

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
"RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ"



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ

**Estigma internalizado en pacientes hospitalizados y su
relación con la adherencia terapéutica.**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRÍA

000289

PRESENTA:

Jesús Antonio Maciel Zenil

Médico Residente de Psiquiatría de Cuarto año

Asesor teórico: Dra. Brisa Gissel Monroy Cortés

Asesor metodológico: Dr. Juan José Cervantes Navarrete

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ	
31 MAR. 2022	
DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA	
NOMBRE:	<i>Cervantes</i>
HORA:	10-11

México, 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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
“RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ”



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ

**Estigma internalizado en pacientes hospitalizados y su
relación con la adherencia terapéutica.**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRÍA**

PRESENTA:

Jesús Antonio Maciel Zenil

Médico Residente de Psiquiatría de Cuarto año

Asesor teórico: Dra. Brisa Gissel Monroy Cortés

Asesor metodológico: Dr. Juan José Cervantes Navarrete

México, Ciudad de México, 2022.

Tabla de contenido

MARCO TEORICO Y ANTECEDENTES	4
JUSTIFICACIÓN.....	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	14
HIPÓTESIS	15
OBJETIVOS	16
MATERIAL Y METODOS	17
ASPECTOS ÉTICOS.....	26
CRONOGRAMA	27
RESULTADOS	28
DISCUSION.....	34
CONCLUSIONES	40
BIBLIOGRAFIA.....	42
ANEXOS	48

MARCO TEORICO Y ANTECEDENTES

Estigma en salud mental.

Reducir el estigma en las personas con enfermedades mentales es uno de los principales objetivos del Plan de Acción de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1). La OMS define al estigma como <<una señal de vergüenza, desgracia o desaprobación que hace que un individuo sea rechazado, discriminado y excluido de participar en diferentes áreas de la sociedad>> (2.). Weiss y cols. definen el estigma relacionado con la salud como <<un proceso social, experimentado o anticipado, caracterizado por la exclusión, el rechazo, la culpa o la devaluación que resulta de la experiencia, percepción o anticipación razonable de un juicio social adverso sobre una persona o grupo>> (3). Otros han definido al estigma como un proceso que implica etiquetado, conciencia de estereotipo, prejuicio y discriminación en un contexto en el que se ejerce poder social, económico o político en detrimento de los miembros de un grupo social (4). Por otro lado, la literatura articula tres niveles interactivos de estigma: social, estructural e internalizado (5, 6).

El estigma social —también conocido como estigma público o promulgado— existe a nivel grupal y describe el fenómeno de los grandes grupos sociales que respaldan los estereotipos, y actúan contra un grupo estigmatizado (5). El estigma estructural —también llamado institucional— existe a nivel de sistemas y se refiere a las reglas, políticas y procedimientos de entidades públicas y privadas en posiciones de poder, que restringen los derechos y oportunidades de las personas, como aquellas con enfermedades mentales (5, 7); en esta forma de estigma, la ideología cultural está incorporada en las prácticas institucionales, para que se legitimen las diferencias en poder y estatus, y se perpetúen las desventajas y la exclusión social (5, 8). Por último, el estigma internalizado —también conocido como estigma propio o sentido— existe a nivel individual y es definido como un proceso subjetivo, incrustado dentro de un contexto sociocultural, que puede

caracterizarse por sentimientos negativos acerca de sí mismo, comportamiento desadaptativo, transformación de identidad o respaldo estereotipado, como resultado de las experiencias, percepciones o anticipación de un individuo sobre reacciones sociales negativas. Asimismo, y en el contexto de la enfermedad mental, puede describirse como un proceso por el cual las personas afectadas respaldan los estereotipos sobre la enfermedad mental, anticipan el rechazo social, consideran que los estereotipos son relevantes para sí mismos y creen que son miembros de la sociedad devaluada (5, 7, 9, 10).

Las investigaciones apuntan, sin embargo, a que el estigma social termina por desarrollar estigma internalizado. Los mecanismos fueron explicados, en primer lugar, por Crocker y cols., quienes propusieron el papel del contexto social en la configuración de la identidad y explicaron cómo los individuos mantienen cognitivamente la integridad del yo y construyen activamente la identidad social (11). Posteriormente, y con el advenimiento de los elementos sociales, se profundizó en la comprensión de estos mecanismos.

Los elementos sociales del estigma consisten en representaciones cognitivas socialmente compartidas, que asocian, de manera inexacta, a los individuos con enfermedades mentales con ciertas características negativas. Los elementos sociales de la teoría de Major y O'Brien constan de dos partes que influyen en la evaluación de la amenaza para el bienestar propio: señales situacionales inmediatas, que transmiten el riesgo de que las personas sean devaluadas, y representaciones colectivas, que son el conocimiento de los estereotipos culturales (11).

Una vez que la persona tiene conocimiento de la devaluación de su grupo en el ámbito social, eventualmente, los acepta y los aplica a sí mismas. El modelo comunitario de Corrigan y Watson presenta un modelo socio-cognitivo de respuesta personal al estigma, que se inicia cuando las personas con enfermedades mentales conocen las imágenes culturales negativas que caracterizan a su grupo (auto estereotipos) y culmina en autojuicios y autodiscriminación. Así, y con base en lo expuesto anteriormente, podemos anotar que las etapas de la gestación del autoestigma son: la toma de conciencia de estereotipos sociales, la aceptación de los mismos y la aplicación de estos estereotipos a uno mismo (autoestigma) (11).

Frecuencia de salud mental en México.

En primer lugar, tener una visión general de la frecuencia de salud mental en nuestro país nos ayuda a entender el impacto que tiene el estigma, no solo a nivel individual sino también a nivel social e institucional. En 1994, los resultados obtenidos de la Encuesta Nacional de Adicciones realizada en zonas urbanas, detectaron la prevalencia de trastornos mentales entre el 15 y el 18 % de la población general; en esta encuesta se observa que la depresión es el trastorno más frecuente tanto en hombres como en mujeres, con 4.9 y 9.7 %, respectivamente; los resultados del estudio concuerdan con los realizados en otros países e indican que una de cada seis personas sufrirá un problema de salud mental que podría requerir atención médica especializada; esto significa que, en nuestro país, para una población aprox. de 100 millones de personas, aprox. 15 millones padecen trastornos mentales, lo que equivale a una sexta parte de nuestra población (12). Por otra parte, en las encuestas en hogares de 1994, de Caraveo y Medina Mora, se reportó una prevalencia general de trastornos psiquiátricos de 36 %, y de este porcentaje, 26 % sólo tenía un trastorno, y 10 % dos o más trastornos. Las siguientes tasas de incidencia por cada 100 habitantes

adultos fueron: agorafobia, 2.6; fobia social, 2.6; fobias específicas, 4.7; pánico, 1.9; ansiedad generalizada, 3.2; trastorno obsesivo compulsivo, 1.3; manía, 1.2; depresión, 8.0 y distimia 4.3. Estos autores proponen que la prevalencia global de los trastornos mentales en la población mexicana es de alrededor de 25 %, y que predominan los trastornos depresivos, la ansiedad y la adicción al alcohol (13). Adicionalmente, el total de egresos hospitalarios de atención a trastornos mentales en el país fue, al 2002, de 4 127 060 incluyendo a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el IMSS, el IMSS Bienestar, el ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SECMAR, con un total de días de estancia de 16 692 300, esto nos da un promedio de estancia de 4 días por persona (14).

Frecuencia de estigma internalizado en salud mental y su relación con factores demográficos.

A nivel mundial, la frecuencia de estigma internalizado en pacientes psiquiátricos es alta, con una prevalencia del 20 al 40 %. En Irán, se reportó una prevalencia de estigma internalizado en personas con enfermedad mental del 40 % (15); en Nigeria, por otro lado, se encontró una prevalencia del 22.5 % (16). Adicionalmente, en Etiopía, el 97.4 % de las personas con enfermedades mentales experimentaron al menos un elemento de estigma internalizado (17).

Asimismo, un meta-análisis de 45 estudios sobre estigma en personas con enfermedad mental, llevado a cabo en países desarrollados de los cinco continentes, no encontró relación consistente ni significativa entre los principales factores demográficos —como la edad, el sexo y la educación— y el autoestigma; aunque si demostró una asociación positiva entre autoestigma y severidad de los síntomas, y una correlación negativa con la adherencia al tratamiento (10). Otros estudios, sin embargo, difieren en la relación con los factores sociodemográficos, puesto que se han encontrado, por ejemplo, unas puntuaciones más elevadas en

la escala de autoestigma en mujeres y pacientes desempleados, así como niveles más bajos de autoestigma cuando la escolaridad es mayor (18, 19).

En Norteamérica, el escenario es semejante; así lo demostraron dos estudios realizados en EE. UU. En California, se estudiaron a personas con enfermedades mentales graves, en quienes se reportó una prevalencia de estigma internalizado del 36 % (20); igualmente, el resultado de un estudio de la Universidad de Maryland informó una prevalencia de estigma internalizado del 35 % en este grupo de personas (21). Por otro lado, en Alberta, Canadá, las investigaciones reportan que 72 % de las personas con trastornos depresivos y poco más del 85 % de las personas con trastornos del espectro de la esquizofrenia sufren alguna forma de estigma (22).

En Latinoamérica, dos artículos sobre el mismo estudio multicéntrico aportaron conocimiento sobre el estigma internalizado en pacientes con esquizofrenia. Uno de ellos, demostró que el 48.7 % de los pacientes en Bolivia tuvo alto estigma internalizado, comparado con el 38.6 % en Chile y 28.6 % en Perú, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas (23). El otro encontró que todas las dimensiones de estigma (estigma social, experiencia de estigma y autoestigma) estuvieron asociadas con un bajo puntaje en el índice de calidad de vida en esquizofrenia ($p < 0.001$) (24).

En México, se han efectuado dos estudios que evalúan el estigma en pacientes con trastornos mentales, aunque ninguno de ellos ha reportado la prevalencia del mismo. En 2012 se realizó un estudio transversal en pacientes del servicio de psiquiatría del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, en quienes se midió el estigma internalizado: la muestra se integró por pacientes con depresión unipolar, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastornos de ansiedad, trastornos por abuso de sustancias y otros, encontrando que los pacientes con esquizofrenia, consumo de sustancias y trastorno bipolar obtuvieron los puntajes más altos en la Escala de Estigma Internalizado de King, con una media de 33,

30.62 y 29.71, respectivamente; no obstante, se encontró estigma en todos los grupos, con una media para trastornos de ansiedad de 24.28, depresión unipolar, 22.82 y otros diagnósticos, 17.50 (25). Por otro lado, en 2017, el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz realizó un estudio en pacientes con esquizofrenia en donde se encontró que la duración de la hospitalización y la edad de inicio de la enfermedad son factores que podrían conferir mayor riesgo de autoestigma (26).

Estigma internalizado en salud mental y hospitalización.

Antes de que la psiquiatría fuera establecida como una disciplina médica, la hospitalización de personas con trastornos mentales era más un acto de estigma social que un acto terapéutico. Después del nacimiento de las disciplinas en salud mental, la hospitalización psiquiátrica fue legitimada y ha demostrado ser indispensable, ayudando a personas con trastornos mentales y previniendo suicidios; no obstante, a pesar de que ha pasado más de un siglo desde que se produjo esta legitimación, la hospitalización psiquiátrica sigue siendo tema de estigma: la hospitalización de una persona mentalmente enferma todavía se está utilizando, en muchos casos, con el propósito de discriminación, principalmente en los ingresos a largo plazo, en los que muchos pacientes tienen estadías superiores a un año. En este sentido, la hospitalización psiquiátrica imita un marco social-biológico ya que puede verse como un procedimiento biológico-médico legítimo y reflejar, a la vez, un acto de estigma social, perpetuando así una antigua herencia (27). La literatura reporta que, para los adolescentes que han sido hospitalizados en una institución psiquiátrica, el estigma entre pares, real o anticipado, puede ser particularmente profundo debido a los estereotipos culturales que asocian este tratamiento con problemas graves, pérdida de control y potencial de peligro (28); de hecho, aunque los jóvenes a menudo consideran que la hospitalización es beneficiosa (29, 30), también informan sobre consecuencias negativas como la

pérdida de la condición social y el estigma (31, 32). No obstante, no existen reportes de prevalencia o incidencia de estigma internalizado durante la hospitalización hasta el momento.

A este respecto, se han desarrollado y probado intervenciones efectivas que tienen como objetivo reducir el autoestigma entre las personas con enfermedades mentales. Tal es el caso de Mittal y cols., quienes demostraron que de los 14 estudios evaluados, ocho otorgaron beneficios en términos de reducción del autoestigma y la mayoría de las estrategias de reducción del autoestigma consistieron en sesiones psicoeducativas individuales y a nivel grupal (33,34).

Estigma internalizado en salud mental y adherencia terapéutica.

La OMS define el término adherencia terapéutica como el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, corresponde a las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario (35). El uso racional de la medicación busca la recuperación, el alivio de los síntomas y una reducción de las incapacidades y las recaídas. Sin embargo, uno de los problemas encontrados en la práctica clínica es el uso irregular o el abandono de la terapia con medicamentos por parte de personas con trastornos mentales. Asimismo, la falta de adherencia a los fármacos psiquiátricos adecuadamente prescritos compromete la efectividad de los tratamientos disponibles y se asocia a pobres resultados terapéuticos tales como aumento del riesgo de recaída y de recurrencia, así como mayores costos de la asistencia sanitaria (36). De hecho, las tasas de falta de adherencia a la medicación de los pacientes psiquiátricos oscilan entre el 28 y el 52 % en los pacientes con depresión mayor, entre el 20 y el 50 % en los pacientes con trastorno bipolar, y entre el 20 y el 72 % en los pacientes con esquizofrenia (37).

La literatura reporta que los niveles más altos de estigma internalizado se relacionan significativamente con síntomas psiquiátricos más graves, una peor adherencia al tratamiento y una menor utilización de los servicios de salud mental (38, 39, 40). Hasta el 20 % de las personas pueden incluso suspender el tratamiento prematuramente debido al estigma internalizado (41). En el estudio de Kamaradova y colaboradores, se incluyeron a 332 pacientes psiquiátricos en los que se evaluó la relación entre el autoestigma y la adherencia actual al tratamiento, con el cuestionario DAI-10 y la interrupción voluntaria de la medicación en el pasado. Se encontró que los niveles más bajos de autoestigma estaban relacionados con una mejor adherencia y cuanto más autoestigmatizados estaban los pacientes, menor era su adherencia actual al tratamiento, y más grave era su condición (42). Por otra parte, en el estudio de Yilmaz y colaboradores, se evaluó a 63 pacientes con esquizofrenia, midiendo el estigma internalizado con la escala del estigma internalizado de la enfermedad mental (ISMI) y la adherencia a la medicación con la escala de Morisky. Se determinó que el estigma internalizado tiene un impacto negativo en la adherencia y la actitud hacia el tratamiento (43). Del mismo modo, en el meta-análisis de James y colaboradores, se evaluaron las correlaciones y consecuencias del estigma internalizado en un total de 45 artículos, analizando la adherencia al tratamiento en once estudios (8.7 %); de esos estudios, se demostró la existencia de una correlación negativa significativa con el estigma internalizado (44). En cuanto a las consecuencias del pobre apego terapéutico, se tiene reportado que, desafortunadamente, una peor adherencia al tratamiento se relaciona con resultados más pobres del tratamiento, más reingresos al hospital y mayores costos de salud (45). Asimismo, en EE. UU., se estima que el costo de la falta de adherencia terapéutica podría ser de hasta 300 mil millones de dólares anuales (46). Por estas razones se ha afirmado que aumentar la efectividad de las intervenciones de adherencia puede tener un impacto mucho mayor en la salud de la población que cualquier mejora en tratamientos médicos específicos (45).

JUSTIFICACIÓN

Este estudio aportará evidencia científica sobre el estigma internalizado en México, específicamente en pacientes hospitalizados con enfermedades mentales, cuya contribución se enfocará en la frecuencia del estigma internalizado y su asociación con la adherencia terapéutica; ello sentará las bases para futuros estudios de mayor alcance en la misma línea de investigación.

Este proyecto de investigación busca, además, reducir el estigma internalizado en los participantes evaluados, puesto que dichos pacientes serán beneficiados con el otorgamiento de información sobre el estigma internalizado a través de folletos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial, la frecuencia de estigma internalizado en pacientes psiquiátricos es alta, con una prevalencia del 20 al 40 %. En Norteamérica, se ha reportado una prevalencia de estigma internalizado del 36 % en personas con enfermedades mentales graves (13); en tanto que en Latinoamérica se han reportado cifras de entre 28.6 y 48.7 % (23). La literatura reporta que los niveles más altos de estigma internalizado se relacionan significativamente con síntomas psiquiátricos más graves, una peor adherencia al tratamiento y una menor utilización de los servicios de salud mental (32, 33, 34); se sabe que hasta el 20 % de las personas con enfermedades mentales pueden suspender el tratamiento prematuramente debido al estigma internalizado (35). En cuanto a las consecuencias del pobre apego terapéutico, se tiene reportado que, desafortunadamente, una peor adherencia al tratamiento se relaciona con resultados más pobres del tratamiento, más reingresos hospitalarios y mayores costos en salud (39); en EE. UU. se estima que el costo de la falta de adherencia terapéutica podría ser de hasta 300 mil millones de dólares anuales (40).

Reducir el estigma en las personas con enfermedades mentales es uno de los principales objetivos del Plan de Acción de Salud Mental de la OMS, pues se ha demostrado el notable beneficio de las intervenciones a este respecto, estrategias consistentes, en su mayoría, en sesiones psicoeducativas individuales y grupales (27,28). En este sentido, Institutos y Centros Médicos Nacionales en México han realizado estudios con la finalidad de evaluar el estigma internalizado; no obstante, dichos estudios no han determinado la frecuencia del estigma internalizado ni en pacientes ambulatorios ni en pacientes hospitalizados, y tampoco se ha considerado su asociación con la adherencia terapéutica.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la frecuencia de estigma internalizado y su asociación con la adherencia terapéutica en pacientes psiquiátricos hospitalizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz?

HIPÓTESIS

La frecuencia y grado de estigma internalizado en pacientes psiquiátricos hospitalizados será mayor a lo reportado en pacientes ambulatorios y su asociación con la adherencia terapéutica será negativa.

OBJETIVOS

Objetivo general

Estudiar el estigma internalizado y estimar su asociación con la adherencia terapéutica en pacientes psiquiátricos hospitalizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM).

Objetivos específicos

- Determinar las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes hospitalizados en el INPRFM.
- Evaluar el grado de estigma internalizado en los pacientes hospitalizados en el INPRFM.
- Identificar el grupo de edad y sexo con los niveles más altos de estigma internalizado en los pacientes hospitalizados en el INPRFM.
- Identificar los padecimientos psiquiátricos con el grado más alto de estigma internalizado en los pacientes hospitalizados en el INPRFM.
- Evaluar el grado de adherencia terapéutica en la primera cita de la consulta externa en los pacientes psiquiátricos egresados del INPRFM.
- Determinar la asociación entre el estigma internalizado y las características sociodemográficas y clínicas en los pacientes psiquiátricos hospitalizados del INPRFM.
- Evaluar la relación entre estigma internalizado y los días de estancia hospitalaria en los pacientes psiquiátricos egresados del INPRFM.
- Determinar la asociación entre la adherencia terapéutica y las características sociodemográficas y clínicas en los pacientes psiquiátricos egresados del INPRFM.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio.

De acuerdo a la clasificación realizada por Alvan R. Feinstein (49) se trata de un estudio:

- De acuerdo a su propósito general: Descriptivo
- De acuerdo al tipo de agente: Observacional
- De acuerdo a la colocación de los agentes: Descriptivo.
- De acuerdo a su dirección temporal: Transversal.
- De acuerdo a la recolección de datos: Prolectivo.
- Por sede, de tipo unicéntrico.

Tipo de muestreo.

Se llevará a cabo un muestreo no probabilístico, de tipo consecutivo, por lo que se reclutarán a todos los individuos que cumplan con los criterios de selección durante el tiempo de reclutamiento fijado para el estudio.

Cálculo del tamaño de muestra

Se calculó el tamaño mínimo de muestra para una proporción con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{(1.96)^2 p (1 - p)}{i^2}$$

Donde:

n= tamaño mínimo de muestra.

1.96= nivel de confianza al 95%.

p= prevalencia = 0.50.

i= precisión = 0.05.

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot 0.50 \cdot (1 - 0.50)}{0.05^2}$$

$$n = 384$$

Posteriormente, se utilizó la siguiente fórmula para considerar las pérdidas durante el estudio:

$$na = n \frac{1}{(1 - r)}$$

Donde:

na= número ajustado de sujetos.

n= tamaño mínimo de muestra.

r= porcentaje esperado de pérdidas al 10% (0.10).

$$na = 384 \frac{1}{(1 - 0.10)}$$

$$na = 427 \text{ participantes}$$

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Pacientes, hombres o mujeres, de 18 a 80 años de edad.
- Pacientes hospitalizados en el INPRFM.
- Pacientes con diagnóstico psiquiátrico en eje I y/o eje II.
- Pacientes que reciban tratamiento farmacológico.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con síntomas psicóticos, de manía o diagnóstico al ingreso de trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- Juicio nulo al momento de la invitación al estudio (confirmado en la nota del día de la invitación al estudio en el expediente clínico, ya sea en la nota de ingreso o en la nota de evolución).
- Pacientes que no sepan leer y escribir.

Criterios de eliminación:

- Pacientes con datos incompletos en el expediente clínico.
- Pacientes en quienes no se completen las mediciones.

Variables a estudiar.

Características clínicas: Diagnóstico psiquiátrico en eje I, diagnóstico en eje II, días de estancia hospitalaria y antecedente de hospitalizaciones previas.

Características sociodemográficas: Edad, sexo, religión, escolaridad, estado civil, lugar de residencia, ocupación, nivel socioeconómico.

Variables de interés: estigma internalizado y adherencia al tratamiento.

Variable	Clasificación	Tipo	Definición operacional	Escala de medición
Edad	Independiente	Numérica discreta	En años	Expediente clínico
Sexo	Independiente	Nominal dicotómica	Masculino y femenino	Expediente clínico
Religión	Independiente	Nominal dicotómica	Sí o No	Expediente clínico
Escolaridad	Independiente	Ordinal	En años	Expediente clínico

Estado civil	Independiente	Nominal	Soltero Casado Viudo Unión libre	Expediente clínico
Lugar de residencia	Independiente	Nominal	Delegación/Municipio y entidad federativa	Expediente clínico
Ocupación	Independiente	Nominal	Empleado Desempleado Hogar Estudiante	Expediente clínico
Nivel socioeconómico	Independiente	Numérica discreta	1 al 5	Expediente clínico
Diagnóstico psiquiátrico en eje I	Independiente	Nominal	Diagnóstico psiquiátrico	Expediente clínico
Diagnostico en eje II	Independiente	Nominal	Personalidad o trastorno de personalidad	Expediente clínico
Días de estancia hospitalaria	Independiente	Numérica discreta	Número de días	Expediente clínico
Antecedente de hospitalizaciones previas	Independiente	Nominal dicotómica	Número de hospitalizaciones previas	Expediente clínico
Estigma internalizado	Independiente	Dimensional	Puntaje de 0 a 112, a mayor puntaje mayor estigma.	Escala de King
Adherencia al tratamiento	Dependiente	Dimensional	Puntaje de 0 a 8. 8 → alta adherencia 7 a 6 → adherencia media. <6 → baja adherencia.	Escala de Morisky

Población a estudiar:

Pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz en el periodo 2020-2021, que cumplan con los criterios de inclusión y decidan participar voluntariamente en el estudio.

Instrumentos de medición

Para el presente estudio se realizará una revisión del expediente clínico, para la obtención de los datos clínicos y sociodemográficos. Por otra parte, se hará uso de la escala de King y la escala de Morisky para la medición del estigma internalizado y la adherencia terapéutica, respectivamente.

Escala de Estigma de King

Esta escala de estigma de King (50, 51) está diseñada para medir el nivel de estigma internalizado en el paciente psiquiátrico. La escala de estigma contiene 28 ítems calificados en una escala Likert de cinco puntos que varía de 1 = totalmente en desacuerdo a 5 = totalmente de acuerdo. Trece ítems en la escala pertenecen a experiencias de discriminación (es decir, “percepción de hostilidad por parte de otros u oportunidades perdidas debido a actitudes prejuiciosas”), 10 ítems evalúan la disposición de una persona para divulgar información de salud mental a otros, y cinco ítems se refieren el reconocimiento de una persona de los aspectos positivos de su enfermedad mental. La escala se puede analizar para obtener un puntaje total y tres puntajes de subescala.

Se puede determinar un puntaje de estigma total agregando todas las respuestas; el puntaje total más bajo posible es 0 y el puntaje total más alto posible es 112, con puntajes más altos que indican más estigma de enfermedad mental. Se puede determinar un puntaje de subescala de discriminación agregando respuestas a los 13 ítems de discriminación; el puntaje de discriminación más bajo posible es 0 y el puntaje de discriminación más alto posible es 48, con puntajes más altos que indican más experiencias de discriminación debido a una enfermedad mental. Se puede obtener un puntaje de subescala de divulgación agregando respuestas a los 10 ítems de divulgación; el puntaje de divulgación más bajo posible es 0 y el puntaje de divulgación más alto posible es 44, con un puntaje de divulgación más

alto que indica una menor probabilidad de revelar información sobre enfermedades mentales. Se puede determinar una puntuación de subescala de aspectos positivos agregando respuestas a los cinco elementos de aspectos positivos; el puntaje de aspectos positivos más bajo posible es 0 y el puntaje de aspectos positivos más alto posible es 20, con puntajes más altos que indican una menor probabilidad de ver los aspectos positivos de la enfermedad mental.

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

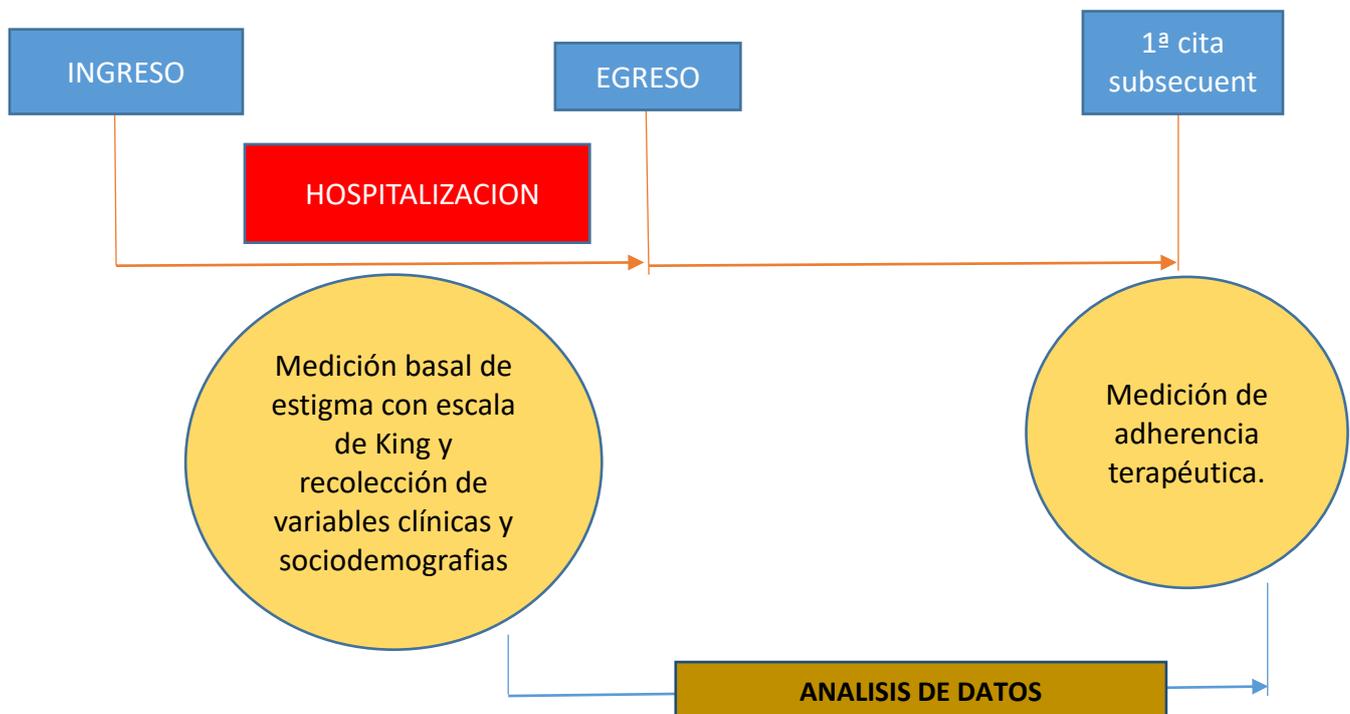
Escala de Morisky (MMAS-8)

La Escala Morisky de Adherencia a los Medicamentos de 8-items (52,53) es una medida estructurada auto-informada de la conducta de toma de la medicación. Fue desarrollada a partir de una escala de cuatro ítems previamente validada y complementada con ítems adicionales que abordan las circunstancias que rodean a la conducta de adherencia. Esta escala fue específicamente diseñada para facilitar el reconocimiento de las barreras y los comportamientos asociados con la adherencia a los medicamentos de uso crónico como son los fármacos psiquiátricos. La escala proporciona información sobre conductas relacionadas con el uso de medicamentos que pueden ser involuntarias (por ejemplo, falta de memoria) o intencionales (por ejemplo, no tomar los medicamentos debido a sus efectos secundarios). La escala MMAS-8 está actualmente disponible en 33 idiomas y se utiliza ampliamente en diversos tipos de estudios.

La versión validada en español de la Escala autoadministrada de Morisky de Adherencia a la Medicación de 8 ítems (MMAS- 8) está diseñada para valorar la adherencia a la medicación. Las opciones de respuesta son “sí” o “no” para los ítems del 1 a 7, mientras que el ítem 8 se contesta según una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos. Cada respuesta “no” es valorada como 1 y cada respuesta “sí” como 0, con excepción del ítem 5 en el que la respuesta “sí” es valorada como 1 y la respuesta “no” como 0. Para el ítem 8, el código (0-4) tiene que ser normalizado dividiendo el resultado por 4 para calcular la puntuación total. El rango de puntuación total de la escala MMAS-8 va desde 0 a 8, reflejando la puntuación 8 una alta adherencia, las puntuaciones 7 o 6 reflejan una adherencia media y las puntuaciones inferiores a 6 una baja adherencia.

La versión al español de la escala tiene una consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0.75 y la contribución de los diferentes ítems a la puntuación total de la escala MMAS-8 del mismo modo es significativa ($p=0.000$).

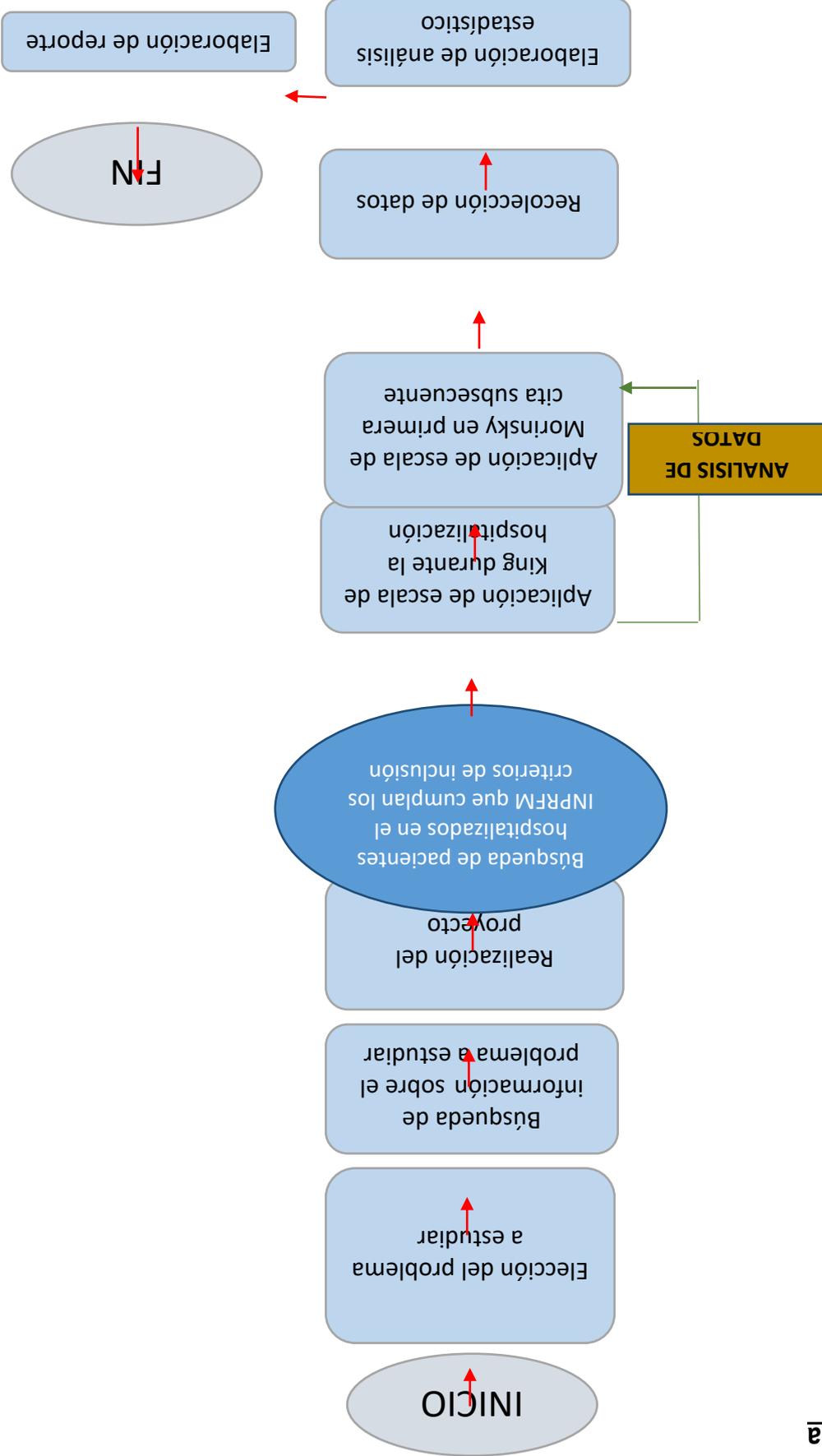
Procedimiento del estudio



Para el presente estudio se determinará el estigma internalizado durante el internamiento por medio de la escala de King y se hará la recolección por medio de expediente de las variables clínicas y sociodemográficas como parte de la primera evaluación, datos que serán guardados en una base de datos. Posteriormente, durante la primera cita de seguimiento se procederá a realizar la medición de la adherencia terapéutica por medio de la escala de Morisky. Por último, al capturar la totalidad de los datos en la base, se procederá a realizar el análisis de frecuencia de estigma internalizado y la asociación del mismo con la adherencia terapéutica y las variables clínicas y sociodemográficas.

Análisis de datos

Análisis de datos: se describirán en frecuencias, rangos y proporciones de las variables sociodemográficas. Se realizará coeficiente de correlación de Pearson para evaluar la relación entre las variables de estigma internalizado y la adherencia terapéutica.



ASPECTOS ÉTICOS

- Se le ofrecerá a cada uno de los pacientes participar de manera voluntaria, con una previa explicación verbal de los procedimientos, objetivos, duración y las posibles ventajas de realización del estudio.
- Se obtendrá posteriormente el consentimiento informado por escrito.
- La descripción del estudio incluirá información sobre la confidencialidad del mismo, la posibilidad de abandonarlo en cualquier momento si así se deseara, el hecho de que la atención médica no cambiará al aceptar o rechazar participar en la investigación.
- Se respetará la confidencialidad del paciente mediante la asignación de un número de folio a cada participante.
- En caso de que el paciente presente un episodio de desregulación emocional o cualquier otra situación que amerite atención oportuna, se contará con un médico capacitado para otorgar contención, valoración y de ser el caso, canalización para manejo adecuado.
- A todos los pacientes del estudio se les ofrecerá material psicoeducativo acerca del estigma internalizado y estrategias de apoyo.
- A los pacientes que presenten niveles significativamente altos de estigma internalizado se les brindará amplia psicoeducación al respecto. .

CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	AGOSTO 2019 A DICIEMBRE 2019	ENERO 2020 A FEBRERO 2020	2020-2021	2022
Definir tema de estudio y realización de anteproyecto	x			
Entrega de anteproyecto	x			
Dictamen por el comité de tesis y por el comité de ética		x		
Recolección de la muestra			x	
Concentración de datos			x	
Análisis de datos				x
Elaboración de trabajo final y entrega de tesis				x

RESULTADOS

Descripción general de variables sociodemográficas

Del total de 291 participantes, 228 (78.4%) fueron mujeres y 63 (21.7%) fueron hombres, con una media de edad de 28.4 DE 11.7 años; y 196 (67.4%) tuvieron menos de treinta años. Así mismo, 197 (67.7%) refirieron profesar alguna religión, 206 (70.8%) reside en la Ciudad de México (CDMX), 186 (64%) tiene alguna ocupación laboral y 162 (55.7%) refirió tener un ingreso mensual de ocho mil pesos o más. En cuanto a la escolaridad, 230 (79%) estudiaron la preparatoria o más, y en cuanto al estado civil, 240 (82.5%) no tenía pareja al momento de la entrevista.

Descripción general de variables clínicas

Referente a las variables clínicas, se midieron los diagnósticos principales del eje I y los diagnósticos del eje II, de los que 105 (36.1%) de los participantes presentaron TDM grave con ideación suicida en el diagnóstico principal del eje I y 173 (59.4%) no tuvo ningún diagnóstico del eje II; no obstante, 102 (35%) presentó trastorno límite de la personalidad.

Posteriormente, se analizó cada uno de los diagnósticos principales del eje I, de modo que, del total de la muestra, 230 (79%) tuvo algún trastorno depresivo mayor, 87 (29.9%) tuvo TDM grave con intento suicida, 105 (36.1%) TDM grave con ideación suicida, 4 (1.4%) TDM grave sin riesgo suicida, 2 (0.7%) TDM grave con síntomas psicóticos, 18 (6.2%) TDM moderado con ideación suicida, 13 (4.5%) TDM moderado con intento suicida, 1 (0.3%) TDM moderado sin riesgo suicida, 9 (3.1%) ideación suicida, 8 (2.8%) intento suicida, 23 (7.9%) trastornos psicóticos, 3 (1.0%) trastorno bipolar, 71 (24.4%) trastornos de ansiedad, 75 (25.7%) trastornos por consumo de sustancias, 58 (19.9%) trastornos de la conducta alimentaria, 8 (2.3%) trastorno obsesivo compulsivo, 13 (4.5%) TDAH, 7 (2.4%) Trastorno neurológico funcional, 1 (0.3%) trastorno facticio, 36 (12.4%) TEPT y 3 (1%) trastorno por síntomas somáticos. Por otra parte, 126 (43.3%) de los participantes

tuvo dos diagnósticos, 75 (25.7%) hospitalizaciones previas y 157 (57.1%) estancia intrahospitalaria de 21 días o menos.

Descripción general de las variables de interés: estigma y adherencia terapéutica

En cuanto a las variables principales de interés, la adherencia terapéutica fue evaluada mediante la escala de Morisky, la cual se divide en adherencia baja, media y alta. Resultó adherencia media en 38 (13.9%) y adherencia alta en 236 (86.1%). Ningún participante presentó adherencia terapéutica baja. Por otra parte, la media del puntaje de estigma en el total de la muestra fue de 54.0 DE 19.5 puntos. Sobre las subescalas de la escala de King, utilizada para medir el estigma en los participantes, las medias fueron las siguientes: 25.7 DE 11.0 puntos para discriminación, 21.3 DE 9.2 para divulgación y 7.0 DE 3.1 puntos para aspectos positivos.

Puntaje de estigma y variables sociodemográficas

En este sentido, se calcularon las diferencias entre la media del puntaje de estigma y las características sociodemográficas como se reporta a continuación: 55.7 DE 19.9 puntos en mujeres y 48.0 DE 16.7 puntos en hombres, es decir, mayor estigma en mujeres, con diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p=0.005$). 53.9 DE 19.2 puntos en menores de treinta años y 54.4 DE 20.2 puntos en aquellos de treinta años y más, sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p=0.825$). 55.2 DE 19.8 puntos en aquellos que profesan alguna religión y 51.7 DE 18.8 puntos en aquellos sin religión, sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p=0.162$). 54.5 DE 18.9 puntos para aquellos que residen en la CDMX y 53.1 DE 20.8 puntos en los que residen en otros estados de la República Mexicana, sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p=0.583$). 55.1 DE 19.8 puntos en aquellos que se ocupaban en alguna labor y 52.1 DE 18.9 puntos en quienes no tienen ocupación alguna, sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p=0.199$). 54.4 DE 19.2 puntos en los que refirieron ganar ocho mil pesos

mensuales o más y 54.4 DE 19.8 puntos en aquellos que ganan menos de esa cantidad, sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p=0.757$). 54.0 DE 19.5 puntos en quienes estudiaron preparatoria o más y 54.0 DE 19.7 puntos en aquellos con educación básica, sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p=0.999$). 50.1 DE 20.0 puntos en los participantes con pareja y 54.9 DE 19.3 en aquellos sin pareja al momento de la entrevista, sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p=0.113$). No obstante, este puntaje de estigma fue categorizado en los grupos con estigma alto y con estigma bajo.

Categorización del estigma y variables sociodemográficas.

Los participantes con estigma alto fueron 150 (51.5%), y con estigma bajo 141 (48.5%). En relación al género, fueron mujeres 128 (85.3%) de los pacientes con estigma alto, y 100 (70.9%) de los pacientes con estigma bajo, es decir, fueron más las mujeres las que presentaron estigma alto, con diferencias estadísticamente significativas entre ellos ($p=0.003$). La media de edad fue de 28 DE 11.4 años en los pacientes con estigma alto y 28.8 DE 12 años en aquellos con estigma bajo, sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p=0.563$). Y tuvieron menos de treinta años 100 (66.7%) de los pacientes con estigma alto y 96 (68.1%) con estigma bajo, sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p=0.796$). Del mismo modo, refirieron profesar alguna religión 105 (70%) de los participantes con estigma alto y 92 (65.3%) de aquellos con estigma bajo, sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p=0.386$). Refirió residir en la CDMX 108 (72%) de los participantes con estigma alto y 98 (69.5%) de aquellos con estigma bajo, sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p=0.640$). Indicó tener alguna ocupación laboral 100 (66.7%) de los participantes con estigma alto y 86 (60.9%) de aquellos con estigma bajo, sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p=0.314$). Y refirió ganar un ingreso mensual de ocho mil pesos o más

83 (55.3%) de los participantes con estigma alto y 79 (56%) de aquellos con estigma bajo, sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p=0.905$). Por otro lado, en cuanto a la escolaridad, 117 (78%) de los participantes con estigma alto estudió la preparatoria o más, y 113 (80.1%) de aquellos con estigma bajo, sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p=0.654$). En cuanto al estado civil, 124 (82.7%) de los participantes con estigma alto se encontraban sin pareja al momento de la entrevista, y 116 (82.3%) de aquellos con estigma bajo, sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p=0.929$).

A este respecto, se calcularon las Razones de Momios de Prevalencias (RMP) con Intervalos de Confianza al 95% (IC95%) para las variables sociodemográficas, cuyas RMP (IC95%) fueron las siguientes: ser mujer 2.38 (1.33-4.26), edad menor a treinta años 0.93 (0.57-1.53), profesar alguna religión 1.24 (0.75-2.03), residir en la CDMX 1.12 (0.68-1.87), dedicarse a alguna ocupación 1.27 (0.79-2.06) y ganar un ingreso mensual menor a ocho mil pesos 1.02 (0.64-1.63), estudiar educación básica 1.13 (0.64-2.0) y no tener pareja 1.02 (0.56-1.88).

Categorización del estigma y variables clínicas

En cuanto a las variables clínicas, de los diagnósticos principales del eje I, 62 (41.3%) de los participantes con estigma alto presentó TDMG con ideación suicida y 43 (30.5%) de aquellos con estigma bajo, sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p=0.719$). Y de los diagnósticos del eje II, 68 (45.3%) de los participantes con estigma alto presentó TLP y 34 (24.1%) de aquellos con estigma bajo, con diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (**$p=0.001$**). Por otra parte, en cuanto al análisis de las diferencias de cada uno de los diagnósticos del eje I entre los participantes con estigma alto y bajo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los trastornos de la conducta alimentaria (**$p=0.037$**) y TEPT (**$p=0.022$**), es decir, el tener este diagnóstico es un factor para presentar estigma alto.

En cuanto al número de diagnósticos, 62 (41.3%) de los participantes con estigma alto y 64 (45.4%) de aquellos con estigma bajo presentaron dos diagnósticos, sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p=0.237$). Sobre las hospitalizaciones previas, fueron referidas en 44 (29.3%) de los participantes con estigma alto y 31 (22%) de aquellos con estigma bajo, sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p=0.152$). La estancia intrahospitalaria de 21 días o menos fue referida en 72 (51.8%) de los participantes con estigma alto y 85 (62.5%) de aquellos con estigma bajo, sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p=0.073$).

En cuanto a las variables clínicas, se obtuvieron las siguientes RMP (IC95%) para los diagnósticos principales del eje I cuando se analizaron por separado: trastornos depresivos mayores 1.57 (0.89-2.78), TDMG con intento suicida 0.88 (0.53-1.46), TDMG con ideación suicida 1.60 (0.98-2.60), TDMG sin riesgo suicida 2.85 (0.29-27.79), TDMG con síntomas psicóticos 0.93 (0.05-15.16), ideación suicida 0.74 (0.19-2.83), intento suicida 0.93 (0.23-3.82), TDMM con ideación suicida 0.73 (0.28-1.92), TDMM con intento suicida 1.10 (0.36-3.36), trastornos psicóticos 0.70 (0.29-1.65), trastorno bipolar 0.45 (0.15-1.35), trastornos de ansiedad 1.19 (0.69-2.04), trastornos por consumo de sustancias 0.57 (0.33-0.97), trastornos de la conducta alimentaria 1.87 (1.03-3.38), TOC 0.30 (0.06-1.53), TDAH 0.79 (0.26-2.43), TNF 1.26 (1.27-5.73), TEPT 2.36 (1.11-5.0) y trastorno por síntomas somáticos 1.89 (0.16-21.09). Por otro lado, para los diagnósticos del eje II, las RMP (IC95%) fueron las siguientes: TLP 2.61 (1.56-4.35), trastorno narcisista de personalidad 2.61 (0.46-14.64), trastorno dependiente de personalidad 1.30 (0.08-21.23), TLP + trastorno narcisista de personalidad 0.32 (0.03-2.98) y TLP + trastorno antisocial de personalidad 1.30 (0.08-21.23). Referente al número de diagnósticos, se obtuvo RMP (IC95%) de 1.07 (0.63-1.34) para dos diagnósticos, 1.71 (0.86-3.40) para tres diagnósticos y 2.48 (0.71-8.62) para cuatro diagnósticos. 1.47 (0.86-2.50) para el antecedente de hospitalizaciones previas y 1.55 (0.95-2.50) para estancia intrahospitalaria de más de 21 días.

De la asociación entre estigma y adherencia terapéutica.

De los participantes con adherencia terapéutica media —la adherencia más baja presentada en este estudio—, 17 (44.7%) presentaron estigma alto, sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p=0.426$).

Adicionalmente, se realizó una correlación entre estigma y adherencia terapéutica, de los cuales se obtuvieron correlaciones positivas débiles en el puntaje total de estigma ($r=0.039$ $p=0.513$), así como en las subescalas de discriminación ($r=0.063$ $p=0.296$), divulgación ($r=0.002$ $p=0.963$) y aspectos positivos ($r=0.013$ $p=0.825$); no obstante, ninguno de estos resultados fue estadísticamente significativo.

En cuanto a la asociación entre estigma y adherencia terapéutica, se calcularon las RMP (IC95%) para la presencia de estigma alto y adherencia terapéutica media, cuyo resultado fue de 0.75 (0.37-1.50).

DISCUSION

En este estudio que incluyó 291 pacientes hospitalizados con un amplio espectro de diagnósticos psiquiátricos se trató de abordar la asociación entre el estigma internalizado y la adherencia al tratamiento. Actualmente, múltiples investigaciones en pacientes ambulatorios han asociado al estigma internalizado como un factor importante que influye negativamente en la adherencia al tratamiento en diversos trastornos psiquiátricos, entre ellos, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y trastornos psicóticos (54,55,56,57,58). Contrario a lo anterior, en el presente estudio no se encontró ninguna asociación entre el estigma internalizado y la adherencia terapéutica, se cree que esto podría estar relacionado al tipo de muestra, ya que, a diferencia de otros estudios, todos los participantes de este estudio habían sido egresados recientemente de una hospitalización psiquiátrica, es decir de un ambiente contenido, del apoyo social propio de un internamiento y la psicoeducación implementada durante su estancia. Con relación a lo antes dicho, se ha encontrado que el apoyo social puede ser un importante factor en la adherencia al tratamiento. Por ejemplo, Rukuye A. y colaboradores (59), utilizaron la escala multidimensional de apoyo social percibido para determinar los factores de apoyo social percibidos y la Escala de adherencia a la medicación de Morisky, en una muestra de pacientes con trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos por uso de sustancias y trastornos psicóticos. Cuando se realizó el análisis de correlación entre la adherencia al tratamiento y el apoyo social en el estudio; se determinó una correlación positiva entre apoyo social percibido y adherencia terapéutica. Los pacientes que mostraron adherencia al tratamiento tuvieron puntuaciones medias mayores en la escala de apoyo social, a medida que aumentaban las puntuaciones medias de apoyo social, aumentaba la adherencia al tratamiento. Por otra parte, se ha visto que la psicoeducación forma un papel importante en la adherencia al tratamiento. El estudio de González S. y colaboradores (60), investigó si las actividades psicoterapéuticas y

psicoeducativas, durante una hospitalización en un Hospital de Día Psiquiátrico, podían mejorar aspectos relacionados con los sentimientos y pensamientos sobre la medicación en una muestra de 151 pacientes hospitalizados, encontrando datos significativos en los pensamientos sobre la medicación posterior a las intervenciones psicoterapéuticas y psicoeducativas. Del mismo modo, en el estudio de Apostolia A. y colaboradores (61) se implementó psicoeducación con la finalidad de mejorar las actitudes hacia la medicación. Los resultados del grupo de psicoeducación revelaron que las actitudes hacia la medicación mejoraron significativamente. Asimismo, un metanálisis (62), que incluyó datos de 44 ensayos clínicos aleatorizados de psicoeducación en pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia, informó una mejora significativa en las actitudes hacia la medicación o el comportamiento de adherencia terapéutica posterior a intervenciones psicoeducativas.

Por otra parte, respecto a la asociación de estigma internalizado con variables sociodemográficas, encontramos que las mujeres tenían significativamente mayores puntajes de estigma y mayor frecuencia de estigma alto en comparación con los hombres. Lo anterior concuerda con otros estudios en los que se ha determinado que las mujeres presentan puntajes significativamente más altos de estigma internalizado (63,64). Podemos destacar el estudio de Andrés S, y colaboradores (65), quienes utilizaron la escala de King, misma que se utilizó en este estudio, para evaluar la relación entre la demografía, los diagnósticos de salud mental y el estigma en una muestra étnicamente diversa (n = 1237). Se encontró que las mujeres reportaron significativamente más discriminación y más estigma total relacionado con su salud mental, además, las mujeres reportaron un estigma significativamente mayor relacionado con revelar información sobre su enfermedad mental que los hombres. Estos estudios concluyen que la razón de estas diferencias de estigma entre hombres y mujeres son los factores socioculturales, y esto va a depender de cada región. Sin embargo, tenemos que tomar con reserva

estos resultados, ya que la población del presente estudio fue principalmente representada por mujeres en un 78%, lo cual pudo interferir en este resultado.

Asimismo, una de nuestras hipótesis era que los pacientes hospitalizados tendrían mayor estigma en relación a los pacientes psiquiátricos ambulatorios. En el presente estudio, la media para total de estigma fue de 54.0 DE 19.5, para la subescala discriminación fue de 25.7 DE 11.0, en la escala de divulgación de 21.3 DE 9.2 y para aspectos positivos de 7.0 DE 3.1. En contraste con el presente estudio, Flores R. y colaboradores (51), investigaron el estigma con una muestra de 100 pacientes ambulatorios con diversos diagnósticos psiquiátricos en Jalisco, principalmente esquizofrenia (47%), utilizando la escala de estigma de King, obteniendo las siguientes medias de estigma: estigma total 60.15 DE 17, subescala de discriminación 27.69 DE 9.73, subescala de divulgación 22.10 DE 7.50 y aspectos positivos 10.36 DE 3.98. Como podemos observar, las diferencias con el presente estudio son mínimas, además de que las dos muestras son muy heterogéneas y difícilmente comparables. Asimismo, hay otro estudio realizado en la Ciudad de México por Paredes M. y colaboradores (25), en el que se utilizó también la escala de King para medir el estigma internalizado, en una muestra de 80 pacientes ambulatorios con diversos diagnósticos psiquiátricos, en este estudio se obtuvo la media de estigma total por diagnóstico, la cual vamos a contrastar con nuestros resultados para su discusión:

Diagnostico	Media total de estigma King, Paredes M. y col.	Media total de estigma King, del presente estudio
Trastorno depresivo mayor	51	55.2
Trastorno bipolar	44	48.1
Trastornos psicóticos	56	46.3
Trastornos de ansiedad	47	54.6
Trastorno por consumo de sustancias	40	50.7

Como podemos observar, a simple vista en la mayoría de los diagnósticos la media total de estigma del presente estudio es más alto, no obstante, nuevamente por las diferencias entre muestras es difícil la comparación. Lo anterior nos hace pensar que faltan estudios en México que comparen muestras de pacientes ambulatorios y hospitalizados, así como estudios longitudinales de estigma internalizado para poder entender mejor este fenómeno.

En cuanto a las variables clínicas, en el presente estudio se encontró que los participantes con trastorno de la conducta alimentaria (TCA), trastorno de estrés postraumático (TEPT) y trastorno límite de personalidad (TLP) tenían significativamente más riesgo de tener estigma alto en comparación a los participantes que no tenían estos diagnósticos. En primer lugar, hablando de los TCA, se ha visto que frecuentemente la población general culpa y responsabiliza a estos pacientes de su situación, atribuyendo etiquetas negativas como manipulación y búsqueda de atención, e incluso se ha identificado este estigma en personal de salud, reportado pérdida de motivación para brindar atención a estos pacientes, así como expresar emociones negativas como incomodidad, frustración, miedo, estrés, ira, exasperación y disgusto (66). En relación a lo anterior, Dimitropoulos G. y colaboradores (66), fueron los primeros en estudiar el estigma internalizado con la escala Estigma Interiorizado de la Enfermedad Mental (ISMI) en una muestra de 36 participantes con el diagnóstico de anorexia nervosa, concluyendo que las personas con anorexia nervosa tienen altos niveles de estigma internalizado que son comparables o mayores que los observados en otras enfermedades mentales. No obstante, hasta el momento parece ser que es el único estudio que se cuenta de estigma internalizado en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria, por lo que la información es escasa.

Por otra parte, hablando sobre el TEPT, a menudo la sociedad responsabiliza a la víctima por la violencia experimentada, al menos parcialmente, y es común la revictimización, lo cual podría ser una explicación del alto estigma que reportan

estos pacientes. Hay dos estudios que han investigado el estigma internalizado en TEPT, ambos en veteranos con dicho diagnóstico, encontrando niveles significativamente altos de estigma, sin embargo, nuevamente la información es escasa y no extrapolable a nuestra población (67,68).

Respecto al TLP, probablemente el alto estigma internalizado reportado en esta población esté relacionado a que la sociedad ha etiquetado negativamente al diagnóstico de TLP, por lo que, tan solo recibir el diagnóstico tiene una carga emocional importante en el paciente, además de que se les cataloga como “difíciles” debido a que llevan a cabo conductas complicadas de manejar o al desgaste emocional que generan en el profesional de salud y sus familiares. Rüsck y colaboradores (69), evaluaron el autoestigma en 60 mujeres con trastorno límite de personalidad (TLP) y 30 mujeres con fobia social, encontrando que las mujeres con TLP mostraron niveles significativamente más altos de estigma internalizado que las mujeres con fobia social. Del mismo modo, Ociskova y colaboradores (70), mostraron que el promedio de la puntuación de la escala ISMI fue estadísticamente mayor en los pacientes con un trastorno de ansiedad y un trastorno de personalidad comórbido en comparación con los pacientes sin esta comorbilidad. De igual forma, Quenneville. A. y colaboradores (71), investigaron el estigma internalizado utilizando la escala ISMI en pacientes con TLP y lo compararon con trastorno por déficit de atención con hiperactividad y trastorno bipolar en muestra 244 pacientes. Encontraron que los participantes con diagnóstico de TLP informaron una puntuación ISMI significativamente más alta que los sujetos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad y trastorno bipolar. Por lo que, con lo que indican estos tres estudios podemos concluir que los pacientes con TLP tienen un riesgo alto de presentar estigma internalizado en comparación con otros diagnósticos, lo cual es consistente con nuestros hallazgos.

La literatura sobre intervenciones dirigidas al estigma internalizado aún es escasa. No obstante, las intervenciones antiestigma están emergiendo en la literatura y se

han desarrollado múltiples psicoterapias en la última década. En su revisión, Yanos P. y colaboradores (72), encontraron una variedad de enfoques eficientes. Señalan la psicoeducación, reestructuración cognitiva, intervenciones grupales, entrenamiento en habilidades sociales y potenciación narrativa para desarrollar un sentido de identidad más amplio. El énfasis en las experiencias, la motivación y el empoderamiento fueron predominantes en la mayoría de los enfoques.

CONCLUSIONES

Con base en los resultados de esta investigación podemos determinar que no se observó asociación entre el estigma internalizado y la adherencia al tratamiento. No obstante, esto podría estar relacionado a que los participantes de este estudio tenían el antecedente de una hospitalización reciente, por lo que probablemente contaban con un mayor apoyo social al egreso y psicoeducación durante su internamiento, dos variables que se han visto asociadas al aumento de la adherencia terapéutica y cambio de actitud con respecto a la medicación. De hecho, se observó que la gran mayoría de los pacientes tenían una alta adherencia al tratamiento. Asimismo, con respecto a las variables sociodemográficas, encontramos que ser mujer se asocia a mayor riesgo de tener alto estigma internalizado, esto es consistente con investigaciones anteriores que atribuyen estas diferencias a factores socioculturales, sin embargo, nuestra muestra estuvo formada principalmente por mujeres lo que pudo interferir en este resultado, esto sugiere que sería conveniente realizar estudios con una muestra más homogénea entre hombres y mujeres para determinar estas diferencias entre género. Por otra parte, observamos que la media de estigma total internalizado en los pacientes hospitalizados fue similar a la de otro estudio realizado Jalisco con pacientes ambulatorios, pero mayor a la de otro estudio realizado en la Ciudad de México, por lo que es necesario realizar un estudio comparativo entre pacientes hospitalizados y ambulatorios para poder estudiar las diferencias de este fenómeno. Por último, encontramos que los diagnósticos de trastorno de la conducta alimentaria, trastorno de estrés postraumático y trastorno límite de personalidad se asociaron significativamente con mayor riesgo de presentar estigma internalizado en comparación con los pacientes que no tenían este diagnóstico, esto probablemente relacionado a que gran parte de estos pacientes son culpados y responsabilizados por su condición, además de que no es infrecuente que generaren emociones negativas por su sintomatología a

cuidadores y profesionales de salud, lo cual promueve el estigma en estos pacientes.

Es importante resaltar, que hasta el momento parece ser que este es el primer estudio que se realiza de estigma internalizado en pacientes durante una hospitalización psiquiátrica por lo que manifestamos la importancia de potenciar áreas de investigación para estudiar este fenómeno. Del mismo modo, todo lo anterior sugiere la necesidad de idear programas públicos de difusión de información, así como estrategias para reducir el estigma, dentro de las cuales Corrigan y colaboradores (73,74) postulan que los "programas de empoderamiento personal" serían la mejor estrategia para disminuir el estigma internalizado, dichas intervenciones implican potenciar los recursos personales de cada persona con enfermedad mental, generando mayor autoestima y control de sus vidas, favoreciendo que los pacientes tengan un rol activo en su atención, generando una mayor motivación a la búsqueda de información, así como también una mejor adherencia al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico. Asimismo, alentamos a los profesionales de la salud mental a ser sensibles al sufrimiento asociado con el estigma internalizado que experimentan las personas con problemas de salud mental.

BIBLIOGRAFIA.

1. World Health Organization. (2013). Mental Health Action Plan 2013-2020. Geneva.
2. World Health Organization (2001). The World Health Report: Mental Health: New Under-Standing. World Health Organization: New Hope, Geneva.
3. Weiss M.G., Ramakrishna J., Somma D. (2006). Health-related stigma: rethinking concepts and interventions Psychology. Health & Medicine: Amsterdam. pp. 277-287.
4. Link B, Phelan JC. (2001). Conceptualizing stigma. Annual Review of Sociology, volumen 27, pp. 363-385.
5. Corrigan P., Kerr A., Knudsen L. (2005). The stigma of mental illness: explanatory models and methods for change. Applied & Preventive Psychology, volumen 11, pp. 179-190.
6. Herek G.M, Gillis J.R, Cogan J.C. (2009). Internalized stigma among sexual minority adults: insights from a social psychological perspective. Journal of Counseling Psychology, volumen 56, pp. 32-43.
7. Corrigan P., Watson A., Heyrman M., Warpinski A., Gracia G., Slopen N. (2005). Structural stigma in state legislation. Psychiatric Services, volumen 56, pp. 557-563.
8. Herek G.M. (2007). Confronting sexual stigma and prejudice: theory and practice. Journal of Social Issues, volumen 63, pp. 905-925.
9. Ritsher J.B (Boyd), Phelan J.C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. Psychiatry Research, volumen 129, pp. 257-265.
10. Livingston JD, Boyd JE. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. Soc Sci Med. volumen 12. pp. 2150-2161.
11. Yang LH, Kleinman A, Link BG, et al. (2007). Culture and stigma: adding moral experience to stigma theory. Soc Sci Med;64(7):1524-35.
12. Secretaria de Salud. (2001). Programa de Acción: Salud Mental. México. p.44.
13. De la Fuente R, Medina mora ME, Caraveo J. (1997). Epidemiología de la patología mental. En: Salud Mental en México. México: Fondo de Cultura Económica. pp. 112-134.
14. Secretaria de Salud. (2002). Boletín de Información Estadística Daños a la Salud. De acuerdo con la Lista Mexicana para la Clasificación Sistema Nacional de Salud. Sistema Nacional de Salud, volumen II, pp. 7-12.
15. Ghanean H., Nojomi M., Jacobsson L. (2011). Internalized stigma of mental illness in Tehran, Iran. Stigma Research and Action, volumen 1, pp.11-17.

16. Ibrahim A. W., Mukhtar Y., Sadique P., (2016). A facility-based assessment of internalized stigma among patients with severe mental illnesses in Maiduguri, North-Eastern Nigeria. *International Neuropsychiatric Disease Journal*, volumen 61: pp.1–11.
17. Assefa D., Shibre T., Asher L., Fekadu A. (2012). Internalized stigma among patients with schizophrenia in Ethiopia: a cross-sectional facility-based study. *BMC Psychiatry*, volumen 12.
18. Girma, E., Tesfaye, M., Froeschl, G., Möller-Leimkühler, A. M., Dehning, S., & Müller, N. (2013). Facility based cross-sectional study of self stigma among people with mental illness: towards patient empowerment approach. *International Journal of Mental Health Systems*, 7, 21.
19. Grambal, A., Prasko, J., Kamaradova, D., Latalova, K., Holubova, M., Marackova, M., Slepecky, M. (2016). Self-stigma in borderline personality disorder - crosssectional comparison with schizophrenia spectrum disorder, major depressive disorder, and anxiety disorders. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 2439–2448.
20. Amy L., Alicia L., Paul B. (2013). A model of internalized stigma and its effects on people with mental illness. *Psychiatric Services*, pp. 64.
21. Ibrahim A. W., Mukhtar Y., Sadique P., (2016). A facility-based assessment of internalized stigma among patients with severe mental illnesses in Maiduguri, North-Eastern Nigeria. *International Neuropsychiatric Disease Journal*, volumen 61: pp.1–11.
22. Wang, J. (2008). The relationship between mental health literacy, personal contacts and personal stigma against depression. *Journal of Affective Disorders*, p.110
23. Caqueo-Úrizar, A., Boyer, L., Urzúa, A., & Williams, D. (2019). Self-stigma in patients with schizophrenia: a multicentric study from three Latin-America countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(8), 905-909.
24. Caqueo-Úrizar, A., Urzúa, A., Habib, J. et al. (2019). Relationships between social stigma, stigma experience and self-stigma and impaired quality of life in schizophrenia across three Latin-American countries. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*.
25. Paredes M, Trejo G, Estupiñan M. (2012). Medición del estigma internalizado y su relación con la adaptación social en pacientes psiquiátricos. *Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 15(2):88-92.
26. Fresán A, Robles-García R, Madrigal E, et al. (2018). Demographic and clinical features related to perceived discrimination in schizophrenia. *Psychiatry Res*; 262:427-430.
27. Loch AA. (2014). Discharged from a mental health admission ward: is it safe to go home? A review on the negative outcomes of psychiatric hospitalization. *Psychol Res Behav Manag*, volumen 7, pp.137–145.

28. Wolff, N., Stuber, J. (2002). State mental hospitals and their host communities: The origins of hostile public reactions. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, volumen 29, pp. 304–317.
29. Grosseohme D. H., Gerbetz L. (2004). Adolescent perceptions of meaningfulness of psychiatric hospitalization. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, volumen 9, pp. 589–596.
30. Moses, T. (2011a). Adolescents' perspectives about brief psychiatric hospitalization: What is helpful and what is not? *Psychiatric Quarterly*, volumen 82, pp. 121–137.
31. Hepper, F., Weaver, T., Rose G. (2005). Children's understanding of a psychiatric in-patient admission. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, volumen 10, pp. 557–573.
32. Moses, T. (2011b). Stigma apprehension among adolescents discharged from brief psychiatric hospitalization. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, volumen 199, pp. 778–789.
33. Mehta N, Clement S, Marcus E, et al. (2015). Evidence for effective interventions to reduce mental health-related stigma and discrimination in the medium and long term: systematic review. *Br J Psychiatry*;207(5):377-84.
34. Mittal D, Sullivan G, Chekuri L, et al. (2012). Empirical Studies of Self-Stigma Reduction Strategies: A Critical Review of the Literature. *Psychiatr Serv*;63(10):974-81.
35. World Health Organization. (2003). Adherence to long term therapies: Evidence for action. Geneva 27, Switzerland. pages110.
36. Velligan, D., Sajatovic, M., Valenstein, M., Riley, W.T., Safren, S. (2010). Methodological challenges in psychiatric treatment adherence research. *Clinical Schizophrenia y Related Psychoses*, volumen 4, pp. 74-91.
37. Julius, R.J., Novitsky, M.A. Jr. y Dubin, W.R. (2009). Medication adherence: A review of the literature and implications for clinical practice. *Journal of Psychiatric Practice*, volumen 15, pp. 34-44.
38. Rüsç N., Corrigan P.W, Wassel A., Michaels P., Larson J.E, Olschewski M., Wilkniss S., Batia K. (2009). Self-stigma, group identification, perceived legitimacy of discrimination and mental health service use. *Br. J. Psychiatry*, volumen 195, pp. 551-552.
39. Corrigan PW. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, volumen 59, pp. 614–625.
40. Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS, Perlick DA, Raue P, Friedman SJ, Meyers BS. (2001). Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *American Journal of Psychiatry*, volumen 158: pp. 479–481.).
41. Corrigan P.W. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychol. Sci. Public Interest*, volumen 15, pp. 37-70.

42. Kamaradova D, Latalova K, Prasko J, (2016). Connection between self-stigma, adherence to treatment, and discontinuation of medication. *Patient Preference Adherence*, volumen 10, pp.1289–1298.
43. Yılmaz E, Okanlı A. (2015). The Effect of Internalized Stigma on the Adherence to Treatment in Patients With Schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs*, volumen 29, pp. 297-301.
44. Livingston JD, Boyd JE. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis *Soc Sci Med*, volumen 71, pp. 2150-61.
45. Lacro P., Dunn L.B., Dolder C.R, Leckband S.G, Jeste DV. (2002). Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literatura. *J. Clin. Psychiatry*, volumen 63, pp. 892-909.
46. Osterberg L, Blaschke T. (2005). Adherence to medication. *N Engl J Med*, volumen 353, pp. 487–497.
47. Organización Panamericana de la Salud. (2013). WHO - AIMS: Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.
48. Organización Panamericana de la Salud. (2014). Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.
49. Feinstein, A. R. (1985). *Clinical Epidemiology: The Architecture of Clinical Research*. W. B. Saunders Company.
50. King M, Dinos S, Shaw J, Watson R. (2007). The stigma scale: development of a standardized measure of the stigma of mental illness. *Br J Psychiatry*, volumen 190, pp. 248-254.
51. Flores R, Medina D, Robles G, et al. (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),333-339.
52. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M. (2008). Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)*, volumen 10, pp. 348-54.
53. De Las Cuevas C, Peñate W. (2015). Psychometric properties of the eight-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in a psychiatric outpatient setting. *nt J Clin Health Psychol*, volumen 15, pp.121-129
54. Kamaradova, D., Latalova, K., Prasko, J., Kubinek, R., Vrbova, K., Mainerova, B., Cinculova, A., Ociskova, M., Holubova, M., Smoldasova, J., & Tichackova, A. (2016). Connection between self-stigma, adherence to treatment, and discontinuation of medication. *Patient preference and adherence*, 10, 1289–1298.
55. Gomes, D., Zanetti, A., Miasso, A. I., Castro, F., & Vedana, K. (2021). Internalized Stigma in People With Mood Disorders: Predictors and

- Associated Factors. *The Journal of nervous and mental disease*, 209(1), 54–58.
56. Cinculova, A., Prasko, J., Kamaradova, D., Ociskova, M., Latalova, K., Vrbova, K., Kubinek, R., Mainerova, B., Grambal, A., & Tichackova, A. (2017). Adherence, self-stigma and discontinuation of pharmacotherapy in patients with anxiety disorders - cross-sectional study. *Neuro endocrinology letters*, 38(6), 429–426.
 57. Vrbová, K., Kamarádová, D., Látalová, K., Ocisková, M., Praško, J., Mainerová, B., Cinculová, A., Kubínek, R., & Ticháčková, A. (2014). Self-stigma and adherence to medication in patients with psychotic disorders--cross-sectional study. *Neuro endocrinology letters*, 35(7), 645–652.
 58. Ansari, E., Mishra, S., Tripathi, A., Kar, S. K., & Dalal, P. K. (2020). Cross-sectional study of internalised stigma and medication adherence in patients with obsessive compulsive disorder. *General psychiatry*, 33(2), e100180.
 59. Aylaz, R., & Kılınc, G. (2017). The Relationship Between Treatment Adherence and Social Support in Psychiatric Patients in the East of Turkey. *Archives of psychiatric nursing*, 31(2), 157–163.
 60. González Soria, C., Fombellida Velasco, C., Fernández Martín, L., Sánchez Pernas, L., Al Chaal Marcos, L., Alonso León, L., Valriberas Herrero, I. (2016). Attitude toward medication as a predictor of therapeutic adherence. Importance of psychoeducation on treatment. *European Psychiatry*, 33(S1), S565-S566.
 61. Alizioti, A., Lyrakos, G. (2021) Measuring the effectiveness of psychoeducation on adherence, depression, anxiety and stress among patients with diagnosis of schizophrenia. a control trial. *Curr Psychol* 40, 3639–3650.
 62. Xia, J., Merinder L. B., & Belgamwar, M. R. (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, CD002831.
 63. Girma, E., Tesfaye, M., Froeschl, G., Möller-Leimkühler, A. M., Dehning, S., & Müller, N. (2013). Facility based cross-sectional study of self stigma among people with mental illness: towards patient empowerment approach. *International Journal of Mental Health Systems*, 7, 21.
 64. Sayed, T.A., Ali, M.M. & Hadad, S. (2021) Risk factors and impact of stigma on psychiatric patients in Sohag. *Egypt J Neurol Psychiatry Neurosurg* 57, 148.
 65. Sarkin, A., Lale, R., Sklar, M., Center, K. C., Gilmer, T., Fowler, C., Heller, R., & Ojeda, V. D. (2015). Stigma experienced by people using mental health services in San Diego County. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50(5), 747–756.
 66. Dimitropoulos, G., McCallum, L., Colasanto, M., Freeman, V. E., & Gadalla, T. (2016). The Effects of Stigma on Recovery Attitudes in People With Anorexia Nervosa in Intensive Treatment. *The Journal of nervous and mental disease*, 204(5), 370–380.

67. Bonfils, K. A., Lysaker, P. H., Yanos, P. T., Siegel, A., Leonhardt, B. L., James, A. V., Brustuen, B., Luedtke, B., & Davis, L. W. (2018). Self-stigma in PTSD: Prevalence and correlates. *Psychiatry research*, 265, 7–12.
68. Mittal, D., Drummond, K.L., Blevins, D., Curran, G., Corrigan, P., Sullivan, G., 2013. Stigma associated with PTSD: Perceptions of treatment seeking combat veterans. *Psychiatr. Reh.J.*36(2), 86.-92.
69. Rüscher N, Hölzer A, Hermann C, et al. (2006) Self-stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia. *J Nerv Ment Dis*;194(10):766–773.
70. Ociskova M, Prasko J, Kamaradova D. (2015) Relationship between personality and self-stigma in mixed neurotic spectrum and depressive disorders – cross sectional study. *Act Nerv Super Rediviva*;57(1–2):22–29.
71. Quenneville, A. F., Badoud, D., Nicastro, R., Jermann, F., Favre, S., Kung, A. L., Euler, S., Perroud, N., & Richard-Lepouriel, H. (2020). Internalized stigmatization in borderline personality disorder and attention deficit hyperactivity disorder in comparison to bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 262, 317–322.
72. Yanos, P. T., Lucksted, A., Drapalski, A. L., Roe, D., & Lysaker, P. (2015). Interventions targeting mental health self-stigma: A review and comparison. *Psychiatric rehabilitation journal*, 38(2), 171–178.
73. Corrigan PW, Roe D, Tsang HW, (2011). *Challenging the stigma of mental illness: lessons for therapists and advocates*. New York: Wiley-Blackwell.
74. Corrigan PW, Shapiro JR, (2010). Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical Psychology Review*;30(8):907-922.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Estigma internalizado en pacientes hospitalizados y su relación con la adherencia terapéutica”.

Código del proyecto: _____

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

1. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de estigma internalizado y estimar su asociación con la adherencia terapéutica en pacientes psiquiátricos hospitalizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM). El estigma internalizado en salud mental es la autoaprobación del participante de estereotipos sociales sobre su trastorno psiquiátrico, que lo lleva a experimentar emociones negativas y a realizar comportamientos de autodiscriminación. Por otro lado, la adherencia terapéutica es el grado en el que el participante se apega a las indicaciones médicas correspondientes a su tratamiento.
2. Si usted acepta participar en este estudio se le proporcionarán dos pruebas para que las conteste usted mismo (pruebas de King y Morisky). La prueba de King mide el estigma internalizado a través de 28 preguntas, y la prueba de Morisky mide la adherencia terapéutica y consta de 8 preguntas. Además, se recabarán algunos datos de su primera consulta de seguimiento.
3. Beneficios derivados del estudio: Usted estará contribuyendo a incrementar el conocimiento sobre el estigma internalizado durante la hospitalización y su relación con la adherencia terapéutica en el INPRFM. Asimismo, se le otorgará información psicoeducativa a través de un folleto de estigma internalizado y estrategias de apoyo. La psicoeducación se refiere a la información o educación que se le ofrece a los participantes que sufren de un trastorno psiquiátrico.
Incomodidades: Tiempo requerido para la resolución de pruebas y preguntas dentro de las mismas. En caso de que el paciente presente malestar emocional o cualquier otra situación que amerite atención oportuna, se contará con un médico capacitado para otorgar atención, y de ser necesario, su canalización para manejo adecuado.
4. **Confidencialidad:** Todos los datos que usted nos proporcione serán mantenidos en total confidencialidad, sólo el investigador principal y los investigadores asociados tendrán acceso a ellos, esto con objeto de que no sea utilizado con fines distintos a los de la investigación. Para la identificación de sus datos no se utilizará su nombre, sino que se le asignará un número de folio para asegurar la confidencialidad. Además, usted puede retirarse del estudio en el momento que desee.

5. La participación en este estudio es totalmente voluntaria. En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio, siéntase en la libertad de dirigirse con el Dr. Maciel Zenil Jesús Antonio (Investigador Principal) al número 55 4160-5000 ext.5339, en un horario de 8:00 a.m. a 4 p.m.

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

___ Acepto que el investigador principal tenga acceso a los datos de mi expediente clínico.

___ No acepto que el investigador principal tenga acceso a los datos de mi expediente clínico.

ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO.

Entiendo que puedo suspender mi participación en este estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi relación con el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. Mi identidad NO será revelada en ninguna referencia del estudio o de sus resultados. Además, recibí una copia de la carta del consentimiento informado.

Fecha: _____

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del investigador principal

Nombre y firma del testigo 1

Nombre y firma del testigo 2

Escala de Morisky

En relación con su tratamiento psiquiátrico. . . .

	SI	NO
1. ¿Olvida tomar su medicina algunas veces?		
2. Algunas veces las personas no se toman su medicina por razones diferentes al olvido. Piense en las dos semanas pasadas ¿dejó de tomar su medicina algún día?		
3. ¿Alguna vez ha tomado menos pastillas, o ha dejado de tomarlas sin decírselo al doctor porque se sentía peor cuando las tomaba?		
4. ¿Cuando viaja o sale de casa olvida llevar sus medicinas algunas veces?		
5. ¿Se tomó sus medicinas ayer?		
6. ¿Cuando siente que sus síntomas están bajo control ¿deja de tomar su medicina algunas veces?		
7. Tomar las medicinas todos los días es realmente incómodo para algunas personas ¿siente usted que es un fastidio lidiar con su plan de tratamiento?		
8. ¿Con qué frecuencia le es difícil recordar que debe tomar todas sus medicinas?		
Nunca/Raramente.....	<input type="checkbox"/>	
De vez en cuando.....	<input type="checkbox"/>	
A veces.....	<input type="checkbox"/>	
Por lo general.....	<input type="checkbox"/>	
Todo el tiempo.....	<input type="checkbox"/>	

© Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8-Item). Use of the ©MMAS is protected by US copyright laws. Permission for use is required. A license agreement is available from: Donald E. Morisky, ScD, ScM, MSPH, Professor, Department of Community Health Sciences, UCLA School of Public Health, 650 Charles E. Young Drive South, Los Angeles, CA 90095-1772.

Escala de King

Escala de Estigma de King et al. Versión en español

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

Enunciado	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en 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 por la policía debido a mis problemas de salud mental.					
9 He sido discriminado 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 cómo reaccionarán los demás si se enteran 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.					
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 mi mismo.					
18 Estoy enojado 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 debido a mis problemas de salud mental.					
25 Evito decirle a la gente acerca de 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 mis problemas de salud mental.					
28 Se me hace difícil decirle a la gente que tengo problemas de salud mental.					

TABLAS DE RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas en pacientes psiquiátricos hospitalizados en el INPRFM (noviembre 2019 - febrero 2022).						
	Total (n=291)	Estigma alto (n=150)	Estigma bajo (n=141)			Grados de libertad
Característica	No. (%)	No. (%)	No. (%)	RMP (IC95%)	p	
Sexo						
Hombre	63 (21.7)	22 (14.7)	41 (29.1)	Referencia		291
Mujer	228 (78.4)	128 (85.3)	100 (70.9)	2.38 (1.33-4.26)	0.003*	
Edad (años) Media ± DE	28.4 ± 11.7	28.0 ± 11.4	28.8 ± 12.0		0.563†	
30 años y más	95 (32.7)	50 (33.3)	45 (31.9)	Referencia		
<30 años	196 (67.4)	100 (66.7)	96 (68.1)	0.93 (0.57-1.53)	0.796*	
Religión						
Ninguna	94 (32.3)	45 (30.0)	49 (34.8)	Referencia		
Con religión	197 (67.7)	105 (70.0)	92 (65.3)	1.24 (0.75-2.03)	0.386*	
Lugar de residencia						
Otros estados	85 (29.2)	42 (28.0)	43 (30.5)	Referencia		
Ciudad de México	206 (70.8)	108 (72.0)	98 (69.5)	1.12 (0.68-1.87)	0.640*	
Ocupación						
Ninguna	105 (36.1)	50 (33.3)	55 (39.0)	Referencia		
Con ocupación	186 (64.0)	100 (66.7)	86 (60.9)	1.27 (0.79-2.06)	0.314*	
Ingreso mensual						
8 mil pesos o más	162 (55.7)	83 (55.3)	79 (56.0)	Referencia		
<8 mil pesos	129 (44.3)	67 (44.7)	62 (44.0)	1.02 (0.64-1.63)	0.905*	

*Chi cuadrada; †T de Student para muestras no relacionadas. RMP(IC95%)= Razón de Momios de Prevalencia con intervalos de confianza al 95%. INPRFM= Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Tabla 1. Características sociodemográficas en pacientes psiquiátricos hospitalizados en el INPRFM (noviembre 2019 - febrero 2022) (continuación).

Característica	Estigma alto (n=150)		Estigma bajo (n=141)		p
	No. (%)	No. (%)	RMP (IC95%)		
Escolaridad					
Posgrado	4 (2.7)	5 (3.6)	Referencia		
Licenciatura	40 (26.7)	40 (28.4)	1.25 (0.31-4.99)		
Preparatoria	73 (48.7)	68 (48.2)	1.34 (0.34-5.20)		
Secundaria	31 (20.7)	24 (17.0)	1.61 (0.39-6.67)		
Primaria	2 (1.3)	4 (2.8)	0.62 (0.07-5.34)		0.822**
Escolaridad					
Preparatoria o más	117 (78.0)	113 (80.1)	Referencia		
Educación básica	33 (22.0)	28 (19.9)	1.13 (0.64-2.0)		0.654*
Estado civil					
Casado	19 (12.7)	19 (13.5)	Referencia		
Soltero	118 (78.7)	114 (80.9)	1.03 (0.52-2.05)		
Unión libre	7 (4.7)	6 (4.3)	1.16 (0.33-4.12)		
Divorciado	5 (3.3)	1 (0.7)	5.0 (0.53-46.93)		
Viudo	1 (0.7)	1 (0.7)	1.0 (0.05-17.18)		0.665**
Estado civil					
Con pareja	26 (17.3)	25 (17.7)	Referencia		
Sin pareja	124 (82.7)	116 (82.3)	1.02 (0.56-1.88)		0.929*

*Chi cuadrada; **Prueba exacta de Fisher. RMP(IC95%)= Razón de Momios de Prevalencia con intervalos de confianza al 95%.

INPRFM= Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Tabla 1.1. Características sociodemográficas y puntaje de estigma en pacientes psiquiátricos hospitalizados en el INPRFM (noviembre 2019 - febrero 2022).

Característica	Puntaje de estigma		Grados de libertad
	Media ± DE	<i>p</i>	
Total	54.0 ± 19.5		
Sexo			
Hombre	48.0 ± 16.7		
Mujer	55.7 ± 19.9	0.005[†]	289
Edad (años)	- 0.047	0.415 ^{††}	
30 años y más	54.4 ± 20.2		
<30 años	53.9 ± 19.2	0.825 [†]	
Religión			
Ninguna	51.7 ± 18.8		
Con religión	55.2 ± 19.8	0.162 [†]	
Lugar de residencia			
Otros estados	53.1 ± 20.8		
Ciudad de México	54.5 ± 18.9	0.583 [†]	
Ocupación			
Ninguna	52.1 ± 18.9		
Con ocupación	55.1 ± 19.8	0.199 [†]	
Ingreso mensual			
8 mil pesos o más	54.4 ± 19.2		
<8 mil pesos	54.4 ± 19.8	0.757 [†]	

†T de Student para muestras no relacionadas; †† Correlación de Pearson. INPRFM= Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Tabla 1.1. Características sociodemográficas y puntaje de estigma en pacientes psiquiátricos hospitalizados en el INPRFM (noviembre 2019 - febrero 2022) (continuación).

Característica	Puntaje de estigma	
	Media ± DE	<i>p</i>
Escolaridad		
Ninguna	-	
Primaria	41.7 ± 20.6	
Secundaria	55.4 ± 19.3	
Preparatoria	54.7 ± 19.8	
Licenciatura	54.2 ± 18.7	
Posgrado	42.3 ± 20.7	0.983 [¥]
Escolaridad		
Preparatoria o más	54.0 ± 19.5	
Educación básica	54.0 ± 19.7	0.999 [†]
Estado civil		
Soltero	54.5 ± 19.2	
Casado	50.9 ± 21.2	
Unión libre	47.7 ± 16.6	
Divorciado	68.8 ± 22.4	
Viudo	56 ± 8.5	0.732 [¥]
Estado civil		
Con pareja	50.1 ± 20.0	
Sin pareja	54.9 ± 19.3	0.113 [†]

¥ANOVA; †T de Student para muestras no relacionadas. INPRFM= Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Tabla 2. Características clínicas en pacientes psiquiátricos hospitalizados en el INPRFM (noviembre 2019 - febrero 2022) (continuación).

Característica	Total (n=291)	Estigma alto (n=150)	Estigma bajo (n=141)	RMP (IC95%)	p	Grados de libertad
	No. (%)	No. (%)	No. (%)			
Ideación suicida						
No	282 (96.9)	146 (97.3)	136 (96.5)	Referencia		
Sí	9 (3.1)	4 (2.7)	5 (3.5)	0.74 (0.19-2.83)	0.744**	
Intento suicida						
No	283 (97.2)	146 (97.3)	137 (97.2)	Referencia		
Sí	8 (2.8)	4 (2.7)	4 (2.8)	0.93 (0.23-3.82)	1.000**	
Trastornos psicóticos						
No	268 (92.1)	140 (93.3)	128 (90.8)	Referencia		
Sí	23 (7.9)	10 (6.7)	13 (9.2)	0.70 (0.29-1.65)	0.420*	
Trastorno bipolar						
No	276 (94.8)	145 (96.7)	131 (92.9)	Referencia		
Sí	3 (1.0)	5 (3.3)	10 (7.1)	0.45 (0.15-1.35)	0.147*	
Trastornos de ansiedad						
No	220 (75.6)	111 (74.0)	109 (77.3)	Referencia		
Sí	71 (24.4)	39 (26.0)	32 (22.7)	1.19 (0.69-2.04)	0.512*	
Trastornos por consumo de sustancias						
No	216 (74.2)	119 (79.3)	97 (68.8)	Referencia		
Sí	75 (25.77)	31 (20.7)	44 (31.2)	0.57 (0.33-0.97)	0.440*	291
Trastornos de la conducta alimentaria						
No	233 (80.1)	113 (75.3)	120 (85.1)	Referencia		
Sí	58 (19.9)	37 (24.7)	21 (14.9)	1.87 (1.03-3.38)	0.037*	291
Trastorno obsesivo compulsivo						
No	283 (97.2)	148 (98.7)	135 (95.7)	Referencia		
Sí	8 (2.3)	2 (1.3)	6 (4.3)	0.30 (0.06-1.53)	0.162**	
TDAH						

No	278 (95.5)	144 (96.0)	134 (95.0)	Referencia		
Sí	13 (4.5)	6 (4.0)	7 (4.7)	0.79 (0.26-2.43)	0.691*	
Trastorno neurológico funcional						
No	284 (97.6)	146 (97.3)	138 (97.9)	Referencia		
Sí	7 (2.4)	4 (2.7)	3 (2.1)	1.26 (1.27-5.73)	1.000**	
Trastorno facticio						
No	290 (99.7)	149 (99.3)	141 (100)	Referencia		
Sí	1 (0.3)	1 (0.7)	-	-	1.000**	
TEPT						
No	255 (87.6)	125 (83.3)	130 (92.2)	Referencia		
Sí	36 (12.4)	25 (16.7)	11 (7.8)	2.36 (1.11-5.0)	0.022*	291
Trastorno por síntomas somáticos						
No	288 (99.0)	148 (98.7)	140 (99.3)	Referencia		
Sí	3 (1.0)	2 (1.3)	1 (0.7)	1.89 (0.16-21.09)	1.000**	

*Chi cuadrada; **Prueba exacta de Fisher. RMP(IC95%)= Razón de Momios de Prevalencia con intervalos de confianza al 95%. INPRFM= Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; TDMG= Trastorno Depresivo Mayor Grave; TDMM= Trastorno Depresivo Mayor Moderado; TDAH= Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad; TEPT= Trastorno por Estrés Postraumático.

Tabla 2.1. Características clínicas en pacientes psiquiátricos hospitalizados en el INPRFM (noviembre 2019 - febrero 2022) (continuación).

Característica	Puntaje de estigma		Grados de libertad
	Media ± DE	p†	
Trastornos Depresivos Mayor	55.2 ± 19.5	0.055	
TDMG con intento suicida	54.4 ± 20.7	0.824	
TDMG con ideación suicida	56.4 ± 18.0	0.125	
TDMG sin riesgo suicida	56.2 ± 17.5	0.820	
TDMG con síntomas psicóticos	50 ± 14.1	0.768	
TDMM con ideación suicida	52.8 ± 21.3	0.785	
TDMM con intento suicida	56.6 ± 21.7	0.628	
Ideación suicida	54.1 ± 16.4	0.992	
Intento suicida	57.8 ± 14.9	0.574	
Trastornos psicóticos	46.3 ± 19.4	0.447	
Trastorno bipolar	48.1 ± 23.3	0.223	
Trastornos de ansiedad	54.6 ± 18.8	0.771	
Trastornos por consumo de sustancias	50.7 ± 19.1	0.086	
Trastornos de la conducta alimentaria			
No	52.4 ± 19.4		
Sí	60.7 ± 18.8	0.003	289
Trastorno obsesivo compulsivo	38.1 ± 14.6	0.118	
TDAH	56.6 ± 20.1	0.628	
Trastorno neurológico funcional	63.6 ± 21.4	0.191	
TEPT			
No	53.2 ± 19.5		
Sí	60.2 ± 18.4	0.042	289
Trastorno por síntomas somáticos	51.3 ± 17.7	0.808	

†T de Student para muestras no relacionadas. INPRFM= Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; TDMG= Trastorno Depresivo Mayor Grave; TDMM= Trastorno Depresivo Mayor Moderado.

Tabla 2. Características clínicas en pacientes psiquiátricos hospitalizados en el INPRFM (noviembre 2019 - febrero 2022) (continuación).

Característica	Estigma alto (n=150)		Estigma bajo (n=141)	
	No. (%)	No. (%)	RMP (IC95%)	<i>p</i>
Número de diagnósticos				
Uno	47 (31.3)	52 (36.8)	Referencia	
Dos	62 (41.3)	64 (45.4)	1.07 (0.63-1.34)	
Tres	31 (20.7)	20 (14.2)	1.71 (0.86-3.40)	
Cuatro	9 (6.0)	4 (2.8)	2.48 (0.71-8.62)	
Cinco	-	1 (0.7)	-	
Seis	1 (0.7)	-		0.237**
Hospitalizaciones previas				
No	106 (70.7)	110 (78.0)	Referencia	
Sí	44 (29.3)	31 (22.0)	1.47 (0.86-2.50)	0.152*
Estancia intrahospitalaria				
21 días o menos	72 (51.8)	85 (62.5)	Referencia	
>21 días	67 (48.2)	51 (37.5)	1.55 (0.95-2.50)	0.073*

*Chi cuadrada; **Prueba exacta de Fisher. RMP(IC95%)= Razón de Momios de Prevalencia con intervalos de confianza al 95%. INPRFM= Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Tabla 2.1. Características clínicas en pacientes psiquiátricos hospitalizados en el INPRFM (noviembre 2019 - febrero 2022).

Característica	Puntaje de estigma	
	Media ± DE	<i>p</i> [¥]
Diagnósticos principales del eje I		
TDMG con intento suicida	54.4 ± 20.7	
TDMG con ideación suicida	56.4 ± 18.0	
TDMG sin riesgo suicida	56.3 ± 17.5	
TDMG con síntomas psicóticos	50 ± 14.1	
Ideación suicida	54.1 ± 16.4	
Intento suicida	57.9 ± 14.9	
TDMM con ideación suicida	52.8 ± 21.3	
TDMM con intento suicida	56.6 ± 21.7	
Trastornos psicóticos	46.3 ± 19.4	
Trastorno bipolar	48.1 ± 23.3	
Trastorno obsesivo compulsivo	39 ± 17.3	0.914
Diagnósticos del eje II		
Ninguno	50.1 ± 19.1	
Trastorno límite de personalidad (TLP)	60.9 ± 18.9	
Trastorno narcisista de personalidad	51.7 ± 18.7	
Trastorno antisocial de personalidad	-	
Trastorno dependiente de personalidad	66.5 ± 33.2	
TLP + trastorno narcisista de personalidad	46.2 ± 11.5	
TLP + trastorno antisocial de personalidad	62.5 ± 13.4	0.813

¥ANOVA. INPRFM= Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; TDMG= Trastorno Depresivo Mayor Grave; TDMM= Trastorno Depresivo Mayor Moderado.

Tabla 2.1. Características clínicas en pacientes psiquiátricos hospitalizados en el INPRFM (noviembre 2019 - febrero 2022) (continuación).

Característica	Puntaje de estigma	
	Media ± DE	<i>p</i>
Número de diagnósticos		
Uno	51.5 ± 19.5	
Dos	53.3 ± 19.8	
Tres	60.5 ± 18.0	
Cuatro	56.5 ± 19.7	0.881 [¥]
Hospitalizaciones previas		
No	52.8 ± 20.0	
Sí	57.5 ± 17.5	0.071 [†]
Estancia intrahospitalaria		
21 días o menos	51.6 ± 18.8	
>21 días	56.4 ± 19.7	0.041 [†]

¥ANOVA. †T de Student para muestras no relacionadas. INPRFM= Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Tabla 2.2. Frecuencias de las características de interés en pacientes psiquiátricos hospitalizados en el INPRFM (noviembre 2019 - febrero 2022).

Característica	Total (n=291)	
	No. (%)	Media ± DE
Escala de estigma de King		
Total		54.0 ± 19.5
Discriminación		25.7 ± 11.0
Divulgación		21.3 ± 9.2
Aspectos positivos		7.0 ± 3.1
Escala de Morisky de adherencia terapéutica		7.7 ± 0.4
Baja	-	
Media	38 (13.9)	
Alta	236 (86.1)	

INPRFM= Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Tabla 2.3 Asociación entre las características de interés en pacientes psiquiátricos hospitalizados en el INPRFM (noviembre 2019 - febrero 2022).

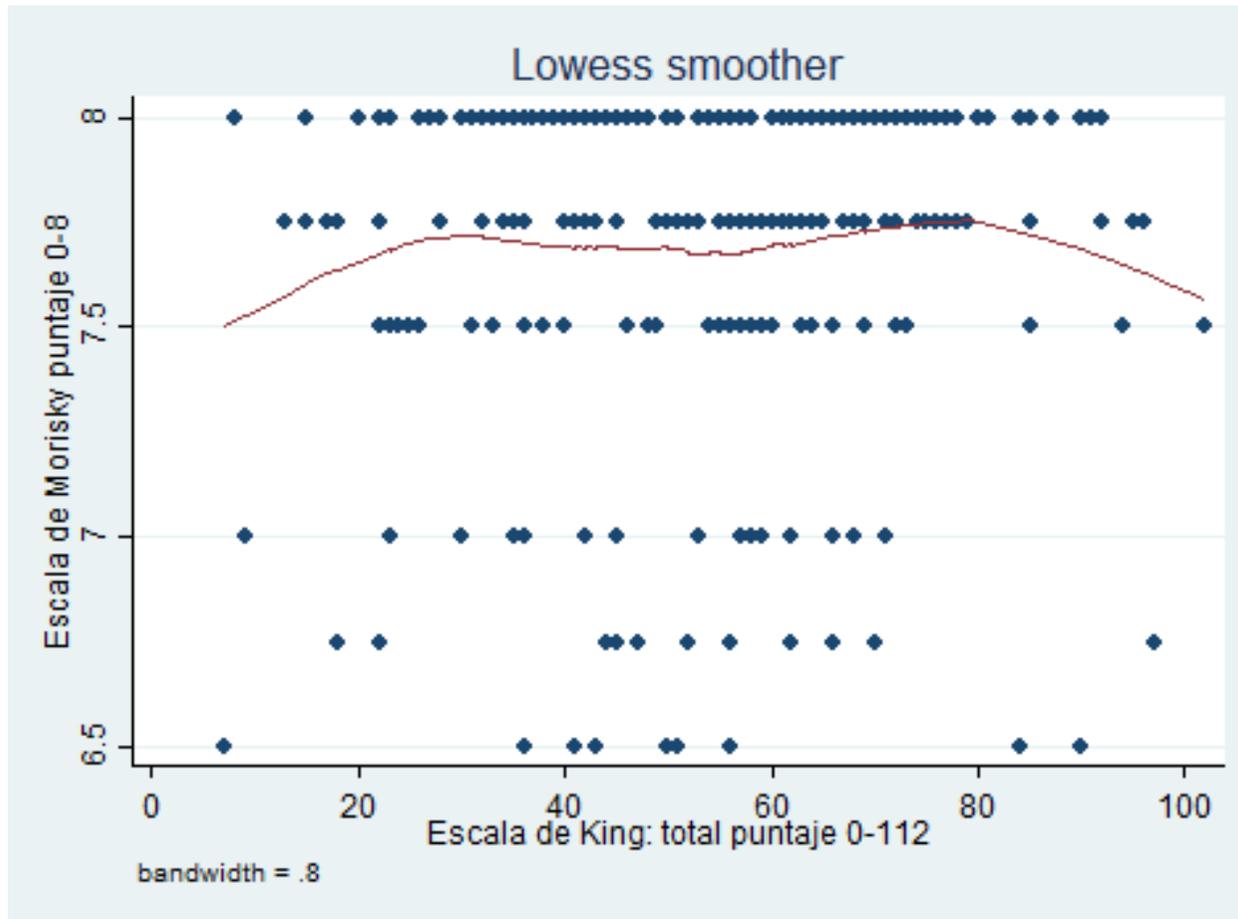
Característica	Adherencia terapéutica		RMP (IC95%)	p
	Media (n= 38)	Alta (n=236)		
	No. (%)	No. (%)		
Estigma				
Bajo	21 (55.3)	114 (48.3)	Referencia	
Alto	17 (44.7)	122 (51.7)	0.75 (0.37-1.50)	0.426*

*Chi cuadrada; RMP(IC95%)= Razón de Momios de Prevalencia con intervalos de confianza al 95%. INPRFM= Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

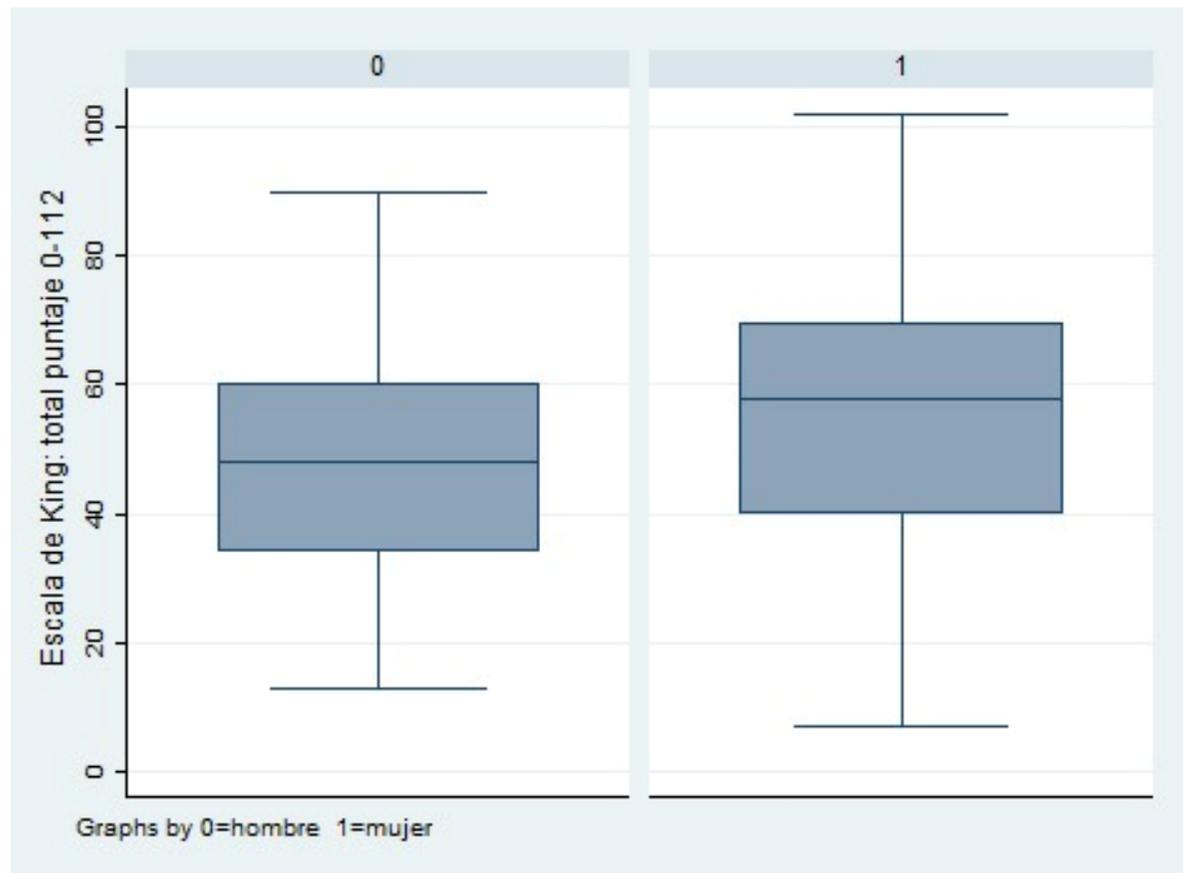
Tabla 2.3 Asociación entre las características de interés en pacientes psiquiátricos hospitalizados en el INPRFM (noviembre 2019 - febrero 2022).

Estigma	Adherencia	p††
Total	0.039	0.513
Discriminación	0.063	0.296
Divulgación	0.002	0.963
Aspectos positivos	0.013	0.825

††Correlación de Pearson. INPRFM= Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

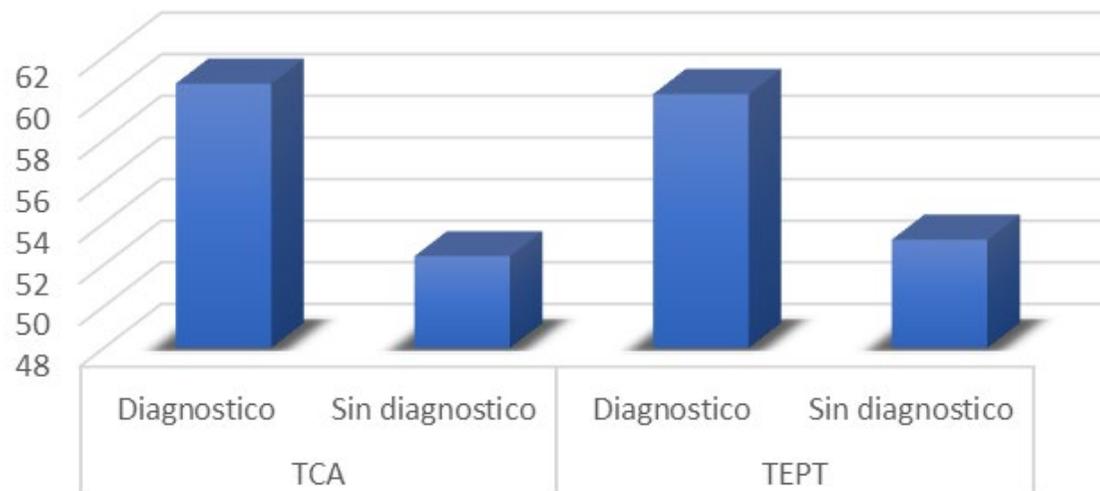


Correlación entre estigma internalizado y adherencia terapéutica

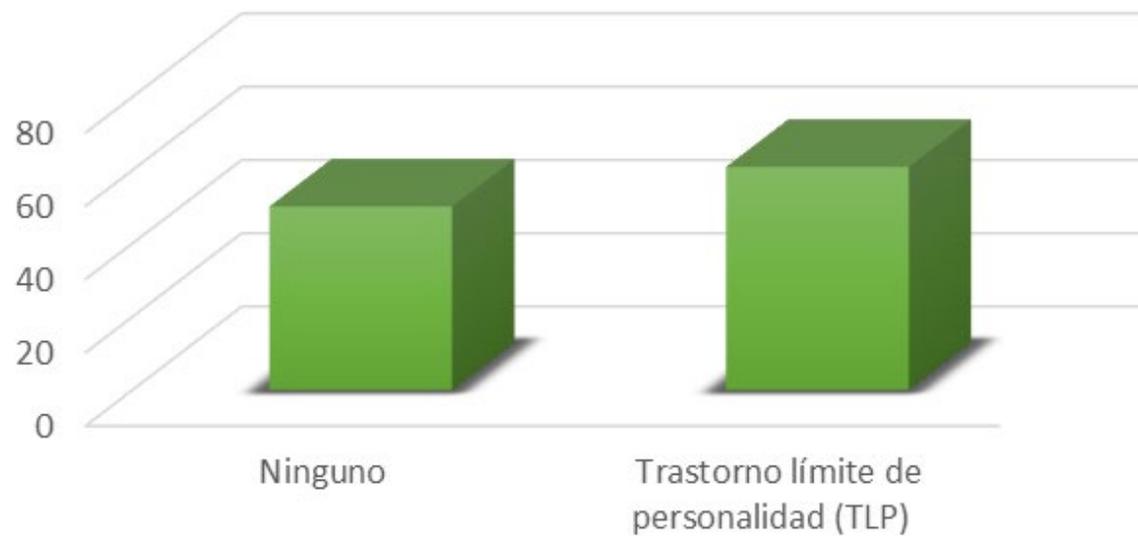


Diferencias de medias de estigma internalizado por sexo

Diferencias de estigma internalizado entre pacientes con o sin diagnostico de TCA y TEPT



DIFERENCIAS DE ESTIGMA INTERNALIZADO POR DIAGNOSTICO DEL EJE II



Grado de adherencia terapéutica en nuestra población

