población bipolar la QoL. BD la cual fue diseñada específicamente para los pacientes que cursan con trastorno bipolar evaluando 12 dimensiones propias de la enfermedad (E. E. Michalak & G. Murray, 2010), a la par esta decisión es una limitante del presente proyecto de investigación al presentar la dificultad de comparar los puntajes de ambas escalas al no contar con un punto de corte específico.

A la par de estudios previos, en la presente investigación se evidenció una mejor calidad de vida en pacientes con depresión bipolar en comparación a aquellos que cursaban con depresión unipolar (Marcelo T. Berlim et al., 2004; Bo et al., 2019). Proponemos que la calidad de vida se encuentra influenciada por la gravedad de los síntomas; puesto que en nuestra población el puntaje obtenido por la escala de depresión de Hamilton arrojó una diferencia de al menos 4 puntos entre ambas muestras. Asimismo, es probable que la cronicidad y duración de los episodios depresivos unipolares los cuales eran significativamente más largos que los depresivos bipolares influyeran en la percepción de calidad de vida, al impactar de forma negativa en su funcionalidad, actividad laboral, salud física y relaciones interpersonales. Por último, cabe destacar que de los participantes evaluados en el presente proyecto había una mayor cantidad de personas con depresión unipolar hospitalizadas, lo cual se ha asociado con menores puntajes en la escala de calidad de vida (Michalak, Yatham, & Lam, 2005).

Como Corrigan ha apuntado en el pasado el estigma en la salud mental tiene el potencial de generar una variedad de creencias negativas sobre uno mismo, desencadenando una reacción emocional negativa (baja autoestima) y una respuesta conductual al prejuicio lo cual se puede traducir en no buscar oportunidades de trabajo y vivienda o volverse socialmente retraído. A su vez, los grupos estigmatizados pueden correr el riesgo de sufrir problemas de salud física y mental adicionales en su camino a la recuperación (P. Corrigan, 2004).

Nuestro estudio encontró que independientemente del tipo de depresión el autoestigma puede predecir la calidad de vida. En otras palabras, mayores niveles de estigma internalizado contribuirán a una menor calidad de vida. Puesto que, el total de la escala de estigma de King así como sus subescalas se correlacionaron negativamente con la calidad de vida. Cabe destacar que, el estigma internalizado se ha asociado a una menor adherencia al tratamiento farmacológico, una disminución significativa en la adaptación social, disminución del autoestima y pobres redes de apoyo, lo cual a su vez explicaría el impacto que esto presentaría en la calidad de vida (Vrbová et al., 2014).

Las implicaciones de los hallazgos en la práctica deberían ser importantes debido al mensaje para los médicos de que el estigma internalizado y la calidad de vida estar interrelacionados. Hablar con los pacientes sobre sus experiencias de cómo ser un paciente psiquiátrico con un trastorno mental, con empatía a sus miedos y cambios inminentes en su rol familiar, social y laboral. Así como alentarlos a modificar la visión auto-estigmatizante de sí mismo puede ser importante para los pacientes y su recuperación mental.

CONCLUSIONES

No hubo diferencias en las características sociodemográficas de las muestras.

La muestra con depresión unipolar presentó cuadros depresivos más largos.

A mayores niveles de estigma internalizado, menores niveles de calidad de vida.

A mayores niveles de discriminación, menores niveles de calidad de vida.

Los pacientes con depresión bipolar presentaron una mejor calidad de vida en comparación a los pacientes con depresión unipolar.

Las mujeres presentaron más discriminación en comparación a los hombres.

6. BIBLIOGRAFÍA

Albrecht, G. L., & Fitzpatrick, R. (1994). A sociological perspective on health-related quality of life research. *Advances in medical sociology*, 5, 1-21.

Alonso, M. F., Ramírez, F. B., Misol, R. C., Bentata, L. C., Campayo, J. G., Franco, C. M., & García, J. T. J. A. P. (2012). Prevención de los trastornos de la salud mental. 44(Suppl 1), 52.

Amorim, P., Lecrubier, Y., Weiller, E., Hergueta, T., & Sheehan, D. (1998). DSM-IV-R Psychotic Disorders: procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European psychiatry*, 13(1), 26-34.

Angermeyer, M., Holzinger, A., Matschinger, H., & Stengler-Wenzke, K. J. I. j. o. s. p. (2002). Depression and quality of life: results of a follow-up study. 48(3), 189-199.

Angst, J., & Marneros, A. (2001). Bipolarity from ancient to modern times:: conception, birth and rebirth. *Journal of Affective Disorders*, 67(1-3), 3-19.

Arvilommi, P., Suominen, K., Mantere, O., Valtonen, H., Leppämäki, S., & Isometsä, E. J. B. d. (2015). Predictors of long-term work disability among patients with type I and II bipolar disorder: a prospective 18-month follow-up study. 17(8), 821-835.

Bailey, R. K., Mokonogho, J., & Kumar, A. (2019). Racial and ethnic differences in depression: current perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 15, 603-609. doi:10.2147/ndt.S128584

Baldessarini, R. J. J. E., & sciences, p. (2020). Epidemiology of suicide: recent developments. 29.

Baldessarini, R. J., Tondo, L., Pinna, M., Nuñez, N., & Vázquez, G. H. J. T. B. J. o. P. (2019). Suicidal risk factors in major affective disorders. 215(4), 621-626.

Bastida-González, R., Valdez-Medina, J. L., Valor-Segura, I., Fuentes, N. I. G. A.-L., & Rivera-Aragón, S. J. R. a. d. c. p. (2017). Satisfacción marital y estado civil como factores protectores de la depresión y ansiedad. 26(1), 95-102.

Berlim, M. T., McGirr, A., & Fleck, M. P. J. P. r. (2008). Can sociodemographic and clinical variables predict the quality of life of outpatients with major depression? , 160(3), 364-371.

Berlim, M. T., Pargendler, J., Caldieraro, M. A., Almeida, E. A., Fleck, M. P. A., & Joiner, T. E. (2004). Quality of Life in Unipolar and Bipolar Depression: Are There Significant Differences? , 192(11), 792-795. doi:10.1097/01.nmd.0000144700.97769.06

Bittner, A., Goodwin, R. D., Wittchen, H. U., Beesdo, K., Höfler, M., & Lieb, R. (2004). What characteristics of primary anxiety disorders predict subsequent major depressive disorder? *J Clin Psychiatry*, 65(5), 618-626, quiz 730. doi:10.4088/jcp.v65n0505

Bo, Q., Tian, L., Li, F., Mao, Z., Wang, Z., Ma, X., & Wang, C. (2019). Quality of life in euthymic patients with unipolar major depressive disorder and bipolar disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 15, 1649-1657. doi:10.2147/ndt.S201567

Bognar, G. (2005). The concept of quality of life. *Social theory and practice*, 31(4), 561-580.

Bottlender, R., Jäger, M., Strauss, A., & Möller, H.-J. (2000). Suicidality in bipolar compared to unipolar depressed inpatients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 250(5), 257-261.

Camp, D., Finlay, W., & Lyons, E. (2002). Is low self-esteem an inevitable consequence of stigma? An example from women with chronic mental health problems. *Social Science & Medicine*, 55(5), 823-834.

Camp, D., Finlay, W., & Lyons, E. (2002). Is low self-esteem an inevitable consequence of stigma? An example from women with chronic mental health problems. *Social Science & Medicine*, 55(5), 823-834.

Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., & Herazo, E. J. R. c. d. p. (2014). Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. 43(3), 162-167.

Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. J. W. p. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. 13(2), 153-160.

Cooper, W. E. (1993). Robert Nozick, *The Examined Life: Philosophical Meditations* Reviewed by. *Philosophy in Review*, 13(1).

Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol*, 59(7), 614-625. doi:10.1037/0003-066x.59.7.614

Corrigan, P. (2005). *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*. Washington, DC: American Psychological Association. Corrigan, PW, & Wassel, A.(2008). Understanding and influencing the stigma of mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 46, 4248.

Corrigan, P. (2005). *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*. Washington, DC: American Psychological Association. Corrigan, PW, & Wassel, A.(2008). Understanding and influencing the stigma of mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 46, 4248.

Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35-53. Albrecht, G. L., & Fitzpatrick, R. (1994). A sociological perspective on health-related quality of life research. *Advances in medical sociology*, 5, 1-21.

Cuijpers, P., de Graaf, R., & van Dorsselaer, S. J. J. o. a. d. (2004). Minor depression: risk profiles, functional disability, health care use and risk of developing major depression. 79(1-3), 71-79.

Cummins, R. A. J. S. i. r. (2000). Objective and subjective quality of life: An interactive model. 52(1), 55-72.

De los Santos, P. V., & Carmona Valdés, S. E. (2018). Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo %J Población y Salud en Mesoamérica. 15, 95-119.

de Santacruz, E., Medina, S., & Santacruz, J. M. (2008). Un bosquejo de personas mayores con trastorno mental de larga duración. *Rev Asoc Colomb Gerontol Geriatr*, 22(2), 1132-1138.

Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S., & King, M. (2004). Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 184(2), 176-181.

Dudek, D., Siwek, M., Zielińska, D., Jaeschke, R., & Rybakowski, J. (2013). Diagnostic conversions from major depressive disorder into bipolar disorder in an outpatient setting: Results of a retrospective chart review. *Journal of Affective Disorders*, 144(1), 112-115.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.06.014>

Ebmeier, K. P., Donaghey, C., & Steele, J. D. J. T. L. (2006). Recent developments and current controversies in depression. 367(9505), 153-167.

Ehrlich-Ben Or, S., Hasson-Ohayon, I., Feingold, D., Vahab, K., Amiaz, R., Weiser, M., & Lysaker, P. H. (2013). Meaning in life, insight and self-stigma among people with severe mental illness. *Compr Psychiatry*, 54(2), 195-200. doi:10.1016/j.comppsy.2012.07.011

Erickson, P., & Patrick, D. (1993). Health status and health policy: quality of life in health care evaluation and resource allocation: Oxford University Press New York.

Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. J. J. o. n. s. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. 37(4), 336-342.

Fleck, M. P. d. A., Lima, A. F. B. d. S., Louzada, S., Schestasky, G., Henriques, A., Borges, V. R., & Camey, S. J. R. d. s. p. (2002). Association of depressive symptoms and social functioning in primary care service, Brazil. 36(4), 431-438.

Flores Reynoso, S., Medina Dávalos, R., & Robles García, R. (2011). Estudio de traducción al español y evaluación psicométrica de una escala para medir el estigma internalizado en pacientes con trastornos mentales graves. *Salud mental*, 34(4), 33-339.

Forte, A., Baldessarini, R. J., Tondo, L., Vázquez, G. H., Pompili, M., & Girardi, P. J. J. o. a. d. (2015). Long-term morbidity in bipolar-I, bipolar-II, and unipolar major depressive disorders. 178, 71-78.

Forty, L., Smith, D., Jones, L., Jones, I., Caesar, S., Cooper, C., . . . Craddock, N. (2008). Clinical differences between bipolar and unipolar depression. *British Journal of Psychiatry*, 192(5), 388-389. doi:10.1192/bjp.bp.107.045294

Fresán A, R. R., De Benito L, Saracco R et a. (2010). Desarrollo y propiedades psicométricas de un instrumento breve para evaluar el estigma de agresividad en la esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr*, 38(6), 340-344.

Fung, K. M., Tsang, H. W., & Corrigan, P. W. J. P. r. j. (2008). Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. 32(2), 95.

Goffman, E. (2009). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*: Simon and Schuster.

Goldberg, J. F., & Harrow, M. (2005). Subjective life satisfaction and objective functional outcome in bipolar and unipolar mood disorders: a longitudinal analysis. *Journal of Affective Disorders*, 89(1-3), 79-89.

González-Quevedo, L. A., Sanabria-Ferrand, P. A., & Zuluaga, H. J. R. m. (2010). Percepción de la calidad de vida y la salud mental en oficiales de la fuerza aérea colombiana. 18(1), 115-122.

Gray, A. J. (2002). Stigma in psychiatry. *Journal of the royal society of medicine*, 95(2), 72-76.

Group, W. (1994). The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL) Quality of life assessment: International perspectives (pp. 41-57): Springer.

Group, W. (1994). The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In *Quality of life assessment: International perspectives* (pp. 41-57): Springer.

Group, W. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, 28(3), 551-558.

Hahm, H. C., Ozonoff, A., Gaumond, J., & Sue, S. (2010). Perceived discrimination and health outcomes a gender comparison among Asian-Americans nationwide. *Womens Health Issues*, 20(5), 350-358. doi:10.1016/j.whi.2010.05.002

Heatherton, T., Kleck, R., Hebl, M., & Hull, J. (2000). *The Social Psychology of Stigma*. New York. In: Guilford Press.

Hirschfeld, R. M., Dunner, D. L., Keitner, G., Klein, D. N., Koran, L. M., Kornstein, S. G., . . . Ninan, P. T. J. B. p. (2002). Does psychosocial functioning improve independent of depressive symptoms? A comparison of nefazodone, psychotherapy, and their combination. 51(2), 123-133.

Holloway, F., & Carson, J. (1999). Subjective quality of life, psychopathology, satisfaction with care and insight: an exploratory study. *International Journal of Social Psychiatry*, 45(4), 259-267.

Judd, L. L., Akiskal, H. S., Schettler, P. J., Coryell, W., Endicott, J., Maser, J. D., . . . Keller, M. B. (2003). A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. *Archives of general psychiatry*, 60(3), 261-269.

- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Schettler, P. J., Endicott, J., Maser, J., Solomon, D. A., . . . Keller, M. B. (2002). The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Archives of general psychiatry*, 59(6), 530-537.
- Kessler, R. C., Akiskal, H. S., Ames, M., Birnbaum, H., Greenberg, P., . A, R. M., . . . Wang, P. S. (2006). Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of US workers. *American journal of psychiatry*, 163(9), 1561-1568.
- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., . . . Haro, J. M. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World psychiatry*, 6(3), 168.
- Kim, T. J., & von dem Knesebeck, O. (2016). Perceived job insecurity, unemployment and depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *Int Arch Occup Environ Health*, 89(4), 561-573. doi:10.1007/s00420-015-1107-1
- Kleinman, N. L., Brook, R. A., Rajagopalan, K., Gardner, H. H., Brizee, T. J., & Smeeding, J. E. (2005). Lost time, absence costs, and reduced productivity output for employees with bipolar disorder. *Journal of occupational and environmental medicine*, 47(11), 1117-1124.
- Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Antikainen, R., Hintikka, J., Laukkanen, E., Honkalampi, K., & Viinamäki, H. (2001). Self-reported life satisfaction and recovery from depression in a 1-year prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(1), 38-44.
- Langlieb, A. M., & Guico-Pabia, C. J. J. P. c. c. t. J. o. c. p. (2010). Beyond symptomatic improvement: assessing real-world outcomes in patients with major depressive disorder. 12(2).
- Latalova, K., Prasko, J., Kamaradova, D., Ociskova, M., Cinculova, A., Grambal, A., . . . Tichackova, A. J. N. L. (2014). Self-stigma and suicidality in patients with neurotic spectrum disorder—a cross sectional study. 35(6), 474-480.
- Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (1999). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *American journal of public health*, 89(9), 1328-1333.
- Lopez Huerta, J. A., Gonzalez Romo, R. A., & Tejada Tayabas, J. M. (2017). Psychometric Properties of a Spanish Version of Quality of Life Scale WHO QoL BREF in a Mexican Adult Sample. *REVISTA IBEROAMERICANA DE DIAGNOSTICO Y EVALUACION-E AVALIACAO PSICOLOGICA*, 2(44), 105-115.
- Lopez Huerta, J. A., Gonzalez Romo, R. A., & Tejada Tayabas, J. M. (2017). Psychometric Properties of a Spanish Version of Quality of Life Scale WHO QoL BREF in a Mexican Adult Sample. *REVISTA IBEROAMERICANA DE DIAGNOSTICO Y EVALUACION-E AVALIACAO PSICOLOGICA*, 2(44), 105-115.
- López, H. (2008). Nuevo índice de nivel socioeconómico AMAI. Paper presented at the Memorias. Congreso Asociación Mexicana de Inteligencia de Mercado y Opinión. Distrito Federal, México.

McKnight, P. E., & Kashdan, T. B. J. C. p. r. (2009). The importance of functional impairment to mental health outcomes: a case for reassessing our goals in depression treatment research. 29(3), 243-259.

Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., . . . 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), 1773-1783.

Michalak, E. E., & Murray, G. (2010). Development of the QoL.BD: a disorder-specific scale to assess quality of life in bipolar disorder. *Bipolar Disord*, 12(7), 727-740. doi:10.1111/j.1399-5618.2010.00865.x

Michalak, E. E., Yatham, L. N., & Lam, R. W. (2005). Quality of life in bipolar disorder: a review of the literature. *Health Qual Life Outcomes*, 3, 72. doi:10.1186/1477-7525-3-72

Michalak, E., & Murray, G. (2010). Collaborative Research Team to Study Psychosocial Issues in Bipolar Disorder. Development of the QoL. BD: a disorder-specific scale to assess quality of life in bipolar disorder. *Bipolar Disord*, 12(7), 727-740.

Morgado, C., Tapia, T., Ivanovic-Zuvic, F., & Antivilo, A. (2015). Evaluación de la calidad de vida de pacientes bipolares chilenos: propiedades psicométricas y utilidad diagnóstica de la versión chilena del cuestionario Quality of Life Bipolar Disorder (QoL. BD-CL). *Revista médica de Chile*, 143(2), 213-222.

Oakley, L. D., Kanter, J. W., Taylor, J. Y., & Duguid, M. (2012). The self-stigma of depression for women. *Int J Soc Psychiatry*, 58(5), 512-520. doi:10.1177/0020764011409820

Organization, W. H. (2008). The global burden of disease: 2004 update.

Patel, R. S., Onyeaka, H., & Youssef, N. A. (2020). Suicidal ideation and attempts in unipolar versus bipolar depression: analysis of 131,740 adolescent inpatients nationwide. *Psychiatry Research*, 291, 113231. doi:https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113231

Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Clarkin, J. F., Sirey, J. A., Salah, J., Struening, E. L., & Link, B. G. (2001). Stigma as a barrier to recovery: adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatric services*, 52(12), 1627-1632.

Phelan, J. C., Bromet, E. J., & Link, B. G. (1998). Psychiatric illness and family stigma. *Schizophrenia bulletin*, 24(1), 115-126.

Ramos-Brieva, J. (1986). Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 14, 324-334.

Rapaport, M. H., Clary, C., Fayyad, R., & Endicott, J. J. A. J. o. P. (2005). Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. 162(6), 1171-1178.

- Ridley, M., Rao, G., Schilbach, F., & Patel, V. (2020). Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. *Science*, 370(6522). doi:10.1126/science.aay0214
- Ritsner, M., Modai, I., Endicott, J., Rivkin, O., Nechamkin, Y., Barak, P., . . . Ponizovsky, A. (2000). Differences in quality of life domains and psychopathologic and psychosocial factors in psychiatric patients. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European psychiatry*, 20(8), 529-539.
- Santiago-Rivera, A. L., Benson-Flórez, G., Santos, M. M., & Lopez, M. (2015). Latinos and depression: Measurement issues and assessment [Press release]
- Simon, G. E., Ludman, E. J., Unützer, J., Operskalski, B. H., & Bauer, M. S. (2008). Severity of mood symptoms and work productivity in people treated for bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 10(6), 718-725.
- Solé, B., Bonnin, C., Torrent, C., Balanzá-Martínez, V., Tabarés-Seisdedos, R., Popovic, D., . . . Vieta, E. (2012). Neurocognitive impairment and psychosocial functioning in bipolar II disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(4), 309-317.
- Szcześniak, D., Kobyłko, A., Wojciechowska, I., Kłapciński, M., & Rymaszewska, J. (2018). Internalized stigma and its correlates among patients with severe mental illness. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 14, 2599-2608. doi:10.2147/ndt.S169051
- Uchida, M., Serra, G., Zayas, L., Kenworthy, T., Faraone, S. V., & Biederman, J. (2015). Can unipolar and bipolar pediatric major depression be differentiated from each other? A systematic review of cross-sectional studies examining differences in unipolar and bipolar depression. *Journal of Affective Disorders*, 176, 1-7. doi:https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.037
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista médica de Chile*, 138(3), 358-365.
- Urzua, M., & Caqueo-Urizar, A. (2012). Quality of life: A theoretical review. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71.
- Ustündağ, M., & Kesebir, S. J. T. P. D. (2013). Internalized stigmatization in bipolar patients: relationship with clinical properties, quality of life and treatment compliance. 24(4), 231-239.
- Vrbová, K., Kamarádová, D., Látalová, K., Ocisková, M., Praško, J., Mainerová, B., . . . Ticháčková, A. J. N. L. (2014). Self-stigma and adherence to medication in patients with psychotic disorders—cross-sectional study. 35(7), 645-652.
- Wright, E. R., Gronfein, W. P., & Owens, T. J. (2000). Deinstitutionalization, social rejection, and the self-esteem of former mental patients. *Journal of health and social behavior*, 68-90.

Yen, C. F., Chen, C. C., Lee, Y., Tang, T. C., Ko, C. H., & Yen, J. Y. (2009). Association between quality of life and self-stigma, insight, and adverse effects of medication in patients with depressive disorders. *Depression and anxiety*, 26(11), 1033-10

ANEXOS

DATOS DEMOGRÁFICOS				
EXP		FOLIO		
NOMBRE (INICIALES)				
SEXO 1 femenino 0: masculino:		EDAD		FECHA DE NAC.
EDO CIVIL 0: soltero 1: casado o unión libre 2: divorciado o separado 3: viudo		ESCOLARIDAD En años a partir del primer año de estudio de primaria		
OCUPACIÓN 0: desempleado 1: hogar 2: estudiante 3: empleado 4: autoempleo 5: retirado		RELIGIÓN 1: ateo 2: católico 3: cristiano 4: judío 5: testigo de Jehová 6: otro		NSE 1X, 1, 2, 3, 4, 5, 6.
DIAGNÓSTICO				
ANTECEDENTES				
HIPOXIA NEONATAL 0: no 1: sí 2: no sabe		AHF SUSTANCIAS Sí, No, No sabe		
TCE 0: no 1: sí 2: no sabe		AHF DE OTRA ENFERMEDAD MENTAL Sí, No, No sabe.		
AHF DEPRESIÓN Sí, No, No sabe.		Especificar cual		
AHF T. BIPOLAR Sí, No, No sabe.		USO PERSONAL PREVIO DE SUSTANCIAS 0: no 1: alcohol; 2: tabaco; 3: marihuana 4: cocaína; 5: opiáceos; 6: inhalantes 7: anfetaminas ;8: benzodiacepinas 9: otro		
AHF T. PSICÓTICO Sí, No, No sabe.		ANTECEDENTE DE VIOLENCIA No, Sí		
AHF SUICIDIO 0: ausente 1: presente Suicidio consumado				
COMORBILIDAD MEDICA				
DIABETES MELLITUS No, Sí, sin tratamiento Sí, con tratamiento		Enf. Neurológicas No Sí, especifique		
HTA No, Sí, sin tratamiento Sí, con tratamiento		Enf. Tiroideas No, Hipotiroidismo, Hipertiroidismo		
OTRA No Sí, especifique				
COMORBILIDAD PSIQUIATRICA				
COMORBILIDAD 1 No, Sí especifique				
COMORBILIDAD 2 No Sí especifique				
CONSUMO ACTUAL DE SUSTANCIAS NO; 1: alcohol, 2: Tabaco, 3: Marihuana 4: Cocaína, 5: Opiáceos, 6: Inhalantes 7: Anfetaminas, 8: Benzodiacepinas 9: Otros		SEVERIDAD TUS: 0: menos de 2 criterios 1: leve 2 a 3 criterios 2: moderado 3: severo		

PRIMER EPISODIO					
EDAD DE INICIO			GRAVEDAD 1: Leve 2: Moderado 3: Grave Sin Intento Suicida 4: Grave con intento suicida 5: Grave con síntomas psicóticos 6: Grave con síntomas psicóticos e intento suicida		
DURACIÓN	En semanas		HOSPITALIZACIÓN 0: No 1: Si		
CARACTERÍSTICAS 0: Ninguna, 1: Con síntomas ansiosos, 2: Con síntomas mixtos, 3: Con síntomas melancólicos, 4: Con síntomas atípicos, 5: Con síntomas psicóticos, 6: Con síntomas catatónicos, 7: De inicio en el periparto			TRATAMIENTO 0: Ninguno, 1: Farmacológico, 2: Terapia electroconvulsiva, 3: Psicoterapéutico, 4: Combinado (1 y 2 o 1 y 3)		
EPISODIOS PREVIOS					
NO. DE EPISODIOS			NO. DE EPISODIOS POR AÑO		
NO. DE HOSPITALIZACIONES			CARACTERÍSTICAS PREDOMINANTES DE LOS EPISODIOS 0: Ninguna, 1: Con síntomas ansiosos, 2: Con síntomas mixtos, 3: Con síntomas melancólicos, 4: Con síntomas atípicos, 5: Con síntomas psicóticos, 6: Con síntomas catatónicos, 7: De inicio en el periparto		
DURACION APROXIMADA					
DURACION DE LAS HOSPITALIZACIONES			PATRON ESTACIONAL		
C. SUICIDA					
#INTENTOS SUICIDAS PREVIOS	0:no 1: Especificar Cantidad		INTENTOS SUICIDAS EN EPISODIO ACTUAL	0:no 1: Especificar Cantidad	
EPISODIO ACTUAL					
CARACTERÍSTICAS 0. Ninguna 1. Con síntomas ansiosos 2. Con síntomas mixtos 3. Con síntomas melancólicos 4. Con síntomas atípicos 5. Con síntomas psicóticos 6. Con síntomas catatónicos 7. De inicio en el periparto			SEVERIDAD HAMILTON Según el hamilton de depresión Leve: 8 a 13 puntos Moderada: 14 a 18 puntos Severo: 19-22 puntos Muy grave: más de 23 puntos		
DURACIÓN	En semanas		HOSPITALIZACIÓN	0:no 1:si	
TRATAMIENTO ACTUAL					
PSICOFÁRMACOS (mg/día)	FARMACO 1: Especificar				
	FARMACO 2: Especificar				
	FARMACO 3: Especificar				
OTROS FÁRMACOS					
FARMACO 1 ESPECIFICAR		FARMACO 2 ESPECIFICAR			

ENSAYOS PREVIOS

ENSAYO 1 1. ISRS 2. DUALES 3. TRICICLICOS Y HETEROCICLICOS 4. BUPROPION 5. MIRTAZAPINA/MIANSERINA 6. AGONISTAS SEROTONINERGICOS (TRAZODONA/NEFAZODONA) 7. ISRN (REBOXETINA) 8. IMAOS 9. OTROS		ENSAYO 2 1. ISRS 2. DUALES 3. TRICICLICOS Y HETEROCICLICOS 4. BUPROPION 5. MIRTAZAPINA/MIANSERINA 6. AGONISTAS SEROTONINERGICOS (TRAZODONA/NEFAZODONA) 7. ISRN (REBOXETINA) 8. IMAOS 9. OTROS	
DURACIÓN En semanas:		DURACIÓN En semanas:	
BENEFICIO 0:no 1:si		BENEFICIO 0:no 1:si	
ENSAYO 3 1. ISRS 2. DUALES 3. TRICICLICOS Y HETEROCICLICOS 4. BUPROPION 5. MIRTAZAPINA/MIANSERINA 6. AGONISTAS SEROTONINERGICOS (TRAZODONA/NEFAZODONA) 7. ISRN (REBOXETINA) 8. IMAOS 9. OTROS		ENSAYO 4 1. ISRS 2. DUALES 3. TRICICLICOS Y HETEROCICLICOS 4. BUPROPION 5. MIRTAZAPINA/MIANSERINA 6. AGONISTAS SEROTONINERGICOS (TRAZODONA/NEFAZODONA) 7. ISRN (REBOXETINA) 8. IMAOS 9. OTROS	
DURACIÓN		DURACIÓN En semanas:	
BENEFICIO		BENEFICIO 0:no 1:si	

HA RECIBIDO ALGUNA VEZ

TEC 0: NO 1: SI		PSICOTERAPIA 0: NO 1: SI		ESTIMULACIÓN MAGNÉTICA TRASCRAINEAL 0: NO 1: SI	
---------------------------	--	------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------	--

Escala de King

Instrucciones: Lea cuidadosamente los siguientes enunciados y elija en qué proporción está de acuerdo o en desacuerdo con que esto le sucede a usted.

		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente desacuerdo
1	He sido discriminado en mi vida escolar (primaria, secundaria, preparatoria o profesional), debido a mis problemas de salud mental.					
2	Algunas veces siento que se me da por mi lado debido a mis problemas de salud mental					
3	El haber tenido problemas de salud mental me ha convertido en una persona más comprensiva					
4	No me siento mal por haber tenido problemas de salud mental					
5	Me preocupa decirle a la gente que recibo tratamiento psicológico					
6	Algunas personas con problemas de salud mental son peligrosas					
7	La gente ha sido comprensiva con mis problemas de salud mental					
8	He sido discriminado/a por la policía debido a mis problemas de salud mental					
9	He sido discriminado/a por mis patrones o jefes en el trabajo debido a mis problemas de salud mental					
10	Mis problemas de salud mental me han convertido en alguien que acepta mejor a los demás.					
11	Con mucha frecuencia me siento solo debido a mis problemas de salud mental					
12	Me asusta como reaccionaran los demás si se enteraran que tengo problemas de salud mental					
13	Habría tenido mejores posibilidades en la vida si no tuviese problemas de salud mental					
14	No me preocupa que la gente de mi vecindario sepa que he tenido problemas de salud mental.					

		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
15	Diría que he tenido problemas de salud mental cuando estoy solicitando un trabajo o empleo.					
16	Me preocupa decirle a la gente que tomo medicamentos o tabletas para mis problemas de salud mental.					
17	Las reacciones de la gente hacia mis problemas de salud mental me hacen callarme cosas para mí mismo/a.					
18	Estoy enojado/a con la manera en que la gente ha reaccionado a mis problemas de salud mental					
19	No he tenido ningún problema con los demás debido a mis problemas de salud mental.					
20	He sido discriminado por profesionales de la salud debido a mis problemas de salud mental.					
21	La gente me ha evitado debido a mis problemas de salud mental					
22	La gente me ha insultado debido a mis problemas de salud mental					
23	Haber tenido problemas de salud mental me ha convertido en una persona más fuerte.					
24	No me siento avergonzado/a debido a mis problemas de salud mental.					
25	Evito decirle a la gente sobre mis problemas de salud mental.					
26	Haber tenido problemas de salud mental me hace sentir que la vida es injusta					
27	Siento la necesidad de esconder a mis amigos/as mis problemas de salud mental					
28	Se me hace difícil decirle a la gente que tengo problemas de salud mental					

WHOQOL-BREF

Instrucciones: Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida **durante las últimas dos semanas**. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Obtiene el apoyo que necesita de otras personas?	1	2	3	4	5

Rodee con un círculo el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otras personas en las dos últimas semanas. Si piensa que obtuvo bastante apoyo de otras personas, usted debería señalar con un círculo el número 4, quedando la respuesta de la siguiente forma:

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Obtiene el apoyo que necesita de otras personas?	1	2	3	4	5

Recuerde que cualquier número es válido, lo importante es que represente su opinión.

Por favor, lea la pregunta valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho /a	Un poco insatisfecho /a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Qué tan satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Qué tan saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas se ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de la vida.

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Qué tan satisfecho/a esta con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Qué tan satisfecho/a esta con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Qué tan satisfecho/a esta con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Qué tan satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Qué tan satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Qué tan satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Qué tan satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Qué tan satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Qué tan satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Qué tan satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión?	1	2	3	4	5

MUCHAS GRACIAS POR SU APOYO

WHOQoL-BD

Los siguientes ítems corresponden a una series de experiencias, comportamientos y sentimientos relacionados con la calidad de vida. Por favor, cuéntenos acerca de su calidad de vida calificando las afirmaciones que se presentan a continuación, indicando su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de ellas. No se tome mucho tiempo en cada ítem, ya que son sus primeras impresiones las que nos interesa.

Marque con un círculo el número que mejor describa su experiencia durante los **ÚLTIMOS 7 DÍAS**.

	Durante los últimos 7 días yo....	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	He tenido mucha energía	1	2	3	4	5
2	Siento que he hecho suficiente ejercicio	1	2	3	4	5
3	Me he sentido bien físicamente	1	2	3	4	5
4	He estado satisfecho con mi vida sexual	1	2	3	4	5
5	Me he despertado con energía	1	2	3	4	5
6	NO he tenido problemas para levantarme por las mañanas	1	2	3	4	5
7	He dormido lo suficiente	1	2	3	4	5
8	He mantenido una rutina en mis horarios	1	2	3	4	5
9	Me he sentido feliz	1	2	3	4	5
10	He disfrutado las cosas igual que siempre	1	2	3	4	5
11	Me he sentido capaz de enfrentar situaciones difíciles	1	2	3	4	5
12	Me he sentido emocionalmente estable	1	2	3	4	5
13	He pensado con claridad	1	2	3	4	5

Durante los últimos 7 días yo....		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
14	He tenido una buena concentración	1	2	3	4	5
15	NO he tenido dificultades con mi memoria	1	2	3	4	5
16	He hecho planes sin dificultad	1	2	3	4	5
17	He disfrutado mis actividades de recreación	1	2	3	4	5
18	Me he entretenido en mis actividades de recreación	1	2	3	4	5
19	Me he entretenido en mis actividades de recreación	1	2	3	4	5
20	He expresado mi creatividad	1	2	3	4	5
21	He disfrutado pasar tiempo con otras personas	1	2	3	4	5
22	He estado interesado en mis relaciones sociales	1	2	3	4	5
23	He tenido amistades significativas	1	2	3	4	5
24	He sido capaz de compartir mis sentimientos o problemas con un/a amigo/a	1	2	3	4	5
25	Me he sentido satisfecho con mi aspecto espiritual	1	2	3	4	5
26	He expresado mi espiritualidad tal como deseo	1	2	3	4	5
27	He practicado mi espiritualidad tal como deseo	1	2	3	4	5
28	He mantenido una rutina con respecto a mi espiritualidad	1	2	3	4	5

Durante los últimos 7 días yo....		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
29	He tenido dinero suficiente para mis necesidades básicas	1	2	3	4	5
30	He tenido dinero suficiente para cosas extras	1	2	3	4	5
31	Me he sentido seguro respecto de mi situación financiera	1	2	3	4	5
32	No he tenido problemas con mis deudas	1	2	3	4	5
33	He realizado las labores diarias del hogar	1	2	3	4	5
34	He sido organizado en mi hogar	1	2	3	4	5
35	He mantenido mi casa ordenada	1	2	3	4	5
36	He mantenido mi casa limpia	1	2	3	4	5
37	Me he sentido respetado	1	2	3	4	5
38	Me he sentido aceptado por otros	1	2	3	4	5
39	Me he sentido tan valioso como los demás	1	2	3	4	5
40	Me he sentido capaz de enfrentar mi diagnóstico	1	2	3	4	5
41	Me he sentido libre	1	2	3	4	5
42	Me he sentido seguro en mi hogar	1	2	3	4	5
43	Me he transportado de un lugar a otro libremente	1	2	3	4	5
44	He sentido que los demás me permiten ser independiente	1	2	3	4	5
45	Estoy seguro de mí mismo	1	2	3	4	5

Durante los últimos 7 días yo...		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
46	Me reconozco a mí mismo	1	2	3	4	5
47	He tenido una idea clara de lo que quiero y lo que NO quiero	1	2	3	4	5
48	He tenido control sobre mi vida	1	2	3	4	5
¿Está usted actualmente trabajando de manera reenumerada y/o voluntaria? Si su respuesta es Sí responda las siguientes 4 preguntas						
Durante los últimos 7 días, yo...		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
49	Me he sentido seguro con mis habilidades en el trabajo	1	2	3	4	5
50	He cumplido con los requerimientos del trabajo	1	2	3	4	5
51	He estado satisfecho con la calidad de mi trabajo	1	2	3	4	5
52	He sido confiable en el trabajo	1	2	3	4	5
¿Está usted actualmente estudiando? Si su respuesta es Sí responda las siguientes 4 preguntas						
Durante los últimos 7 días, yo...		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
53	He disfrutado mis estudios	1	2	3	4	5
54	Me he sentido seguro de terminar mis estudios	1	2	3	4	5
55	He mantenido mi rendimiento habitual	1	2	3	4	5
56	He organizado mis actividades educativas adecuadamente	1	2	3	4	5