



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA  
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**Estudio comparativo de la gravedad de sintomatología depresiva entre personas hospitalizadas en una unidad de tercer nivel de atención a la salud mental pertenecientes o no a una minoría sexogenérica**

**T E S I S**

**Para obtener el grado de Especialista en Psiquiatría**

**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ**

**P R E S E N T A :**

**Dr. Edgardo Hamid Vega Ramírez**  
**Tutor Teórico**

**Dra. Rebeca Robles García**  
**Tutora Metodológica**

**Valentina Bayona Fernández**

**CD. MX., 2025**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **Agradecimientos**

*Agradezco a mi familia, amigos y a Lucas por acompañarme en este proceso, por su apoyo incondicional y por brindarme su cariño y motivación en los momentos más difíciles. Su compañía y aliento fueron fundamentales para completar este trabajo.*

*Agradezco profundamente la guía y el respaldo de mis tutores, el Dr. Edgardo Hamid Vega Ramírez y la Dra. Rebeca Robles García. Su apoyo resultó en que el proceso de trabajo fuera ameno, enriquecedor y disfrutable. Sus observaciones tan puntuales me permitieron mejorar en cada revisión y aprender de cada etapa del proceso. Esta experiencia aumentó mi respeto y aprecio por la investigación.*

# ÍNDICE

<b>ANTECEDENTES</b> .....	5
<b>Conceptos generales</b> .....	5
<b>Estadísticas mundiales sobre minorías sexogenéricas</b> .....	6
<b>Estadísticas en México sobre minorías sexogenéricas</b> .....	7
<b>Trastornos depresivos en la población mundial</b> .....	2
<b>Trastornos depresivos en mujeres</b> .....	4
<b>Trastornos psiquiátricos en minorías sexogenéricas</b> .....	5
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	7
<b>Modelo de estrés de minorías</b> .....	8
<b>Marco de mediación psicológica</b> .....	0
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	3
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	4
<b>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	5
<b>HIPÓTESIS</b> .....	5
<b>Hipótesis nula</b> .....	6
<b>Hipótesis alterna</b> .....	6
<b>OBJETIVO GENERAL</b> .....	6
<b>Objetivos específicos</b> .....	6
<b>METODOLOGÍA</b> .....	7
<b>Tipo de estudio</b> .....	7
<b>Criterios de inclusión</b> .....	7
<b>Criterios de exclusión</b> .....	7
<b>Conformación de la muestra</b> .....	8
<b>Definición de variables</b> .....	9
<b>Instrumentos de medición</b> .....	11
<b>1. Escala de depresión de Hamilton</b> .....	11
<b>2. Inventario de depresión de Beck</b> .....	14
<b>Descripción del procedimiento</b> .....	15
<b>Análisis estadístico</b> .....	16
<b>CONSIDERACIONES ÉTICAS</b> .....	16

<b>RESULTADOS</b> .....	18
<b>Descripción de la muestra</b> .....	18
<b>Comparación de variables demográficas, clínicas y depresión entre poblaciones sexogénicas</b> .....	21
<b>DISCUSIÓN</b> .....	24
<b>CONCLUSIONES</b> .....	31
<b>LIMITACIONES</b> .....	32
<b>CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</b> .....	33
<b>Anexo 1. Consentimiento Informado de Ingreso Hospitalario</b> .....	43

# **ANTECEDENTES**

## **Conceptos generales**

Las minorías sexogenéricas (MSG) están compuestas principalmente por lesbianas, gays, bisexuales y personas trans (LGBT+). Para identificar adecuadamente a cada uno de estos grupos es fundamental revisar algunos conceptos clave, tales como la orientación sexual y la identidad de género. La orientación sexual se puede definir como la capacidad que tiene una persona de sentir o no atracción erótica, romántica o sexual a otra persona (Consejo Nacional Para Prevenir la Discriminación [CONAPRED], 2016). Este aspecto incluye componentes como la *identidad sexual*, el *comportamiento sexual* y la *atracción sexual* (Plöderl & Tremblay, 2015). La orientación heterosexual es la capacidad que tiene una persona de sentir atracción erótica-afectiva exclusivamente por personas del género opuesto al suyo (INEGI, 2022). La orientación sexual LGB se refiere a la capacidad de una persona de sentir una atracción erótica afectiva por personas de su mismo género o de más de un género o de una identidad de género (INEGI, 2022). Por ejemplo, una persona lesbiana es aquella mujer que siente atracción sexoafectiva y erótica hacia otras mujeres. Gay se refiere a hombres que sienten atracción sexoafectiva y erótica hacia otros hombres. Bisexual es una persona que cuenta con atracción sexoafectiva y erótica hacia personas de ambos sexos, ya sea hombre y/o mujer.

Por otro lado, la identidad de género se refiere a la vivencia interna e individual de cada persona; es decir, la manera en que se percibe y decide expresar su forma de ser, pensar, sentir y actuar de acuerdo con el género de identificación y que puede corresponder o no con su sexo de nacimiento (ENDISEG, 2021). El grupo de personas

trans\* (*trans*, “al otro lado de”) engloba experiencias de transición de personas que se identifican como parte del género y sexo opuestos a los que legal, social y culturalmente se les asignó al nacer, con opción de adecuar su apariencia con intervenciones de tipo conductual, de expresión de género, tratamiento farmacológico hormonal o quirúrgico (INEGI, 2022).

Actualmente, continúa vigente el concepto de heteronormatividad en el ámbito social y cultural, el cual supone que solo la atracción erótica-afectiva heterosexual es válida, ética o legítima. Lo anterior va de la mano con el concepto de *cisnormatividad*, con el cual se tiene la expectativa, creencia o estereotipo de que todas las personas son cisgénero; es decir, que todas las personas tienen una identidad de género concordante con el sexo asignado al nacer (INEGI, 2022).

## **Estadísticas mundiales sobre minorías sexogenéricas**

En una encuesta digital internacional se recabó información de más de 19,000 personas en 27 países de entre los 16 y 74 años, del 23 de abril al 7 de mayo de 2021, y se encontró que el promedio global de orientación sexual diferente a heterosexual fue 9%, compuesto por 3% de población homosexual, 4% de población bisexual, 1% de población pansexual/omnisexual y 1% de asexual (Ipsos, 2021). De igual manera, dicha encuesta encontró que existe una brecha generacional entre la identidad de género y atracción sexual, con 4% de las personas de la Generación Z (después de 1997) que se identificaron como diferente a hombre o mujer, contra 2% de la Generación *Millennial* (1981-1996), 1% de la Generación X (1965-1980) y menos de 1% de la Generación *Boomer* (1946-1964). La interacción con personas LGBT difiere considerablemente entre

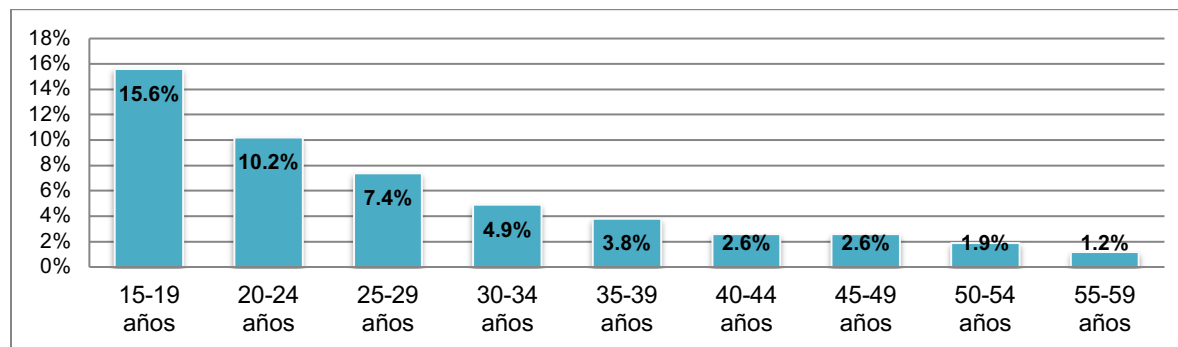
países: mientras que en Brasil el 66% de las personas señala tener un familiar, amigo o colega gay o lesbiana, en Japón y Corea del Sur solo el 7% lo reporta (Ipsos, 2021).

## **Estadísticas en México sobre minorías sexogénicas**

Según la Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y de Género (ENDISEG), aplicada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en 2021 y publicada el 28 de junio de 2022; en México, se calcula que hay cinco millones de personas (5.1% de la población mayor de 15 años) que forman parte de alguna minoría sexogénica, también conocida como la comunidad LGBT+. La proporción por sexo es de 4.6% para hombres, aproximadamente 2.1 millones, y de 5.7% para mujeres, aproximadamente 2.9 millones.

Dentro de las características sociodemográficas, llama la atención que de los cinco millones de personas que se identifican como parte de la comunidad LGBT+, poco más de la mitad (53.7%) tienen entre 15 y 24 años y poco más del 80% (82.9%) son menores de 40 años (INEGI, 2022) (Gráfica 1).

**Gráfica 1. Porcentajes de personas de la comunidad LGBT+ por grupo de edad**



Otro dato de interés en el que también se ve una diferencia es la situación conyugal, ya que la mayoría de la población LGBT+ se encuentra soltera (64.9%), mientras que en la población cisgénero y heterosexual<sup>1</sup> tuvo un porcentaje considerablemente menor (26.9%) (INEGI, 2022).

Respecto a la escolarización, 62% de la población LGBT+ tiene un nivel educativo medio superior o superior, mientras que en población generales de 46.4%, posiblemente como consecuencia de una mayor representatividad de jóvenes en el grupo de personas LGBT+ (INEGI, 2022). La actividad económica en la población LGBT+ es de 64.3% y en la población general de 66.1%. Cabe mencionar que la proporción de las ocupaciones fueron relativamente parecidas en ambos grupos, pero con una diferencia en las ocupaciones de servicios personales y de empleados administrativos y ventas, donde la población LGBT+ ocupaba estos empleos en 13.2% y 8.3%, respectivamente, mientras que en la población general fue de 8.2% y 5.9%, respectivamente. Otra diferencia fue en los empleos artesanales, con 7.7% en población LGBT+ y 12.2% en población general.

Con relación a la búsqueda de atención médica, alrededor de 26% de la población LGBT+ asiste a instituciones públicas de seguridad social y 19.4% al Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), mientras que la población general fue de 33% y 19.2%, respectivamente. Es de particular interés que casi la mitad de la población LGBT+ acude a hospitales privados o consultorios de farmacia (49.8%), lo que es mayor que en el resto de la población (43.6%) (INEGI, 2022).

Otro aspecto interrogado en la ENDISEG fue la apertura de la orientación sexual o identidad de género de la población LGBT+. Con relación a la orientación sexual, se

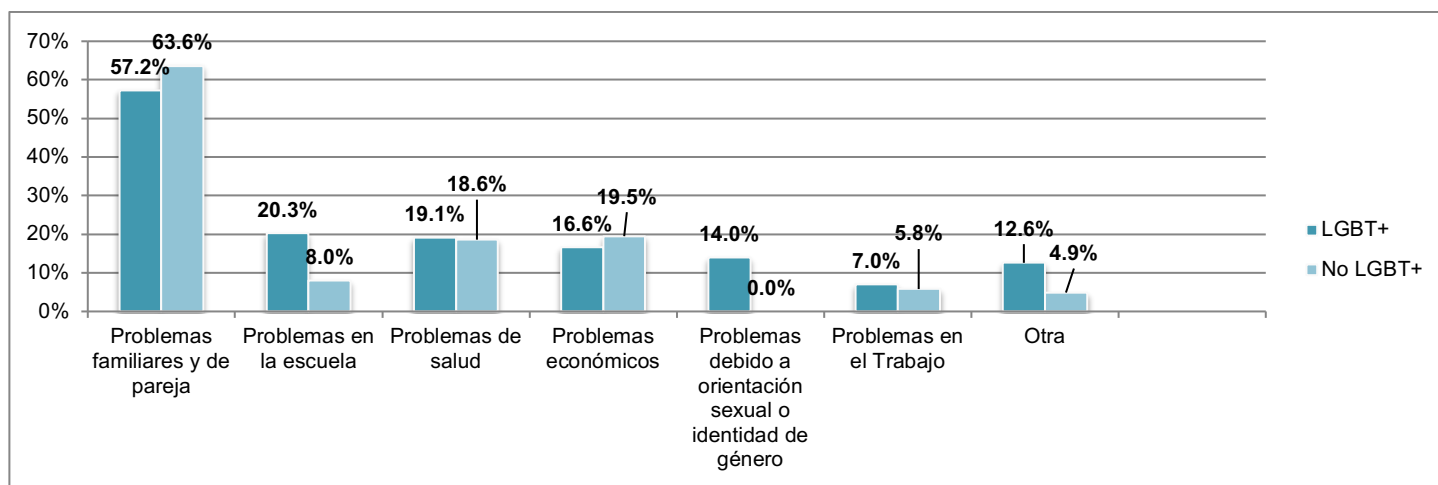
---

<sup>1</sup>Se usará indistintamente “población general” o “población no LGBT+” en el resto del documento para referirse a este grupo de la población.

encontró que 56.2% lo había hecho con su madre, 46.8% con amigos, 44.9% con hermanos(as), 34% con su esposo(a) u otro familiar, 33.9% con su padre, 18.6% con otra persona y 13.4% no le había dicho a nadie. Por otro lado, la revelación de la identidad de género en la población trans se reportó que 41.3% acudió con su madre, 32.4% con amigos, 29.4% con sus hermanos(as), 26.5% con su esposo(a) u otro familiar, el 20.5% con su padre, el 17% con otra persona y el 27.5% no le había dicho a nadie. Del grupo que le informó a sus padres, se recibió aceptación, respeto o respaldo en 88.6% de la población LGB (orientación sexual) y 83.5% en la población trans (identidad de género) (INEGI, 2022).

En cuanto al tema de salud emocional (Gráfica 2), 26.1% indicó que alguna vez ha tenido pensamientos suicidas y 14.2% en haberlo intentado, en comparación con la población cisgénero y heterosexual donde fue de 7.9% y 4.2% respectivamente (INEGI, 2022). En total, el 28.7% de la población LGBT+, lo que representa un aproximado de 1.4 millones de personas, indicó haber pensado en suicidarse o haberlo intentado alguna vez. Las causas principales en orden de importancia fueron problemas familiares y de pareja, problemas en la escuela, problemas de salud y problemas económicos; así mismo, el 14% de de la población LGBT+ asoció su orientación sexual o identidad de género como causa de la ideación o conducta suicida (INEGI, 2022).

**Gráfica 2. Estresores relacionados a pensamientos e intentos suicidas en personas de la comunidad LGBT+ y de la población cisgénero y heterosexual**



## Trastornos depresivos en la población mundial

Según los datos expuestos en la página oficial de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que alrededor de 3.8% de la población cuenta con un trastorno depresivo, lo que se traduce a un aproximado de 280 millones de personas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). Por su parte, los trastornos depresivos generan AVAD (Años de Vida Ajustados por Discapacidad), la cual es una medida que refleja la cantidad de años de vida saludable perdidos debido a la mortalidad prematura y la discapacidad. En 2019, los trastornos depresivos causaron alrededor de 46.9 millones de AVAD a nivel global, lo que representó el 1.8% del total de AVAD, y contribuyeron al 37.3% de los AVAD de todos los trastornos mentales. (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019). En 2021, la carga de los trastornos depresivos aumentó a 56.3 millones de AVAD, equivalente al 1.9% de los AVAD totales (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2021). Por otro lado, el desenlace más grave de una persona con un trastorno del estado

de ánimo es el suicidio, lo que ocurre en por lo menos 700,000 personas al año, representando la cuarta causa de muerte en personas entre 15 y 29 años (OMS, 2023).

En un estudio realizado en Canadá sobre la relación entre la depresión y factores sociodemográficos publicada en por Akhtar-Danesh & Landeen (2007), se describieron como significativas las variables edad, sexo, estado civil, educación y nivel socioeconómico. La mayor prevalencia de depresión a lo largo de la vida se presentó en el grupo de 20 a 24 años (14.3%), mientras que la menor (4.3%) se observó en personas de 75 años o más. Las mujeres mostraron una prevalencia significativamente mayor que los hombres. Respecto al estado civil, las personas divorciadas y separadas tuvieron las tasas más altas de depresión, seguidas de quienes vivían en unión libre, mientras que los casados presentaron las más bajas, aunque la probabilidad de sufrir depresión fue similar entre casados y solteros. En cuanto a la educación, quienes no habían completado la secundaria mostraron las tasas más bajas (9.1%), mientras que los de educación postsecundaria tuvieron las más altas (13.4%). Finalmente, el nivel de ingresos mostró una relación inversa con la prevalencia de depresión, siendo más alta en hogares con ingresos inferiores a \$10,000 anuales, con una disminución significativa hasta los \$30,000. Estos resultados subrayan la influencia de los factores sociodemográficos en la prevalencia de la depresión.

Kessler & Bromet (2013) realizaron una revisión sobre la epidemiología de la depresión en diversas culturas, identificando como factores sociodemográficos más relevantes el sexo, la edad, el estado civil, el nivel de ingresos y la escolarización. En cuanto al sexo, se observó que las mujeres presentaron tasas más altas de depresión en 15 de los 18 países analizados, aunque en los tres restantes también fue mayor, pero

sin significancia estadística. Respecto a la edad, la prevalencia de la depresión varió considerablemente entre países, siendo significativamente más alta en países de altos ingresos en comparación con los de bajos ingresos. En cuanto al estado civil, se encontró un mayor riesgo de sintomatología depresiva en personas separadas o divorciadas, aunque esta relación fue más fuerte en países de altos ingresos para aquellos separados o nunca casados, y en países de medianos y bajos ingresos para los divorciados o viudos. Además, en países de altos ingresos, se halló una asociación estadísticamente significativa entre los ingresos económicos y la prevalencia de la depresión. Por último, el nivel de escolarización también mostró una asociación significativa con la depresión, particularmente en países como Israel, Estados Unidos, México, Ucrania y la mayoría de los países asiáticos revisados (excepto Japón y Shenzhen), donde un bajo nivel educativo se correlacionó con mayores tasas de depresión.

## **Trastornos depresivos en mujeres**

A lo largo de su vida, las mujeres presentan hasta el doble de probabilidades de desarrollar depresión en comparación con los hombres (Albert, 2015; Kuehner, 2017). La prevalencia es particularmente alta en mujeres jóvenes de entre 14 y 25 años, aunque la brecha de género se reduce con la edad (Albert, 2015; Kuehner, 2017). Los síntomas y prevalencia pueden tener relación con factores biológicos, como la fluctuación de estrógenos y progesterona, así como por condiciones específicas como la depresión posparto y el trastorno disfórico premenstrual (Kuehner, 2017). Un metaanálisis realizado por Lim y colaboradores (2018) reveló que la prevalencia puntual de la depresión es del

14.4% (95% IC: 11.1-11.7%) en mujeres y del 11.5% (95% IC: 9-14.6%) en hombres, destacando la magnitud del problema a nivel global.

Por otro lado, se ha considerado que la mayor vulnerabilidad de las mujeres a la depresión se asocia con experiencias psicosociales adversas, como una mayor exposición a la violencia de pareja y al abuso infantil, así como a la carga de roles sociales que generan estrés crónico (Kuehner, 2017).

Durante la pandemia de COVID-19, el impacto en la salud mental fue especialmente severo en mujeres, quienes experimentaron un aumento significativo en la prevalencia de trastorno depresivo mayor. Se estimaron alrededor de 35.5 millones de nuevos casos en mujeres, lo que representa la mayor parte del incremento global de 53.2 millones de casos adicionales (Santomauro et al., 2021). Este efecto se relaciona con la carga desproporcionada de responsabilidades domésticas, la mayor exposición a la violencia de pareja y una mayor inestabilidad económica en comparación con los hombres (Santomauro et al., 2021; Yoch & Sirull, 2023).

## **Trastornos psiquiátricos en minorías sexogenéricas**

La literatura ha demostrado que las personas pertenecientes a minorías sexogenéricas cuentan con mayor riesgo para desarrollar trastornos psiquiátricos, particularmente depresión, ansiedad y consumo de sustancias, así como conducta suicida en comparación con su contraparte heterosexual cisgénero (Bhugra et al., 2022; Burns et al., 2018; Gmelin et al., 2022; Kidd et al., 2016; King et al., 2008; Plöderl & Tremblay, 2015; Wittgens et al., 2022)

En una revisión sistemática realizada por King y colaboradores (2008), la prevalencia de trastornos depresivos y ansiosos en comparación con la población general fue 1.5 veces mayor, así como de dependencia a sustancias. Otra revisión sistemática llevada a cabo por Plöderl & Tremblay (2015) demostró que 89% de los estudios sobre salud mental en minorías sexogénéricas indicaba altos niveles de depresión, incluso elevándose hasta 97% en población adolescente. Con respecto a niveles de ansiedad y trastornos relacionados, 83% de los estudios mostró un aumento. De igual manera se identificó un aumento en el riesgo general para uso perjudicial de alcohol y sustancias en 93% de los estudios en adultos y 94% en adolescentes.

Un metaanálisis publicado por Lattanner, Pachankis, & Hatzenbuehler (2022) sobre la salud mental en personas pertenecientes a una MSG abordó el tema del estrés que genera la marginalización, la cual incluye *temas de discriminación en el día a día, expectativa de discriminación o rechazo y de estigma internalizado o autodevaluación por homofobia internalizada con subsecuente encubrimiento de la identidad*, entre otras. Se definió que el estigma es de los principales estresores, haciendo referencia al ser etiquetado, estereotipado, a tener una pérdida de estatus y ser discriminado en contextos donde se ejerce el poder. Se infiere que, en estos grupos, el estigma se podría exacerbar por factores como la rumiación, la cual contempla los pensamientos y las experiencias negativas propias; la falta de claridad emocional, que se trata de dificultades para la regulación de emociones, así como los retos que conlleva entender las emociones experimentadas y la falta de soporte social, al percibirse con redes de apoyo limitadas. Otros factores probablemente relacionados con el deterioro de la salud mental en este grupo minoritario son los de las esferas cognitivas, afectivas y sociales.

En un estudio llevado a cabo por Chakraborty y colaboradores en 2011, se analizó la prevalencia de trastornos mentales en la población no heterosexual de Inglaterra, en comparación con individuos heterosexuales, considerando las variables sociodemográficas de género, edad, etnia, estado civil y nivel educativo. A partir de los datos de la *Adult Psychiatric Morbidity Survey 2007*, se encontró una mayor prevalencia de trastornos mentales en comparación con la población heterosexual. Se observaron tasas significativamente más altas de trastornos neuróticos, depresión, ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, fobias y psicosis, así como un incremento en autolesiones, ideación e intentos suicidas. Además, la población no heterosexual presentó una mayor dependencia de alcohol y sustancias. La discriminación percibida por orientación sexual fue un predictor significativo de trastornos neuróticos y de ansiedad, incluso después de ajustar por variables sociodemográficas. Asimismo, se evidenció un mayor uso de servicios de salud mental, incluyendo consultas con médicos generales y atención comunitaria psiquiátrica. Estos hallazgos respaldan la teoría del estrés de las minorías, sugiriendo que la discriminación y el entorno social adverso influyen en la mayor vulnerabilidad de esta población a los problemas de salud mental.

## **MARCO TEÓRICO**

Dado que el estigma es un elemento central en el detrimento de la salud mental de las minorías sexogénicas, se han descrito dos teorías fundacionales del estigma entre las minorías sexogénicas: el modelo de estrés de las minorías (Meyer, 2003) y el marco de mediación psicológica (Hatzenbuehler, 2009).

## **Modelo de estrés de minorías**

El *modelo de estrés de las minorías* es una de las teorías más explicativas y destacadas sobre la relación de la salud mental y las minorías sexogenéricas pertenecientes específicamente a la comunidad de lesbianas, gays y bisexuales. Los primeros estudios sobre la homosexualidad encontraron una mayor prevalencia de trastornos mentales en comparación con la población heterosexual; no obstante, estos hallazgos fueron influenciados por factores sociales y el estigma asociado a la homosexualidad, lo que contribuyó a su clasificación como una patología en los manuales diagnósticos. Con el tiempo, se reconoció que estas diferencias en la salud mental estaban vinculadas al impacto de la discriminación y el estrés social, más que a la orientación sexual en sí misma (Drescher, 2015).

Este proceso de patologización tuvo su reflejo en las principales clasificaciones médicas de la época. Desde 1948, en la sexta edición de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE) publicada por la OMS, la homosexualidad fue considerada como un trastorno mental, siendo incluida también en la primera edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-I), publicado por la American Psychiatric Association (APA) como una *desviación sexual* dentro de la categoría más amplia de *trastornos de la personalidad sociopática* (American Psychiatric Association [APA], 1952). En 1973, la APA debatió la permanencia de la homosexualidad como diagnóstico psiquiátrico, lo que llevó a su reclasificación en el DSM-II bajo el término *alteración de la orientación sexual*. Posteriormente, en el DSM-III publicado en 1980, se introdujo el diagnóstico de *homosexualidad egodistónica*, reflejando el conflicto interno de algunos

individuos con su orientación sexual (APA, 1980). El tema continuaba generando controversia, por lo que más adelante, en 1987, la APA optó por retirar dicho apartado en la versión revisada del DSM III-TR (APA, 1987). Finalmente, en 1990, la OMS retiró a la homosexualidad de la CIE-10, marcando el fin de su consideración como un trastorno mental en los manuales diagnósticos.

Meyer (2003) hizo una revisión de la literatura, encontrando que las personas homosexuales tenían 2.5 veces más posibilidad de desarrollar algún trastorno mental a lo largo de su vida en comparación con las personas heterosexuales. Según los estudios mencionados en el artículo de Meyer, una explicación de la mayor prevalencia de trastornos mentales en la población LGB es la presencia de estigma, prejuicio y discriminación, factores que generan un ambiente estresante para el individuo, en línea con lo propuesto en el Modelo de Estrés de Minorías (Friedman, 1999, citado en Meyer, 2003).

El concepto de estrés hace referencia a una condición o situación que sobrepasa la capacidad de tolerancia del individuo, lo que exige una adaptación y puede derivar en enfermedades mentales o somáticas asociadas (Dohrenwend, 2000, citado en Meyer, 2003). En sí, el estrés se puede presentar en diferentes esferas de la vida de una persona, por ejemplo, el estrés social, ya que existen ciertos factores generales de la población, como la etnia, el sexo o el estado socioeconómico, que pueden agravar los conflictos percibidos por el individuo y generar un estado de estrés adicional (Dohrenwend, 2000, citado en Meyer, 2003).

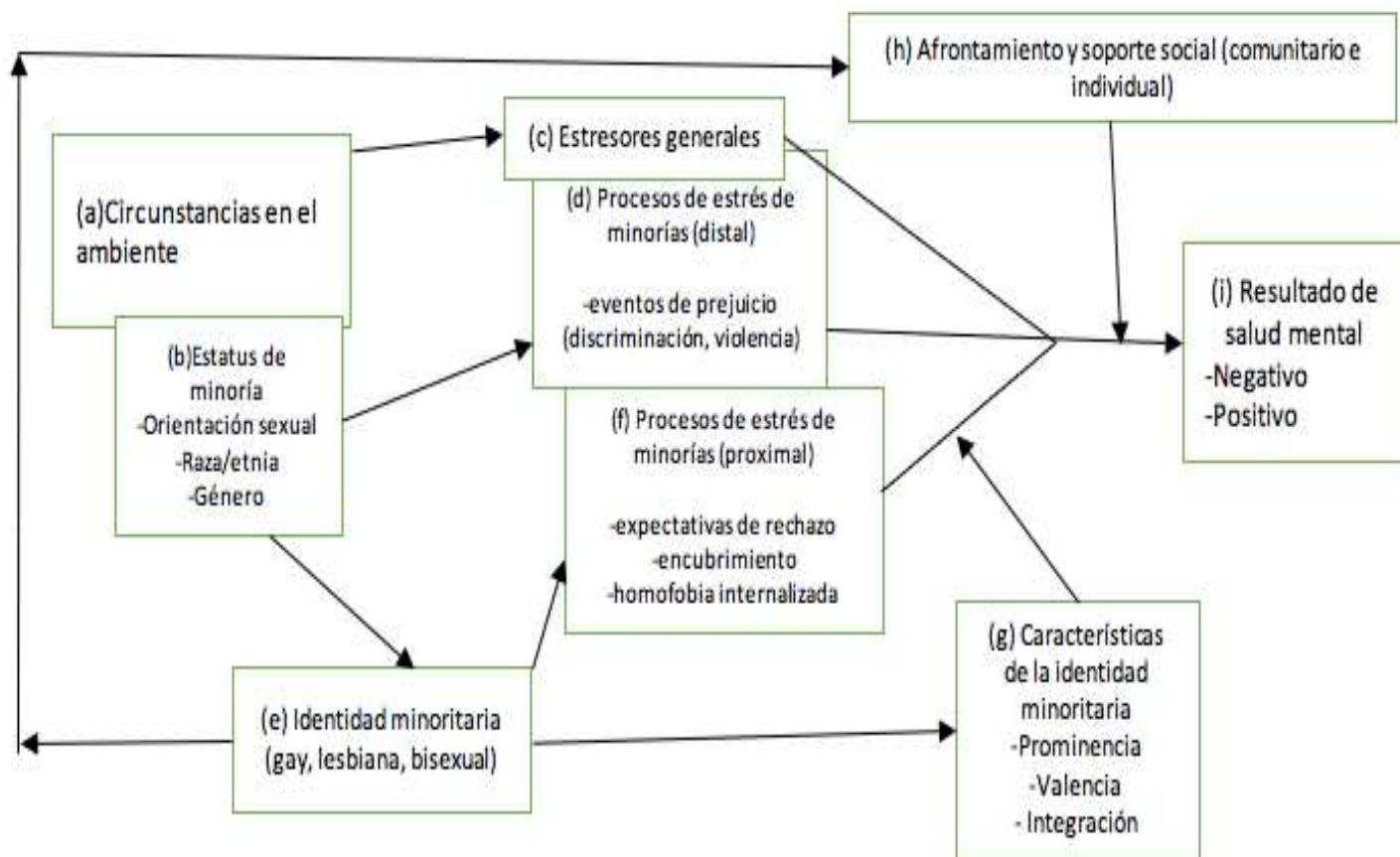
Dentro del concepto de estrés de minorías, se entiende que las minorías sexogénicas experimentan un estrés adicional además de los estresores generales

que afectan al resto de la población, lo que requiere de un esfuerzo adaptativo extra. Además, este estrés se convierte en una condición crónica, relacionada con estructuras sociales y culturales subyacentes que permanecen relativamente estables en el entorno del individuo (Allport, 1954; Crocker, Major, & Steele, 1998; Goffman, 1963; Jones et al., 1984; Link & Phelan, 2001, citado en Meyer, 2003).

El modelo de estrés de minorías consta de dos componentes: distal y proximal (Figura 1). El componente distal está conformado por eventos y condiciones objetivamente estresantes que están fuera del control del individuo, como ser víctima de un crimen de odio (Herek, Gillis, & Cogan, 1999, citado en Meyer, 2003). En contraste, el componente proximal es más subjetivo y está directamente relacionado con la identidad sexogenérica del individuo, afectando su desarrollo personal. Ejemplos de este componente incluyen la precaución ante el rechazo y la vigilancia anticipada en interacciones sociales, así como la internalización de prejuicios negativos hacia las minorías sexogenéricas, lo que puede llevar a la persona a ocultar su orientación sexual o identidad de género (Meyer & Dean, 1998, citado en Meyer, 2003).

Diferentes estudios han demostrado que, a mayor nivel de estrés de minorías, mayor es el impacto en los problemas de salud mental (Meyer, 2003). Específicamente, el estigma puede generar alienación, falta de integración en la comunidad y problemas de autoaceptación (Frale, Wortman, & Joseph, 1997; Greenberg, 1973; Grossman & Kerner, 1998; Malyon, 1981–1982; Massey & Ouellette, 1996; Stokes & Peterson, 1998, citado en Meyer, 2003). Como resultado, los procesos del estrés de minorías se han relacionado con síntomas depresivos, consumo de sustancias e ideación suicida

(Cochran & Mays, 1994; D'Augelli & Hershberger, 1993; Diaz et al., 2001; Meyer, 1995; Rosario, Rotheram-Borus, & Reid, 1996; Waldo, 1999, citado en Meyer, 2003).



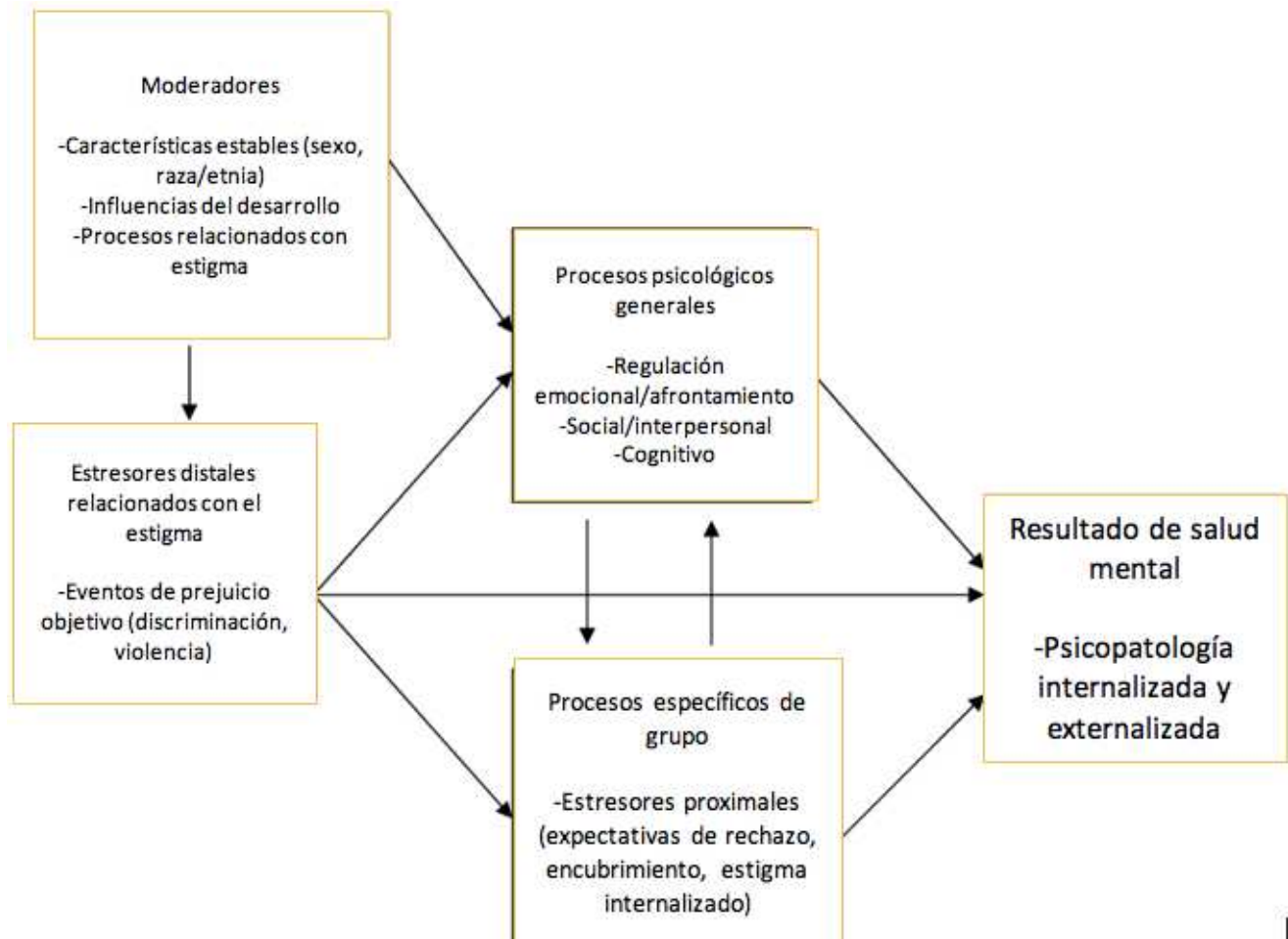
**Figura1: Modelo de estrés de minorías (Meyer, 2005)**

Entre los principales estresores que enfrenta la población LGB, se encuentran los eventos de prejuicio en contextos laborales y educativos (Mays & Cochran, 2001; Herek et al., 1999, citado en Meyer, 2003). Además, la experiencia del estigma a través del rechazo y la discriminación anticipados puede generar conflictos con la autopercepción, al punto de llevar a ocultar la orientación sexual por miedo a la exclusión (Crocker et al., 1998; Goffman, 1963; Jones et al., 1984; Link & Phelan, 2001, citado en Meyer, 2003).

Esto, a su vez, puede favorecer la homofobia internalizada (o LGBfobia internalizada), la cual genera conflictos internos y una devaluación personal que se asocia con trastornos mentales como depresión, ansiedad, consumo de sustancias, ideación suicida, conductas autolesivas y trastornos de la conducta alimentaria (Meyer & Dean, 1998; Williamson, 2000, citado en Meyer, 2003).

### **Marco de mediación psicológica**

El marco de mediación psicológica descrito por Hatzenbuehler (2009) tuvo la intención de integrar y complementar los conceptos relacionados con el estrés de minorías, considerando aspectos de la epidemiología psiquiátrica, la generación social del estigma y los procesos psicológicos generales que influyeron en la salud mental a nivel cognitivo, afectivo y social (Hatzenbuehler & Pachankis, 2016) (Figura 2). En comparación con la población heterosexual, la población LGBT+ presentó un mayor riesgo de psicopatología, con factores como la desesperanza, baja autoestima, desregulación emocional, aislamiento social, normas sociales permisivas para el consumo de alcohol y tabaco, y expectativas positivas para la ingesta de alcohol (Hatzenbuehler et al., 2009, citado en Hatzenbuehler & Pachankis, 2016). El marco de mediación psicológica propone tres hipótesis clave para comprender este fenómeno: (1) las minorías sexuales están expuestas a un nivel de estrés elevado debido al estigma; (2) dicho estrés aumenta la desregulación emocional, los problemas interpersonales y los procesos cognitivos disfuncionales, incrementando así la vulnerabilidad a la psicopatología; y (3) estos procesos median la relación entre el estrés relacionado con el estigma y la aparición de trastornos mentales (Hatzenbuehler & Pachankis, 2016).



**Figura 2: Marco de mediación psicológica (Hatzenbuehler, 2009)**

El estrés derivado del estigma se asoció con respuestas psicológicas que incrementaron el riesgo de depresión y ansiedad (Hatzenbuehler et al., 2009, citado en Hatzenbuehler & Pachankis, 2016). Uno de los mecanismos psicológicos más relevantes fue la rumiación, un patrón de pensamiento repetitivo centrado en la adversidad y los síntomas emocionales negativos, considerado un predisponente y perpetuador de la depresión y la ansiedad (Nolen-Hoeksema, 1991, citado en Hatzenbuehler & Pachankis, 2016).

Otro aspecto crucial fue el impacto del estigma en las relaciones sociales. Aunque una red de apoyo pudo actuar como un factor protector, la experiencia del estigma llevó al autoaislamiento por miedo al rechazo, lo que contribuyó a síntomas internalizados como la depresión y la ansiedad (Crocker et al., 1998, citado en Hatzenbuehler & Pachankis, 2016). Además, las teorías interpersonales de la depresión sugirieron que el estrés asociado al estigma pudo interferir en las relaciones interpersonales, agravando el impacto en la salud mental (Hatzenbuehler & Pachankis, 2016).

Finalmente, los procesos cognitivos disfuncionales, como la desesperanza y el pesimismo, desempeñaron un papel clave en la exacerbación de la sintomatología depresiva y ansiosa. Estos factores estuvieron estrechamente ligados a la percepción negativa de uno mismo, el bajo autodominio y la internalización de estereotipos negativos, los cuales reforzaron el impacto del estigma en la salud mental de las personas LGBT+ (Beck, 1967, citado en Hatzenbuehler & Pachankis, 2016).

# **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Existe evidencia de una relación directa entre el estrés experimentado por minorías sexogenéricas y la salud mental (Meyer, 2003) (Hatzenbuehler, 2009) (Bhugra et al., 2022). Esta población cuenta con mayor riesgo para desarrollar trastornos psiquiátricos como depresión (Plöderl & Tremblay, 2015), siendo incluso 1.5 veces más frecuentes (King et al., 2008). Existe un nivel de estigma elevado hacia las minorías que se posiciona como uno de los principales estresores asociados a la presencia de psicopatología (Bhugra et al., 2022) además de los factores cognitivos, afectivos y sociales agregados que tienen un grado de similitud con aquellos de la depresión (Lattanner et al., 2022).

La ENDISEG en 2021 reportó que aproximadamente el 26.1% de personas pertenecientes a una MSG en México ha tenido alguna vez pensamientos suicidas y 14.2% ha realizado un intento suicida. A comparación, esa cifra en la población cisgénero y heterosexual es 7.9% y 4.2% respectivamente (INEGI, 2022). A pesar de la evidencia que respalda una alta prevalencia de trastornos depresivos, aún falta evidencia sobre la gravedad al ingreso hospitalario; más aún, no se encontró en la literatura revisada una comparación de la gravedad de la sintomatología depresiva entre personas perteneciente y no pertenecientes a una MSG enfocada en valorar dicha sintomatología mediante una escala clinimétrica aplicada al ingreso de la hospitalización. Por lo anterior, es preciso realizar una comparación cuantitativa mediante una escala clinimétrica aplicada en un ambiente hospitalario, y determinar las diferencias con la población cisgénero y heterosexual con trastorno depresivo.

# **JUSTIFICACIÓN**

En México se estima que 1 de cada 20 personas forma parte de la comunidad LGBTQ+, lo que representa alrededor de cinco millones de mexicanos mayores de 15 años que forman parte de una MSG. Como dato de interés, poco más de la mitad (53.7%) tienen entre 15 y 24 años (INEGI, 2022), lo que sugiere que en un futuro cada vez más personas jóvenes se sumen a la libertad de expresión sexogenérica. Por lo anterior representa un tema que debe permanecer en el radar de la salud mental pública. Las minorías sexogenéricas representan un grupo poblacional vulnerable para el desarrollo de trastornos mentales y se han propuesto teorías al respecto que incluyen, por ejemplo, el estigma y rechazo social como factores asociados. En la literatura revisada queda fundamentado que existe una relación innegable entre el aumento de riesgo que confiere formar parte de una MSG y los trastornos mentales, particularmente depresión, ansiedad, consumo de sustancias y suicidalidad. En sí, el término de minoría añade una serie de factores de riesgo que se relacionan directamente con la psicopatología, particularmente la depresiva.

A pesar de lo anterior, no se encontraron artículos que tomaran en cuenta la gravedad de la psicopatología depresiva entre grupos de personas al inicio de la hospitalización, por lo que se evidencia un área de oportunidad que puede ser solventada con datos con los que ya se cuenta, de manera retrospectiva. Con el estudio en cuestión se busca indagar sobre la gravedad de los trastornos depresivos con la que se hospitaliza a la población que forma parte de alguna MSG comparado con población con trastorno depresivo cisgénero y heterosexual, comprobando así que el formar parte de una minoría

confiere riesgos adicionales para la psicopatología. Con lo anterior se obtendrán datos locales de una institución de tercer nivel que se espera logre visibilizar la problemática que representa y se fundamente la necesidad de realizar más estudios relacionados con este tema. En un futuro se espera que se puedan planear estrategias psicosociales y políticas públicas para el diseño de programas de prevención e intervención efectivos que modifiquen el curso de la psicopatología depresiva en esta población. Para generar visibilidad, como primer paso se propone añadir un apartado dentro de la ficha de identificación que especifique la orientación sexual e identidad de género del individuo, para evitar asumir dicha información y validar las preferencias de la persona, disminuyendo así el estigma alrededor del tema.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿La gravedad de la sintomatología depresiva al ingreso de la hospitalización en una institución de tercer nivel de atención a la salud mental será mayor en personas de minorías sexogénicas en comparación con personas cisgénero y heterosexuales, según los registros del expediente clínico?

## **HIPÓTESIS**

- Los participantes hospitalizados que pertenecen a una minoría sexogénica presentaran mayor gravedad de sintomatología depresiva en su admisión hospitalaria que participantes cisgénero y heterosexuales con trastorno depresivo.

## **Hipótesis nula**

- Los participantes hospitalizados que pertenecen a una minoría sexogenérica tendrán gravedad de sintomatología depresiva similar a su admisión hospitalaria que participantes cisgénero y heterosexuales con trastorno depresivo.

## **Hipótesis alterna**

- Los participantes hospitalizados que pertenecen a una minoría sexogenérica presentarán menor gravedad de sintomatología depresiva a su admisión hospitalaria que participantes cisgénero y heterosexuales con trastorno depresivo.

## **OBJETIVO GENERAL**

- Comparar la gravedad de sintomatología depresiva al inicio de la hospitalización psiquiátrica, según los registros del expediente clínico, entre participantes con trastorno depresivo perteneciente y no perteneciente a una minoría sexogenérica, según los registros del expediente clínico.

## **Objetivos específicos**

- Describir la frecuencia y gravedad de sintomatología depresiva al inicio de la hospitalización psiquiátrica en participantes de minorías sexogenéricas, así como

en participantes cisgénero y heterosexuales con trastorno depresivo, según los registros del expediente clínico.

- Evaluar las diferencias de gravedad de sintomatología depresiva al inicio de la hospitalización psiquiátrica entre los subgrupos de las minorías sexogenéricas, según los registros del expediente clínico.

## **METODOLOGÍA**

### **Tipo de estudio**

El estudio contemplado según el modelo arquitectónico propuesto por Feinstein es de tipo:

- Observacional, retrospectivo, transversal, homodémico, comparativo

### **Criterios de inclusión**

- Mayores de 15 años.
- Expediente disponible en el archivo clínico hospitalario.
- Participantes con diagnóstico de trastorno de depresión mayor o trastorno depresivo persistente al ingreso de la hospitalización.
- Participantes que cuenten con una evaluación inicial de sintomatología depresiva clinimétrica de la Escala de Depresión de Hamilton o el Inventario de Depresión de Beck.

### **Criterios de exclusión**

- Participantes egresados por alta voluntaria o traslado.
- Participantes con diagnóstico de algún trastorno psicótico o del espectro bipolar.

## **Conformación de la muestra**

Este estudio se llevó a cabo en una unidad de tercer nivel de atención hospitalaria a la salud mental de la Ciudad de México. Para la selección de la muestra, se tomaron en cuenta como universo de estudio los expedientes clínicos de pacientes hospitalizados durante el segundo semestre (julio-diciembre) de los años 2021 a 2023. La elección de este periodo se fundamentó en que los residentes de primer año de psiquiatría, quienes son responsables de la aplicación de escalas clinimétricas en los pacientes hospitalizados, requieren los primeros seis meses de su formación para el aprendizaje clínico y el acondicionamiento en la aplicación de dichas escalas. Este universo inicial fue de 739 expedientes clínicos.

Durante un periodo de cinco meses se hizo la revisión de las notas de egreso de este total de expedientes para identificar a un total de 569 expedientes de pacientes que cubrían los criterios del estudio. Se procedió entonces a la revisión exhaustiva y registro de variables de estudio de 144 de estos expedientes, con lo que se conformó la muestra final del estudio. Este tamaño de muestra es al que se llegó durante el periodo de tres meses definido para la labor. Así la muestra final del estudio se conformó con la cantidad de expedientes durante el segundo semestre (julio-diciembre) de los años 2021 a 2023, que cumplían los criterios del estudio, y que pudieron recopilarse durante un subsecuente periodo de tres meses de revisión detallada y registro de datos.

De estos 144 expedientes que constituyeron la muestra final del estudio, 49 fueron de personas pertenecientes a una minoría sexo genérica, y 95 hetero cisgénero. Con base en la siguiente fórmula de Cohen (1988:59, citado en Vallejo, 2012) para una

muestra con número determinado de sujetos (n= 49), y con el interés de detectar al menos una diferencia moderada (d= .50) a un nivel de confianza de alpha= .05, se requerirían al menos 88 participantes en el grupo de comparación hetero cisgénero para la prueba central de hipótesis (comparación de dos muestras independientes de una variable continua (gravedad) con t-Sudent).

$$n_{\text{nuevo}} = \frac{(n_{\text{disponible}})(n_{\text{tablas}})}{2n_{\text{disponible}} - n_{\text{tablas}}}$$

## **Definición de variables**

A continuación, se exponen las variables que se tomaron en cuenta (Tabla 1), las cuales se fundamentan en la literatura como directamente relacionadas con sintomatología depresiva en población tanto perteneciente como no perteneciente a MSG. Adicionalmente, se agregó la variable de comorbilidad, pensando en realizar un proceso de pareación mediante el cual disminuyeran las diferencias entre participantes, con la intención de que se pudiera valorar gravedad con el menor sesgo posible.

**Tabla 1. Definición y descripción de variables**

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Tipo de variable y naturaleza</b>	<b>Categorías</b>	<b>Fuente</b>
<b>Fecha de nacimiento</b>	Día, mes y año en el que nació una persona	Número de años cumplidos según fecha de nacimiento	cuantitativa discreta	-	Ficha de identificación
<b>Sexo asignado al nacer</b>	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas. (Real	Reportado en el expediente	categoría nominal	Hombre Mujer Intersexual	Ficha de identificación

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable y naturaleza	Categorías	Fuente
	Academia Española [RAE], 2022)				
<b>Identidad de género</b>	Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico. (RAE, 2022)	Identificación personal reportada en el expediente	categoría nominal	Masculina Femenina Queer No binario Hombre trans Mujer trans	Nota de ingreso a Hospital
<b>Orientación sexual</b>	Atracción emocional, romántica, sexual o afectiva duradera hacia otros. (American Psychological Association[APA], 2013)	Identificación personal reportada en el expediente	categoría nominal	Heterosexual Bisexual Homosexual Pansexual	Nota de ingreso a Hospital
<b>Escolaridad</b>	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. (RAE, 2022)	Grado máximo de estudios concluidos	categoría ordinal discreta	Ninguna Primaria Secundaria Preparatoria o técnica Universidad Posgrado	Ficha de identificación
<b>Estado civil</b>	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto (Oxford Languages, s. f.)	Reportado en el expediente	categoría nominal	Con pareja (casado, unión libre) Sin pareja (soltero, divorciado, separado)	Ficha de identificación
<b>Nivel socioeconómico</b>	Conjunto de variables económicas, sociológicas, educativas y laborales por las que se califica a un individuo o un colectivo dentro de una jerarquía social. (Editorial Economía, 2015)	Reportado en el expediente mediante puntuación obtenida en la evaluación socioeconómica	categoría ordinal	1 2 3 4 5 6	Apartado de Trabajo Social en Expediente Clínico
<b>Comorbilidades</b>	Coexistencia de dos o más	Reportado en el expediente	categoría nominal	Diagnósticos psiquiátricos	Nota de egreso de hospital

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable y naturaleza	Categorías	Fuente
	enfermedades en un mismo individuo, generalmente relacionadas. (RAE, 2022)			adicionales a depresión	
<b>Sintomatología depresiva</b>	Conjunto de síntomas caracterizados por un estado de ánimo predominantemente triste y/o anhedonia, con la presencia o no de alteraciones en el peso y sueño, fatiga o hipoergia, sentimiento de inutilidad o culpa excesiva, concentración disminuida, pensamientos de muerte	Gravedad de los síntomas depresivos obtenidos mediante clinimetría	categórica ordinal	Puntaje: 0-7: Ausencia de depresión 8-12: Depresión menor 13-17: Depresión mayor leve 18-29: Depresión mayor moderada 30-52: Depresión mayor grave	Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D)
				Puntaje: 0-7 puntos: Ausencia de depresión. 7-14: Síntomas depresivos que ameritan tratamiento. >14: Alta probabilidad de Depresión Mayor.	Inventario de depresión de Beck (BDI)

## **Instrumentos de medición**

### **1. Escala de depresión de Hamilton**

La Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D) es la medida heteroaplicada más ampliamente utilizada para evaluar síntomas de depresión. La versión original de 21 reactivos fue desarrollada por Hamilton en 1960 (Hamilton, 1967). El clínico determina la intensidad de los síntomas del paciente (Bech, 1981; Tollefson, 1993) con base en 17

reactivos que miden la gravedad y 4 reactivos adicionales relacionados con características que se pueden presentar en la depresión. Once reactivos se evalúan con base en una escala de 0 a 2 puntos (0 = ausente, 1 = dudoso, 2 = presente), y diez en una escala de 0 a 4 (0 = ausente, 1= trivial o dudoso, 2 = ligero, 3 = moderado, y 4 = grave). Diversos estudios han demostrado que se trata de un instrumento válido y confiable para cuantificar sintomatología depresiva de pacientes que ya han sido diagnosticados con depresión (Bech, 1981; Tollefson, 1993); incluyendo aquellos de habla hispana (Bobes, 2003; Ramos-Brieva, 1986). En su versión de 21 reactivos, que es la utilizada en la institución, se agregan 4 preguntas adicionales que se pueden llegar a presentar en un cuadro depresivo, siendo la existencia de variaciones diurnas, despersonalización, síntomas paranoides y síntomas obsesivo-compulsivos.

Interpretación:

- |                      |                          |
|----------------------|--------------------------|
| a) De 0 a 7 puntos   | Ausencia de depresión    |
| b) De 8 a 12 puntos  | Depresión menor          |
| c) De 13 a 17 puntos | Depresión mayor leve     |
| d) De 18 a 29 puntos | Depresión mayor moderada |
| e) De 30 a 52 puntos | Depresión mayor grave    |

Punto de corte para depresión: 8.

Punto de corte para remisión: 7.

### Estandarización de la versión castellana

Se realizó un estudio comparativo en España (Bobes, 2003) entre las versiones en español de la HAM-D de 6, 17 y 21 ítems. Las características poblacionales fueron pacientes con trastornos del estado del ánimo, entendiéndose como pacientes que cumplieron criterios del DSM-IV para trastorno depresivo mayor de episodio único (código 296.2) o recidivante (296.3); trastorno distímico (300.4), o trastornos adaptativos con estado de ánimo depresivo (309.0) cuya puntuación en la escala de impresión clínica global fuera de 4 puntos o mayor, que tuvieran entre 18 y 65 años, provenientes de la consulta externa del Servicio de Psiquiatría de 15 centros participantes en el estudio. En dicha evaluación se encontró un coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de 0.59, 0.74 y 0.78 para la HAM-D de 6, 17 y 21 ítems, respectivamente. Para el presente estudio, se usó la HAM-D de 21 ítems.

### Estandarización de la escala en población mexicana

En el libro *Escalas en Español Para La Evaluación de La Psicopatología* (2000), se describió que se aplicó la HAM-D junto con la Escala Autoaplicada de Carroll para evaluar la validez concurrente a un grupo de 80 pacientes de la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría que cumplieran los criterios diagnósticos para depresión mayor de acuerdo con el DSM-III, encontrando una correlación altamente significativa ( $p= 0.001$ ). El valor del  $\alpha$  de Cronbach para el total de las evaluaciones fue de 0.85 (Nicolini & Fresán, 2000).

## **2. Inventario de depresión de Beck**

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) fue diseñado para evaluar la intensidad de la sintomatología depresiva presente en una persona. El instrumento es autoaplicable y consta de 21 reactivos, cada cual con cuatro afirmaciones que describen el espectro de severidad de la categoría sintomática y conductual evaluada. En todos los casos, el primer enunciado tiene un valor de 0, que indica la ausencia del síntoma, el segundo de 1 punto, el tercero de 2 puntos, y el cuarto de 3 puntos, que constituye la severidad máxima del síntoma. Las categorías evaluadas son: 1) ánimo, 2) pesimismo, 3) sensación de fracaso, 4) insatisfacción, 5) sentimientos de culpa, 6) sensación de castigo, 7) autoaceptación, 8) autoacusación, 9) ideación suicida, 10) llanto, 11) irritabilidad, 12) aislamiento, 13) indecisión, 14) imagen corporal, 15) rendimiento laboral, 16) trastornos del sueño, 17) fatigabilidad, 18) apetito, 19) pérdida de peso, 20) preocupación somática, y 21) pérdida de la libido.

Los primeros 14 apartados se refieren a síntomas afectivo-cognoscitivos, y los 7 restantes a síntomas vegetativos y somáticos que regularmente se incluyen para hacer el diagnóstico de depresión mayor. El instrumento ha mostrado tener validez y confiabilidad aceptables para su empleo en el ejercicio clínico y de investigación, y la versión en español que se utiliza en el presente estudio se ha comportado psicométricamente de manera similar a la versión original (Beck, 1991; Ramos, 1986).

Interpretación:

- a) De 0-7 puntos. Ausencia de depresión.
- b) De 7-14 puntos Síntomas depresivos que ameritan tratamiento.
- c) De 14 o más puntos Alta probabilidad de depresión mayor.

### Estandarización de la escala en población mexicana

Se realizó una estandarización de la escala en población de la Ciudad de México con una muestra de residentes de la ciudad de entre 15 y 65 años de la consulta externa o el área de psiquiatría del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía y se obtuvo un coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de 0.87 (Jurado, 1998). Cabe destacar que las propiedades psicométricas previamente reportadas por Beck, Steer y Carbin (1988) fueron de 0.86 en muestras clínicas y 0.81 en muestras no clínicas (Beck et al, 1988), por lo que existe compatibilidad en lo previamente reportado (Jurado, 1998).

### **Descripción del procedimiento**

Para la recolección de información se revisó en primera instancia la *Nota de Egreso de Hospital* de todos los pacientes hospitalizados durante el segundo semestre de los años 2021, 2022 y 2023. Se identificaron los datos de pacientes pertenecientes y no pertenecientes a una MSG que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

Posteriormente se vaciaron las variables de manera confidencial en un archivo de Excel, en el cual únicamente se incluyeron los datos indispensables para el estudio, tales como edad, sexo asignado al nacer y escalas clinimétricas de ingreso y egreso, entre otros datos sociodemográficos. Para identificar la identidad sexogenérica y ciertos datos sociodemográficos del momento de la hospitalización, como el nivel socioeconómico, se acudió al área de Archivo Clínico, donde durante tres meses se revisaron la mayoría de expedientes disponibles, buscando de manera dirigida los datos no incluidos en la *Nota de Egreso a Hospital*, usando principalmente la *Nota de Ingreso a Hospital* y la *Nota de*

*Estudio Socioeconómico* realizada por el servicio de Trabajo Social. Una vez que se contó con una muestra considerada como suficiente (ver apartado de conformación de la muestra), se realizó un análisis estadístico, mismo que se reportó por grupo y no de forma individual.

## **Análisis estadístico**

A fin de comparar entre el grupo de MSG y la población general incluidas en el presente estudio, se realizó un análisis de las variables demográficas y clínicas consideradas de mayor relevancia con relación a la depresión y su gravedad. Las variables demográficas se describieron con medias, desviaciones estándar y rangos para las continuas, y con frecuencias y porcentajes para las categóricas. La prueba central de hipótesis fue una comparación de la gravedad de sintomatología depresiva al ingreso de la hospitalización, por lo que la equivalencia de paridad de grupos (entre MSG y no MSG) se realizó mediante pruebas  $\chi^2$  para variables categóricas, y pruebas  $t$  de Student de muestras independientes para las continuas (incluyendo la gravedad de la sintomatología depresiva). Se utilizó el programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) v.21 para Windows considerando un alpha al 95% y una  $p$  igual o menor a 0.05.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Este estudio se apegó a lo señalado por la Declaración de Helsinki, originalmente adoptada en junio de 1964 en Helsinki, Finlandia por la Asociación Médica Mundial con última actualización en 2013 (Asociación Médica Mundial, 2017) y lo dispuesto en la Ley General de Salud en materia de investigación, con última reforma publicada en el DOF

el 02-04-2014 (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2014). Este estudio buscó cumplir con los principios éticos de respeto al individuo, justicia, beneficencia y no maleficencia. Cabe destacar que se consideró como estudio sin riesgo dado que se tomaron los datos de manera retrospectiva de los expedientes con los que ya se contaba; no obstante, se tomaron precauciones para resguardar la confidencialidad de las personas de los datos recabados de los expedientes clínicos. Para asegurar lo anterior, los expedientes no salieron de la institución, la base de datos se creó en un archivo encriptado y usando un equipo de cómputo único también con contraseña, para el cual solo la investigadora tuvo acceso. Así mismo, se protegió la confidencialidad de la información a través de la codificación numérica de datos personales en la base de datos, creando un número de folio propio para la investigación para cada participante con la finalidad de que no existiera información vinculante de los participantes y sus datos personales. Para llevar a cabo el análisis estadístico se reportó por grupo y no de forma individual. De esta manera, nos aseguramos de cumplir el principio de no maleficencia.

La investigadora se aseguró de contar con el consentimiento informado de hospitalización de los pacientes dentro de los expedientes clínicos muestreados para respetar el principio de autonomía, donde se establece que *“El paciente y su familiar autorizan que de manera anónima se pueda utilizar cualquier información médica del paciente consignada en el expediente clínico con fines de investigación estadística, clinimétrica y de docencia”* (Anexo 1). Adicionalmente, este proyecto se sometió al Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz para la dictaminación ética correspondiente, obteniendo la aprobación correspondiente el 16 de octubre del 2023 (CEI/C/040/2023). La justificación ética para

realizar este estudio relacionado con salud mental radicó en su valor social y científico (beneficio social), al tener la intención de generar conocimiento para proteger y promover la salud, particularmente de personas que forman parte de las MSG.

## **RESULTADOS**

### **Descripción de la muestra**

La muestra inicial estuvo conformada por 739 expedientes clínicos disponibles dentro del periodo de estudio. Sin embargo, se excluyeron el 10.7% de los casos debido a alta voluntaria o traslado a otra institución, el 26.8% por diagnóstico de trastorno psicótico, y el 11.8% por la falta de escalas completas de evaluación de la gravedad de la sintomatología depresiva. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión y tomando en cuenta el periodo de recolección, se analizaron 144 expedientes clínicos, distribuidos en 52 de 2021, 35 de 2022 y 57 de 2023. De estos, 49 correspondían a personas de la diversidad sexogenérica, identificadas por reportar una orientación sexual o identidad de género distinta de la heterosexual o cisgénero (18 de 2021, 13 de 2022 y 18 de 2023).

La muestra final presentó una edad promedio de 27.5 años (D.E.: 10.9, rango= 15 a 60 años) y estuvo compuesta en su mayoría por mujeres (n= 120, 83.3%), con una prevalencia del 93.8% (n= 130) de personas cisgénero y un 68.1% (n= 95) de personas heterosexuales. En cuanto a la distribución de los grupos, la población cisgénero y heterosexual representó el 68.4% (n= 95) de la muestra, mientras que el grupo de MSG constituyó el 35.2% (n= 49). Respecto a las características sociodemográficas, la mayoría de los participantes tenía preparatoria o carrera técnica concluida (n= 68,

47.2%), no contaba con pareja (n= 124, 86.1%), y pertenecía a los niveles socioeconómicos más bajos (n= 86, 62.3%).

Por otro lado, la mayoría de la muestra contaba con por lo menos una comorbilidad psiquiátrica (n= 128, 88.9%), siendo la más frecuente el trastorno límite de la personalidad (n= 63, 43.8%), seguida por trastornos por uso de sustancias (n = 46, 31.9%). Los días de estancia hospitalaria fueron en promedio 21.9 (D.E.: 8.1, rango= 9 a 49).

En la HAM-D, la puntuación promedio al ingreso fue de 18.2 (D.E.: 8.6), mientras que al egreso fue de 4.8 (D.E.: 4.2). En el BDI, la puntuación promedio al ingreso fue de 30.7 (D.E.: 13.5) y al egreso disminuyó a 9.5 (D.E.: 9.2).

En la Tabla 2 se detalla la descripción de las variables sociodemográficas y clínicas de la muestra total.

**Tabla 2. Variables sociodemográficas y clínicas (n = 144)**

Variable	Resultado
<i>Variables sociodemográficas</i>	
<b>Sexo asignado al nacer, n (%)</b>	
Mujer	120 (83.3)
Hombre	24 (16.7)
Género, n (%)	
Femenino	113 (78.5)
Masculino	22 (15.3)
No binario	4 (2.8)
Queer	1 (0.7)
Hombre trans	3 (2.1)
Mujer trans	1 (0.7)
Orientación sexual, n (%)	
Heterosexual	98 (68.1)
Bisexual	31 (21.5)
Homosexual	10 (6.9)
Pansexual	5 (3.5)
Grupos por identidad sexogenérica, n (%)	
Minoría sexogenérica	49 (35.2)
Población cisgénero y heterosexual	95 (68.4)
Escolaridad, n (%)	
Ninguna	1 (0.7)

Variable	Resultado
Primaria	4 (2.8)
Secundaria	35 (24.3)
Preparatoria o Carrera Técnica	68 (47.2)
Licenciatura	30 (20.8)
Posgrado	5 (3.5)
Perdidos	1 (0.7)
Estado civil, n (%)	
Sin pareja	124 (86.1)
Con pareja	20 (13.9)
Nivel socioeconómico, n (%)	
1	32 (22.2)
2	54 (37.5)
3	45 (31.3)
4	6 (4.2)
5	1 (0.7)
Sin clasificación	6 (4.2)
<i>Variables clínicas</i>	
Número de comorbilidades, n (%)	
Ninguna	16 (11.1)
Una	55 (38.2)
Dos	46 (31.9)
Tres	21 (14.6)
Cuatro	4 (2.8)
Cinco	2 (1.4)
Tipo de comorbilidades, n (%)	
Trastorno límite de la personalidad	63 (43.8)
Trastornos por uso de sustancias	46 (31.9)
Trastorno de ansiedad	29 (20.1)
Trastorno de la conducta alimentaria	33 (22.9)
Trastorno por estrés postraumático	24 (16.7)
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	15 (10.4)
Otro trastorno de la personalidad	7 (4.9)
Trastorno obsesivo compulsivo	7 (4.9)
Trastorno dismórfico corporal	3 (2.1)
Trastorno de control de impulsos	2 (1.4)
Otro	7 (4.9)
Días de hospitalización, media (D.E.)	21.9 (8.1) Rango: 9-49
Sintomatología depresiva según HAM-D, media (D.E.)	
Ingreso: n =117	18.3 (8.9) Rango: 1-50
Egreso: n =117	4.8 (4.3) Rango: 0-28
Sintomatología depresiva según BDI, media (D.E.)	
Ingreso: n = 123	30.4 (13.6) Rango: 2-57
Egreso: n = 122	9.2 (8.9) Rango: 0-38

**Nota.** n: número total; D.E.: Desviación estándar; HAM-D: Escala de Depresión de Hamilton; BDI: Inventario de Depresión de Beck. El nivel socioeconómico se clasificó del 1 (más bajo) al 5 (más alto). La minoría sexogenérica incluye a individuos con una orientación sexual o identidad de género distinta a la heterosexual y cisgénero.

## Comparación de variables demográficas, clínicas y depresión entre poblaciones sexogénicas

Como puede observarse en la Tabla 3, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en cuanto a la distribución por nivel de escolaridad, nivel socioeconómico, número de comorbilidades, presencia de trastorno límite de la personalidad, presencia de trastornos de ansiedad o número de días de hospitalización. Estos resultados indican que ambas poblaciones presentan características demográficas y clínicas similares en estos aspectos. Aun así, se identificaron diferencias en otras variables de interés.

En primer lugar, se observó menor edad promedio en la población de MSG ( $p \leq .0001$ ), así como una proporción significativamente mayor de mujeres ( $p \leq .049$ ). Respecto al estado civil, el 100% de la población de la MSG reportó no tener pareja, en contraste con el 20.7% de la población general que sí tenía pareja ( $p = .001$ ). Otra diferencia fue la prevalencia de trastornos por uso de sustancias, los cuales fueron menos frecuentes en la población de MSG (17%) en comparación con la población general (38%) ( $p = .011$ ).

**Tabla 3. Comparación de variables demográficas y clínicas entre poblaciones sexogénicas (n = 139)**

Variable	Minoría sexogénica	Población general	Comparación
Edad, media (D.E.)	21.1 (4.2)	30.8 (11.9)	$T = -7.100 (130.3)$ $p \leq .0001$
Sexo, n (%)			
Mujer	45 (91.8)	75 (78.9)	$\text{Chi}^2 = 3.867 (1)$ $p = .049$
Hombre	4 (8.2)	20 (21.1)	
Escolaridad, n (%)			

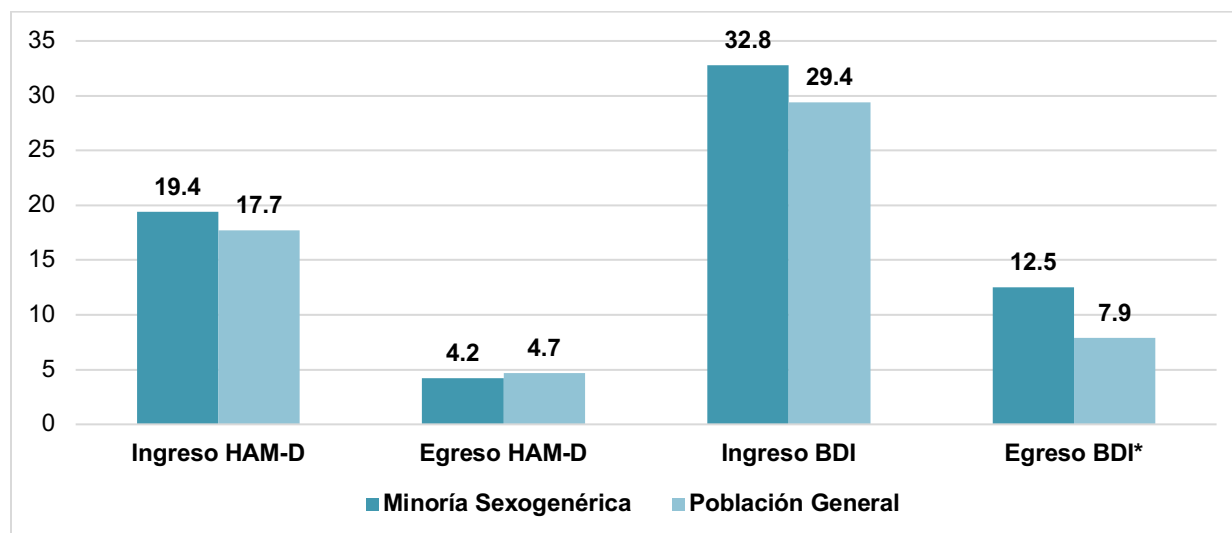
Variable	Minoría sexogenérica	Población general	Comparación
Ninguna	0 (0)	1 (1.1)	Chi <sup>2</sup> = 8.394 (10) p= .590
Primaria	0 (0)	4 (4.2)	
Secundaria	15 (30.6)	20 (21.1)	
Preparatoria o Carrera Técnica	25 (51.0)	43 (45.3)	
Licenciatura	7 (14.3)	23 (24.2)	
Posgrado	2 (4.0)	3 (3.2)	
Sin registro		1 (1.1)	
Estado Civil, n (%)			Chi <sup>2</sup> = 11.980 (1) p= <b>.001</b>
Sin pareja	49 (100)	75 (78.9)	
Con pareja	0 (0)	20 (21.1)	
Nivel socioeconómico, n (%)			Chi <sup>2</sup> = 1.401 (4) p= .844
1	11 (22.2)	21 (22.7)	
2	17 (37.8)	37 (42)	
3	16 (33.3)	29 (30.7)	
4	3 (6.7)	3 (3.4)	
5	0 (0.0)	1 (1.1)	
Sin clasificación	4	2	
Número de comorbilidades, media (D.E.)	1.8 (1.1)	1.6 (1.0)	T = 1.1 (142) p= .260
Trastorno límite de la personalidad, n (%)	38 (77.6)	25 (26.3)	Chi <sup>2</sup> = 1.467 (1) p= .226
Trastornos por uso de sustancias, n (%)	9 (18.4)	37 (38.9)	Chi <sup>2</sup> = 6.298 (1) p= <b>.011</b>
Trastornos de ansiedad, n (%)	10 (20.4)	19 (20)	Chi <sup>2</sup> = 0.003 (1) p= .954
Días de hospitalización, media (D.E.)	23.4 (8.3)	21.2 (7.2)	T = 1.508 (142) p= .134
Sintomatología depresiva según HAM-D, media (D.E.)			T = 1.007 (120) p= .316 T = .390 (1120) p= .697
Ingreso: n=122	19.4 (8.3)	17.7 (8.7)	
Egreso: n=122	4.2 (3.2)	4.7 (4.6)	
Sintomatología depresiva según BDI, media (D.E.)			T = 1.378 (127) p= .171 T = 2.8 (126) p= <b>.006</b>
Ingreso: n= 129	32.8 (12.5)	29.4 (14.0)	
Egreso: n= 128	12.5 (10.3)	7.9 (8.1)	

**Nota.** D.E.: Desviación estándar; n: número total; HAM-D: Escala de Depresión de Hamilton; BDI: Inventario de Depresión de Beck. El nivel socioeconómico se clasificó del 1 (más bajo) al 5 (más alto). La minoría sexogenérica incluye a individuos con una orientación sexual o identidad de género distinta a la heterosexual y cisgénero. La población general se refiere a la población cisgénero y heterosexual. Se reportan los valores de p (nivel de significancia estadística), T (prueba t de Student para comparación de medias) y Chi<sup>2</sup> (prueba de chi-cuadrado para comparación de frecuencias)

En relación con la sintomatología depresiva (Gráfica 3), se observó una reducción general en la sintomatología depresiva en ambas poblaciones al comparar las puntuaciones de ingreso y egreso hospitalario, según el HAM-D y BDI. Si bien ambos grupos mostraron mejoría en los síntomas depresivos a lo largo de la hospitalización, las diferencias en la reducción de puntajes entre la población de MSG y la población general variaron en términos de significancia estadística.

Al ingreso, la puntuación promedio en la HAM-D fue de 19.4 (D.E.= 8.3) en la población de MSG y de 17.7 (D.E.= 8.7) en la población general, sin alcanzar una diferencia significativa ( $p= .316$ ). De manera similar, en el BDI, la puntuación promedio fue de 32.8 (D.E.= 12.5) en la población de MSG y de 29.4 (D.E.= 14.0) en la población general, sin una diferencia significativa entre grupos ( $p= .171$ ). Por otro lado, la puntuación de egreso en la HAM-D se redujo a 4.2 (D.E.= 3.2) en la población de MSG y a 4.7 (D.E.= 4.6) en la población general, pero sin diferencias estadísticamente significativas ( $p= .697$ ). En contraste, en la evaluación con el BDI, la población de MSG presentó una puntuación promedio de 12.5 (D.E.= 10.3), mientras que la población general obtuvo 7.9 (D.E.= 8.1), mostrando una diferencia estadísticamente significativa ( $p= .006$ ).

**Gráfica 3. Sintomatología depresiva según HAM-D y BDI**



**Nota.** \* $p \leq .05$ ; HAM-D: Escala de Depresión de Hamilton; BDI: Inventario de Depresión de Beck.

## **DISCUSIÓN**

El presente estudio tuvo como objetivo principal comparar la gravedad de la sintomatología depresiva al inicio de la hospitalización psiquiátrica entre pacientes con trastorno depresivo pertenecientes y no pertenecientes a una MSG, según los registros del expediente clínico. La mayoría de la muestra estuvo conformada por mujeres (83.3%), lo que podría explicarse porque históricamente el volumen de ingresos para hospitalización en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) ha estado conformado mayoritariamente por mujeres. Un fenómeno ampliamente documentado en la literatura científica es que las mujeres presentan tasas más elevadas de depresión en comparación con los hombres (Kessler & Bromet, 2013; Kuehner, 2017). Esta diferencia en la prevalencia de la depresión se ha observado incluso antes del aumento de trastornos depresivos y ansiosos en mujeres reportados posterior a la pandemia por COVID-19 en 2020 (Santomauro et al., 2021; Yoch & Sirull, 2023).

La mayor proporción de los participantes contaba con estudios de preparatoria o carrera técnica (47.2%) y se encontraba en niveles socioeconómicos bajos, con el 59.7% de la muestra en los niveles 1 y 2 de la escala socioeconómica. Estos resultados son consistentes con el perfil sociodemográfico característico de los usuarios de instituciones públicas de salud, las cuales atienden principalmente a población no derechohabiente. Al comparar estos factores sociodemográficos entre la MSG y la población cisgénero y heterosexual no se encontraron diferencias significativas. Esto sugiere que ambas poblaciones compartían características sociodemográficas similares y que estas variables no fueron determinantes en las diferencias observadas en la sintomatología depresiva o en la respuesta al tratamiento.

En este estudio, el 35.2% de los participantes se identificó como parte de una MSG, ya sea por su identidad de género u orientación sexual no normativa. Esta proporción es notablemente mayor que la reportada en estudios previos realizados en población general internacional y mexicana, donde la proporción de personas heterosexuales se calcula entre el 80% y el 95.2% (Ipsos, 2021; ENDISEG, 2021). Por su parte, la proporción de personas que se identifican como cisgénero se estima es del 99% y 99.1%, respectivamente (Ipsos, 2021; ENDISEG, 2021). Una posible explicación para esta diferencia es que la proporción de personas LGBTQ+ en estudios clínicos puede ser mayor debido a la alta prevalencia de problemas de salud mental en esta población (Kuyper et al., 2016). Asimismo, las MSG enfrentan un mayor riesgo de desarrollar sintomatología depresiva, influenciado por factores de estrés específicos, como la discriminación, el rechazo social y la internalización del estigma (Baams et al., 2015; Williams et al., 2017). Estudios previos han demostrado que las personas LGBTQ+

presentan tasas más elevadas de trastornos mentales, siendo la depresión uno de los más prevalentes, en comparación con sus contrapartes heterosexuales y cisgénero (Gmelin et al., 2022; Santomauro et al., 2021; Yoch & Sirull, 2023).

Igualmente, la población de MSG fue significativamente más joven en comparación con la población cisgénero y heterosexual. Este hallazgo es relevante, ya que la menor edad se asocia con una mayor vulnerabilidad a la sintomatología depresiva. Un metaanálisis realizado por Lucassen y colaboradores (2017) encontró que las minorías sexuales jóvenes tenían aproximadamente tres veces más probabilidad de desarrollar síntomas depresivos en comparación con sus contrapartes heterosexuales, siendo las mujeres la población más afectada. Resulta pertinente destacar que se ha documentado que existen brechas generacionales en la identidad de género y orientación sexual, ya que las generaciones más jóvenes tienden a identificarse con mayor diversidad en términos de identidad de género y atracción sexual (Ipsos, 2021). En México, según la ENDISEG (2022), el 53.7% de las personas que se identifican como parte de la comunidad LGBTQ+ tienen entre 15 y 24 años, lo que refleja una mayor visibilidad de la diversidad sexogenérica en población más joven. En futuros estudios, sería relevante analizar la edad promedio en que las personas MSG buscan atención en salud mental, ya que esto podría ayudar a desarrollar estrategias de prevención más efectivas.

En nuestro estudio, el 100% de la población de MSG reportó no tener pareja, en contraste con el 20.7% de la población cisgénero y heterosexual que sí tenía pareja. Este resultado difiere de lo reportado en la ENDISEG (2022), donde el 64.9% de la población LGBTQ+ en México informó no tener pareja y la proporción de personas sin pareja en la

población cisgénero y heterosexual de la fue 26.9%, cifra más consistente con lo encontrado en el presente estudio. Es posible que esta diferencia en las MSG esté relacionada con la metodología de recolección de datos, ya que en el presente estudio se consideró el estado civil legal, sin evaluar si los participantes tenían una relación afectiva fuera del matrimonio. Además, la edad promedio menor en la población MSG podría haber influido en este resultado, dado que las relaciones estables tienden a ser más frecuentes en edades avanzadas. A pesar de estas consideraciones metodológicas, estudios previos han documentado que las personas de MSG presentan tasas más bajas de matrimonio y relaciones formales y estables, lo que se ha relacionado con barreras sociales, discriminación estructural y mayores niveles de estrés de minorías, factores que pueden afectar la formación y estabilidad de relaciones interpersonales (Chakraborty et al., 2011; Gilmour, 2019).

Para futuras investigaciones, sería recomendable incluir preguntas dirigidas sobre la red de apoyo y la percepción del apoyo social, ya que la falta de una pareja estable no necesariamente implica ausencia de apoyo emocional. Se ha documentado que la red de apoyo es un factor clave en la salud mental, y su ausencia puede ser un factor de vulnerabilidad para la presentación de síntomas depresivos en poblaciones de minorías sexogénicas (Baams et al., 2015; Gilmour, 2019).

Hatzenbuehler y Pachankis (2016) plantearon que las personas pertenecientes a minorías sexogénicas podrían estar enfrentando barreras estructurales en el acceso a servicios de salud mental, lo que incluye una falta de capacitación de los profesionales de la salud. Estas condiciones podrían incrementar la necesidad de atención psiquiátrica en esta población, lo que a su vez, podría estar retrasando la búsqueda de ayuda hasta

etapas más avanzadas de la enfermedad, aumentando así la probabilidad de hospitalización psiquiátrica.

Al analizar las diferencias clínicas entre la MSG y la población cisgénero y heterosexual, se encontraron tanto similitudes como diferencias significativas. En términos generales, ambas poblaciones fueron similares en comorbilidades como el trastorno límite de la personalidad, los trastornos de ansiedad y el número de días de hospitalización. Sin embargo, se identificaron diferencias significativas en la sintomatología depresiva y trastorno por uso de sustancias.

En relación con la sintomatología depresiva, objetivo central del presente estudio, se terminó por no rechazar la hipótesis nula, es decir, los participantes hospitalizados que pertenecen a una MSG tuvieron una gravedad de sintomatología depresiva similar a los participantes cisgénero y heterosexuales al ingreso hospitalario. Nuestros hallazgos mostraron que en la evaluación clínica objetiva (heteroaplicada) para síntomas depresivos, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos ni al ingreso ni al egreso hospitalario. Esto sugiere que el personal médico residente en psiquiatría no identificó diferencias clínicas en la gravedad de síntomas depresivos al momento de aplicar el HAM-D durante el ingreso o egreso hospitalarios de ambos grupos. Esta situación podría deberse a que la aplicación de las escalas fue realizada por residentes de primer año, quienes aún se encuentran en un periodo de formación y cuyo nivel de pericia clínica es menor en comparación con residentes de años superiores. Se ha sugerido que la experiencia en procedimientos y el año de formación están positivamente asociados con la competencia clínica, según un estudio realizado en residentes de medicina interna, emergencias, anestesiología y neurología en centros médicos

académicos de Chicago, Estados Unidos, donde se evaluaron sus habilidades en procedimientos simulados (Barsuk et al., 2017). Para reducir este posible sesgo, se tomaron expedientes del segundo semestre de cada año, bajo la suposición de que los residentes encargados de aplicar las escalas ya contarían con al menos seis meses de experiencia clínica. No obstante, es posible que este tiempo no haya sido suficiente para mejorar significativamente la precisión diagnóstica y la detección de diferencias sutiles en la sintomatología depresiva entre los grupos analizados.

En la evaluación subjetiva de los síntomas depresivos con el BDI, se observó que tampoco hubo diferencias significativas en el puntaje de ingreso entre los grupos, pero sí en el puntaje de egreso, es decir, la población de MSG tuvo un puntaje mayor en comparación con el grupo de participantes heterosexuales y cisgénero. Esto indica que, aunque la evaluación clínica objetiva fue similar en ambos grupos, la percepción subjetiva de mejoría fue menor en la MSG. Estos resultados pueden explicarse a través del modelo de estrés de minorías, el cual postula que la discriminación, el estigma y el rechazo social generan un estrés crónico en las personas de MSG, lo que puede influir en su percepción de salud mental y en la respuesta al tratamiento (Meyer, 2003; Pachankis et al., 2015). Además, se ha documentado que las personas LGBTQ+ tienen mayor desconfianza en los servicios de salud, lo que puede afectar su evaluación subjetiva del tratamiento recibido (Baams et al., 2015). Otra posible explicación es que las diferencias en la percepción subjetiva de mejoría estén relacionadas con una mayor carga de estrés psicosocial en la MSG, derivada de factores como el miedo al rechazo, la internalización de la homofobia y la falta de apoyo social. Lo anterior podría contribuir a un mayor pesimismo en relación con la recuperación, lo que explicaría por qué, a pesar

de una mejoría clínica objetiva, la población MSG no percibe cambios significativos en su sintomatología.

Un aspecto adicional a considerar es el posible sesgo de respuesta en la aplicación del BDI, ya que los cuestionarios de autoinforme pueden estar influenciados por la percepción individual de la salud mental, la autoaceptación y la confianza en los tratamientos recibidos. La población de MSG podría tener menor nivel de autoaceptación y mayor escepticismo hacia los servicios de salud, lo que podría sesgar sus respuestas y afectar los resultados.

Aunque la intervención hospitalaria parece ser igualmente efectiva en ambos grupos desde una perspectiva clínica objetiva, las diferencias en la percepción subjetiva sugieren la necesidad de continuar investigando los determinantes que influyen en la experiencia de la salud mental en poblaciones de MSG. A manera de propuesta, se podría realizar una encuesta de satisfacción de tratamiento al egreso de todos los participantes, con un apartado libre con el que se pueda analizar de manera cualitativa la experiencia individual de cada persona.

Por otro lado, se encontró una menor prevalencia de trastorno por uso de sustancias en la población MSG en comparación con la población cisgénero y heterosexual. Este hallazgo difiere de la literatura previa, donde se ha reportado que las poblaciones de diversidad sexogenérica suelen tener mayores tasas de consumo de sustancias, especialmente en mujeres (Demant et al., 2016; Watson et al., 2018). Una posible explicación para esta discrepancia es que los participantes pudieron haber minimizado o no reportado su consumo de sustancias, debido a factores como el temor a la discriminación o la falta de confianza en el sistema de salud (Livingston, 2020). En

una revisión de alcance realizada en los Estados Unidos, Xin y colaboradores (2023) identificaron que el estigma interseccional asociado a la identidad de género, orientación sexual y consumo de sustancias en MSG constituye una barrera significativa para la búsqueda de ayuda y el acceso a tratamiento. Este fenómeno contribuye a la evitación del tratamiento, experiencias negativas en los servicios de salud y el uso de sustancias como estrategia de afrontamiento frente a la discriminación y el estrés minoritario.

A pesar de estos hallazgos, es importante interpretar los resultados con cautela debido a las limitaciones del estudio, como su diseño retrospectivo y la posible falta de precisión en la recolección y registro de datos en los expedientes clínicos. Estudios futuros podrían explorar más a fondo los patrones de consumo de sustancias en la población de diversidad sexogenérica, así como los factores de riesgo y protectores que influyen en este comportamiento.

## **CONCLUSIONES**

El presente estudio encontró que, si bien la mayoría de los pacientes hospitalizados eran mujeres cisgénero heterosexuales, el 35.2% se identificaba como parte de la diversidad sexogenérica, una proporción superior a la reportada en la literatura. Además, se identificaron diferencias significativas entre ambos grupos en variables como edad, sexo, estado civil, consumo de sustancias y percepción de la sintomatología depresiva. Aunque la evaluación objetiva de la sintomatología depresiva no mostró diferencias significativas, la percepción subjetiva de mejoría fue menor en la población de MSG al egreso, lo que sugiere la influencia de otros factores en la experiencia de la enfermedad y la respuesta al tratamiento hospitalario.

Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar la identidad de género y orientación sexual dentro de los factores que pueden afectar la percepción de la recuperación. Para mejorar la atención, se propone fomentar un entorno de diálogo abierto y libre de estigmatización, donde los pacientes puedan expresar sus preocupaciones de manera segura. Incluir estas variables en la evaluación clínica permitirá un abordaje más integral y una atención más alineada con sus necesidades específicas.

## **LIMITACIONES**

Una de las principales limitaciones de este estudio fue la falta de secciones obligatorias en los expedientes clínicos para registrar información sobre identidad de género y orientación sexual. A diferencia de otras variables sociodemográficas, como edad, domicilio o empleo, estos datos no eran recolectados de manera sistemática, lo que llevó a buscar esta información en la *Nota de Ingreso* u otras secciones del expediente. Esta omisión en el registro clínico podría haber generado sesgos en la clasificación de los participantes y en la interpretación de los hallazgos.

Al tratarse de un estudio retrospectivo, no fue posible ejercer un control directo sobre la calidad de las variables analizadas, ya que la información se obtuvo de expedientes clínicos previamente elaborados por personal médico sin capacitación específica ni un enfoque propositivo en la recolección de datos relacionados con minorías sexogenéricas. Sin embargo, las variables analizadas fueron de carácter general y aplicables a la población con sintomatología depresiva hospitalizada, lo que permitió su utilización para los fines del estudio. Para compensar esta limitación, se realizó una

revisión directa de los expedientes en el Archivo Clínico cuando fue posible, con el objetivo de garantizar una mejor calidad en la recopilación de datos.

Otra limitación fue la realización del estudio por una única investigadora, lo que restringió el tiempo disponible para la ejecución del trabajo de campo debido a las responsabilidades asistenciales y académicas de la formación como residente. A pesar de estas limitaciones, este estudio establece un precedente importante para futuras investigaciones, al aportar información que podría ser utilizada para mejorar la atención de las minorías sexogénicas en los servicios de salud mental.

## **CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

2022	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre
<b>RI</b>				Reunión Informativa		Entrega de cartas compromiso y título de proyecto	Reunión con tutores	Búsqueda y recopilación de información	Completar marco teórico y antecedentes	

2023	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre
<b>RII</b>	Correcciones finales de protocolo de tesis		Primer seminario	Someter a comité de ética					Avances Tesis 1	Someter a comité de ética		

2024	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre
<b>RIII</b>	Correcciones				Avances Tesis 2	Recolección de datos					Análisis de resultados	Resultados y conclusiones

2025	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre
<b>RIV</b>	Formato y correcciones	Revisión final y entrega										<b>Publicación</b>

## **REFERENCIAS**

- Akhtar-Danesh, N., & Landeen, J. (2007). Relation between depression and sociodemographic factors. *International journal of mental health systems*, 1(1), 4. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-1-4>
- Albert, P. R. (2015). Why is depression more prevalent in women? *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 40(4), 219–221. <https://doi.org/10.1503/jpn.150205>
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Van Haren Publishing.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Dsm-iii-R* (3 Revised). Amer Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association & American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Van Haren Publishing.
- American Psychiatric Association [APA]. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III: Vol. III*.
- American Psychological Association [APA]. (2009). *Orientación sexual y identidad de género*. <https://www.apa.org/topics/lgbtq/sexual>
- Asociación Médica Mundial [AMM]. (2017, 21 marzo). *Declaración de Helsinki de la AMM – Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos*. <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Baams, L., Grossman, A. H., & Russell, S. T. (2015). Minority stress and mechanisms of risk for depression and suicidal ideation among lesbian, gay, and bisexual youth. *Developmental Psychology*, 51(5), 688–696.

- Bech, P., Allerup, P., Gram, L. F., Reisby, N., Rosenberg, R., Jacobsen, O., & Nagy, A. (1981). The Hamilton Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 63(3), 290-299. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1981.tb00676.x>
- Beck, A. T. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
- Bhugra, D., Killaspy, H., Kar, A., Levin, S., Chumakov, E., Rogoza, D., Harvey, C., Bagga, H., Owino – Wamari, Y., Everall, I., Bishop, A., Javate, K. R., Westmore, I., Ahuja, A., Torales, J., Rubin, H., Castaldelli-Maia, J., Ng, R., Nakajima, G. A., . . . Ventriglio, A. (2022). IRP commission: sexual minorities and mental health: global perspectives. *International Review of Psychiatry*, 34(3-4), 171-199. <https://doi.org/10.1080/09540261.2022.2045912>
- Bobes, J., Bulbena, A., Luque, A., Dal-Ré, R., Ballesteros, J., & Ibarra, N. (2003). Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. *Medicina Clínica*, 120(18), 693-700. [https://doi.org/10.1016/s0025-7753\(03\)73814-7](https://doi.org/10.1016/s0025-7753(03)73814-7)
- Burns, R. A., Butterworth, P., & Jorm, A. F. (2016). The long-term mental health risk associated with non-heterosexual orientation. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(1), 74-83. <https://doi.org/10.1017/s2045796016000962>

- Cámara de Diputados del H Congreso de la Unión. (2016). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud: Nuevo Reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1987*. [https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf)
- Chakraborty, A., McManus, S., Brugha, T. S., Bebbington, P., & King, M. (2011). Mental health of the non-heterosexual population of England. *British Journal of Psychiatry*, 198(2), 143-148. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.082271>
- Consejo Nacional Para Prevenir la Discriminación [CONAPRED]. (2016). *Glosario de la diversidad sexual, de género y características sexuales*. [https://www.conapred.org.mx/documentos\\_cedoc/Glosario\\_TDSyG\\_WEB.pdf](https://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/Glosario_TDSyG_WEB.pdf)
- Demant, D., Hides, L., Kavanagh, D. J., White, K. M., Winstock, A. R., & Ferris, J. (2017). Differences in substance use between sexual orientations in a multi-country sample: findings from the Global Drug Survey 2015. *Journal of Public Health*, 39(3), 532–541. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1093/pubmed/fdw069>
- Drescher J. (2015). Queer diagnoses revisited: The past and future of homosexuality and gender diagnoses in DSM and ICD. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 27(5), 386–395. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1053847>
- Editorial Economía. (2018). *Definición de Nivel Socioeconómico - Qué es Concepto*. <https://economia.org/nivel-socioeconomico.php>
- Escalas de evaluación de los trastornos afectivos. (2000). En R. Apiquian, A. Fresán, & H. Nicolini (Eds.), *Escalas para la Evaluación de la Psicopatología en Español* (pp. 60-71).

- Frost, D. M., Lehavot, K., & Meyer, I. H. (2013). Minority stress and physical health among sexual minority individuals. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(1), 1-8. <https://doi.org/10.1007/s10865-013-9523-8>
- Gilmour, H. (2019). Sexual orientation and complete mental health. *Health Reports*, 30(11), 3-10. <https://doi.org/10.25318/82-003-x201901100001-eng>
- Gmelin, J. O. H., De Vries, Y. A., Baams, L., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Borges, G., Bunting, B., Cardoso, G., Florescu, S., Gureje, O., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Mneimneh, Z., Navarro-Mateu, F., Posada-Villa, J., Rapsey, C., Slade, T., Stagnaro, J. C., Wojtyniak, B. (2022). Increased risks for mental disorders among LGB individuals: cross-national evidence from the World Mental Health Surveys. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57(11), 2319-2332. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02320-z>
- Hamilton, M. (1967). Development of a Rating Scale for Primary Depressive Illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6(4), 278-296. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1967.tb00530.x>
- Hatzenbuehler, M. L. (2009). How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework. *Psychological Bulletin*, 135(5), 707-730. <https://doi.org/10.1037/a0016441>
- Hatzenbuehler, M. L., & Pachankis, J. E. (2016). Stigma and Minority Stress as Social Determinants of Health Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth. *Pediatric Clinics of North America*, 63(6), 985-997. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.07.003>

Hunt, G. E., Malhi, G. S., Lai, H. M. X., & Cleary, M. (2020). Prevalence of comorbid substance use in major depressive disorder in community and clinical settings, 1990-2019: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. doi:10.1016/j.jad.2020.01.141

Institute for Health Metrics and Evaluation. (2019). Depressive Disorders - Level 3 Cause. <https://www.thelancet.com/pb-assets/Lancet/gbd/summaries/diseases/depressive-disorders.pdf>

Institute for Health Metrics and Evaluation. (2021). Depressive Disorders - Level 3 Cause. <https://www.healthdata.org/research-analysis/diseases-injuries-risks/factsheets/2021-depressive-disorders-level-3-disease>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2022). *Encuesta Nacional Sobre Diversidad Sexual y de Género (ENDISEG) 2021* [Conjunto de datos]. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/endiseg/ResulEndiseg21.pdf>

Ipsos. (2021). *LGBT+ Pride 2021 Global Survey: A 27-country Ipsos survey*. Ipsos.com. <https://www.ipsos.com/en/ipsos-lgbt-pride-2021-global-survey>

Jurado, S., Villegas, M. V., Méndez, L. M., Rodríguez, F. A., Loperena, V. G., & Varela, R. (1997). La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31. [http://revistasaludmental.com/index.php/salud\\_mental/article/download/706/705](http://revistasaludmental.com/index.php/salud_mental/article/download/706/705)

Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The Epidemiology of Depression Across Cultures. *Annual Review of Public Health*, 34(1), 119-138. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114409>

- Kidd, S. A., Howison, M., Pilling, M., Ross, L. E., & McKenzie, K. (2016). Severe Mental Illness in LGBT Populations: A Scoping Review. *Psychiatric Services, 67*(7), 779-783. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500209>
- King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry, 8*(1). <https://doi.org/10.1186/1471-244x-8-70>
- Kuehner, C. (2016). Why is depression more common among women than among men? *The Lancet Psychiatry, 4*(2), 146-158. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)30263-2](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)30263-2)
- Kuyper, L., Fernee, H., & Keuzenkamp, S. (2016). A Comparative Analysis of a Community and General Sample of Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals. *Archives of Sexual Behavior, 45*(3), 683–693. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/s10508-014-0457-1>
- Lattanner, M. R., Pachankis, J. E., & Hatzenbuehler, M. L. (2022). Mechanisms linking distal minority stress and depressive symptoms in a longitudinal, population-based study of gay and bisexual men: A test and extension of the psychological mediation framework. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 90*(8), 638-646. <https://doi.org/10.1037/ccp0000749>
- Lim, G. Y., Tam, W. W., Lu, Y., Ho, C. S., Zhang, M. W., & Ho, R. C. (2018). Prevalence of Depression in the Community from 30 Countries between 1994 and 2014. *Scientific Reports, 8*(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-018-21243-x>

- Livingston, J. D. (2021). A framework for assessing structural stigma in health-care contexts for people with mental health and substance use issues. Ottawa, Canada: Mental Health Commission of Canada.
- Lucassen, M. F., Stasiak, K., Samra, R., Frampton, C. M., & Merry, S. N. (2017). Sexual minority youth and depressive symptoms or depressive disorder: A systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(8), 774–787. <https://doi.org/10.1177/0004867417713664>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Organización Mundial de la Salud: OMS. (2023). Depresión. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Oxford Languages. (s. f.). *Define Estado Civil*. <https://www.google.com/search?q=define+estado+civil&oq=define+estado+civil&gs=chrome..69i57j0i22i30i9.7517j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
- Plöderl, M., & Tremblay, P. (2015). Mental health of sexual minorities. A systematic review. *International Review of Psychiatry*, 27(5), 367-385. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1083949>
- Ramos Brieva, J. (1986). La validez predictiva del Inventario para la Depresión de Beck en castellano. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiátrica*, 14, 47-50.
- Ramos Brieva, J., & Cordero Villafáfila, C. V. (1986). [Validation of the Castillian version of the Hamilton Rating Scale for Depression]. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 14(4), 324-334.

- Rao, S., & Broadbear, J. (2019). Borderline personality disorder and depressive disorder. *Australasian Psychiatry*, 27(6), 573–577. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1177/1039856219878643>
- Real Academia Española [RAE]. (s. f.-a). *Comorbilidad*. Diccionario de la Lengua Española. <https://dle.rae.es/comorbilidad?m=form>
- Real Academia Española [RAE]. (s. f.-b). *Escolaridad*. Diccionario de la Lengua Española. <https://dle.rae.es/escolaridad?m=form>
- Real Academia Española [RAE]. (s. f.-c). *Género*. Diccionario de la Lengua Española. <https://dle.rae.es/g%C3%A9nero?m=form>
- Real Academia Española [RAE]. (s. f.-f). *Sexo*. Diccionario de la Lengua Española. <https://dle.rae.es/sexo?m=form>
- Santomauro, D. F., Mantilla Herrera, A. M., Shadid, J., Zheng, et al. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700-1712. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)02143-7)
- Tollefson, G. D., & Holman, S. L. (1993). Analysis of the Hamilton Depression Rating Scale factors from a double-blind, placebo-controlled trial of fluoxetine in geriatric major depression. *International Clinical Psychopharmacology*, 8(4), 253-260. <https://doi.org/10.1097/00004850-199300840-00008>
- Torres-Castillo, M., Hernández-Malpica, E., & Ortega-Soto, H. A. (1990). Validez y reproducibilidad del Inventario para Depresión de Beck en un hospital de cardiología. *Salud Mental*, 14(2), 1-6. [http://revistasaludmental.com/index.php/salud\\_mental/article/download/434/434](http://revistasaludmental.com/index.php/salud_mental/article/download/434/434)

- Vallejo, P. M. (2012). Tamaño necesario de la muestra: ¿Cuántos sujetos necesitamos? *Estadística aplicada*, 24(1), 22-39.
- Watson, R. J., Goodenow, C., Porta, C., Adjei, J., & Saewyc, E. (2017). Substance Use among Sexual Minorities: Has it Actually Gotten Better? *Substance Use & Misuse*, 53(7), 1221–1228. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1400563>
- Wittgens, C., Fischer, M. M., Buspavanich, P., Theobald, S., Schweizer, K., & Trautmann, S. (2022). Mental health in people with minority sexual orientations: A meta-analysis of population-based studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 145(4), 357-372. <https://doi.org/10.1111/acps.13405>
- Williams, S. L., Mann, A. K., & Fredrick, E. G. (2017). Proximal minority stress, psychosocial resources, and health in sexual minorities. *Journal of Social Issues*, 73(3), 529–544. <https://doi.org/10.1111/josi.12230>
- Xin, Y., Schwarting, C. M., Wasef, M. R., & Davis, A. K. (2023b). Exploring the intersectionality of stigma and substance use help-seeking behaviours among lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, questioning or otherwise gender or sexuality minority (LGBTQ+) individuals in the United States: A scoping review. *Global Public Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1080/17441692.2023.2277854>
- Yoch, M., & Sirull, R. (2023). New Global Burden of Disease analyses show depression and anxiety among the top causes of health loss worldwide, and a significant increase due to the COVID-19 pandemic. Institute for Health Metrics and Evaluation. <https://www.healthdata.org/acting-data/new-ihme-analyses-show-depression-and-anxiety-among-top-causes-health-burden-worldwide>

## Anexo 1. Consentimiento Informado de Ingreso Hospitalario



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA  
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ  
Dirección de Servicios Clínicos  
Subdirección Hospitalización



### CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INGRESO HOSPITALARIO

El consentimiento informado es un proceso continuo y gradual a través del cual el médico informa al paciente y a su familia en forma clara y en cantidad suficiente acerca de los síntomas que hacen necesario el ingreso hospitalario para establecer el diagnóstico, hacer los estudios que se considere necesarios e indicar el tratamiento apropiado, señalando los beneficios, los riesgos y las alternativas posibles. El médico resuelve dudas e inquietudes del paciente y su familia y corrobora que la información brindada ha sido comprendida. Siendo así y estando de acuerdo el paciente y el familiar en forma voluntaria en el ingreso hospitalario, se procede a la firma de este documento que representa la ratificación de este proceso.

México, D.F., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

El suscrito

\_\_\_\_\_  
Primer Apellido Segundo Apellido Nombre(s)

Número de expediente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

con diagnóstico probable de \_\_\_\_\_

y su familiar responsable o representante legal

\_\_\_\_\_  
Primer Apellido Segundo Apellido Nombre(s)

solicitan de manera voluntaria del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñoz, la prestación de servicios de atención médica, en la modalidad de ingreso hospitalario.

#### I. Los objetivos del ingreso hospitalario son:

1. Establecer el diagnóstico probable o de certeza.
2. Realizar los estudios de laboratorio y gabinete que para ello el personal médico juzgue necesarios.
3. Recibir el tratamiento requerido de acuerdo al diagnóstico.
4. Estancia hospitalaria breve.

#### II. Los beneficios del ingreso hospitalario son:

1. Contar con un expediente clínico, conforme a la NOM 004-SSA-2012.
2. Recibir una valoración integral.
3. Recibir atención médica, de enfermería y trabajo social de calidad.
4. Recibir pase de visita diaria por parte del médico tratante.
5. Recibir información completa, clara, oportuna y veraz, al paciente y el familiar responsable acerca del diagnóstico, resultados de estudios, respuesta al tratamiento, y pronóstico por parte del médico tratante.
6. Estabilizar los síntomas de ingreso.
7. Durante la hospitalización se le proporcionará un alojamiento seguro e higiénico, alimentación suficiente y de calidad y podrá recibir la visita del(os) familiar(es) autorizados en días y horarios establecidos en el Reglamento.
8. Recibir al ser dado de alta un resumen clínico en el que conste el diagnóstico de egreso, el tratamiento farmacológico al egreso, resultados de los estudios realizados durante la hospitalización, fecha y hora de cita con médico de la Consulta Externa.

III. El Instituto Nacional de Psiquiatría forma personal médico en la especialidad de Psiquiatría, por lo que durante el internamiento Usted será entrevistado y atendido por médicos generales titulados que se están preparando como especialistas en Psiquiatría, quienes son supervisados por médicos adscritos especialistas en Psiquiatría con certificación vigente por el Consejo Mexicano de Psiquiatría.

INPOSCEC-03-04.1

Calle México-Xochimilco 101, Col. San Lázaro Pópolucan, Deleg. Tlalpan, C.P. 14370 México D.F. Tel. 41855377. Fax 41605418 <http://www.inpfi.org.mx>

Se informará al paciente y al familiar responsable si durante la hospitalización hubiera un cambio de médico tratante.

**IV. La Institución queda obligada a mantener la confidencialidad del paciente.**

La información que constituye su expediente clínico es confidencial. El expediente clínico permanece activo durante cinco años a partir de su última asistencia a consulta externa regular.

Todos los datos personales que proporcione el paciente y el familiar responsable a esta institución serán protegidos, incorporados y tratados en el SISTEMA de CONTROL HOSPITALARIO, el cual, esté amparado a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, capítulo IV artículo 20 al 26, capítulo XIII artículo 78 al 80 del reglamento de la ley, y a la norma NOM 004-SSA 2012 del Expediente Clínico.

El paciente y su familiar autorizan que de manera anónima se pueda utilizar cualquier información médica del paciente consignada en el expediente clínico con fines de investigación estadística, clínica y de docencia.

**V. El costo de la hospitalización depende del nivel de clasificación socioeconómica asignado por el personal de Trabajo Social, quien es el único autorizado para brindarle la información correspondiente.**

**Posibles riesgos o complicaciones durante la hospitalización:**

VI. En caso de **no aceptar la hospitalización**, el paciente y el familiar responsable quedan enterados de que los síntomas pueden agravarse, pueden comprometer y poner en riesgo su calidad de vida, su seguridad y la de las personas que lo rodean.

VII. El paciente y el familiar responsable quedan enterados y autorizan que en caso de que el paciente incurra en actos que sean potencialmente dañinos para sí mismo, para otros pacientes, familiares, cuidadores, personal médico y personal de salud, equipo o instalaciones del Instituto, se utilice aplicación involuntaria de medicamentos y/o restricción física.

VIII. El paciente y el familiar responsable quedan enterados que en caso de que el paciente causara daños a la infraestructura y/o equipo de la Institución deberá cubrir el importe correspondiente.

IX. El paciente y el familiar responsable quedan enterados y autorizan que si el estado del paciente lo hace necesario, se le trasladará a otra unidad hospitalaria, con Nota de Referencia con diagnóstico, tratamiento, resultados de los estudios de laboratorio y gabinete realizados, especificando el motivo del traslado.

X. Si el paciente y/o el familiar responsable solicitan el "Alta Voluntaria" se procederá a la misma de acuerdo a lo dispuesto en el Reglamento del Servicio de Hospital.

XI. En caso de que el paciente egrese por Alta Voluntaria o abandone el servicio sin el consentimiento médico, la Institución y al médico tratante quedan imposibilitados de dar la continuidad adecuada al tratamiento que para su beneficio requiere el paciente.

XII. Si el propio paciente y/o el familiar responsable no atendieran las indicaciones de "Alta Médica", facultan a la Institución para enviar al paciente a su domicilio o trasladarlo a otra institución, usando el medio de transporte que se estime más conveniente, quedando obligado el familiar responsable a cubrir los adeudos pendientes si los hubiera.

**Responsabilidades del paciente y del familiar responsable:**

XIII. Proporcionar información completa y veraz.

XIV. **Cumplimiento del Reglamento.** El paciente y el familiar responsable aceptan por medio de este documento, sujetarse a las disposiciones clínicas y administrativas de la Institución y aceptan cumplir con el Reglamento del Servicio de Hospital mismo que el personal de Trabajo Social les entregará en forma escrita y que deberán firmar en el momento del ingreso.

XV. Informar cualquier anomalía y/o eventualidad por la atención recibida.

XVI. Mantener al corriente el estado de cuenta del paciente.

XVII. Realizar los trámites necesarios en caso de referencia por traslado o interconsulta médica de otra especialidad.

XVIII. Asistir al curso psicoeducativo para familiares de pacientes hospitalizados, los viernes de 9:30 a 11:00 horas.

XIX. Asistir a informe médico verbal que se proporciona los viernes de 11 a 12:30 horas.

INPDSCEC-03-04.1

Calle México-Kedemico 101, Col. San Lorenzo Huixtla, Deleg. Tlalpan, C.P. 14370, México D.F. Tel. 41895377 Fax 41605418 <http://www.inpdsce.com>

## DECLARACIONES Y FIRMAS

### Otorgando el Consentimiento Voluntario para el Ingreso Hospitalario

Manifiestamos el paciente y el familiar responsable que el médico nos informó de manera clara, sencilla y completa los objetivos, beneficios y riesgos del ingreso hospitalario.

Manifiestamos el paciente y el familiar estar debidamente enterados del contenido del presente documento, declaramos haber leído y comprendido la información proporcionada y que hubo oportunidad de aclarar las dudas relativas al procedimiento de ingreso hospitalario.

Por ello otorgamos el consentimiento voluntario para el procedimiento de ingreso hospitalario propuesto.

Para lograr los objetivos y los beneficios previamente descritos los firmantes autorizan al personal médico y paramédico del Servicio de Hospital:

- Para que se realicen estudios de laboratorio y gabinete que el personal médico juzgue necesario.
- Para que se proporcione el tratamiento inicial y de mantenimiento requeridos.

- Para lograr los objetivos y los beneficios previamente descritos los firmantes autorizan al personal médico y paramédico del Servicio de Hospital para que se realicen los procedimientos necesarios ante cualquier contingencia y urgencia derivadas de los estudios y/o de los tratamientos realizados. (Con base al principio de libertad prescriptiva Art. 80 de la Ley General de Salud).

Nombre completo y firma del paciente

---

Nombre completo y firma del familiar responsable (Testigo Uno)

---

Nombre completo, cédula profesional y firma del Médico que recomienda y solicita al Hospital el ingreso (Testigo Dos)

---

Nombre, cédula profesional y firma del Médico Adscrito a la Subdirección de Hospital que autoriza el ingreso

---

Durante el internamiento el paciente quedará a cargo de los médicos adscritos y médicos residentes que laboran en la Subdirección de Hospitalización.

El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, uno de los Institutos Nacionales de Salud de la Secretaría de Salud, es una institución de servicio público que trata a las personas que requieren sus servicios con el mayor respeto a su dignidad y con las menores restricciones compatibles con su tratamiento.

### NEGATIVA A OTORGAR EL CONSENTIMIENTO VOLUNTARIO DE INGRESO HOSPITALARIO

Por la presente niego mi consentimiento voluntario para mi ingreso hospitalario y hago constar que he sido ampliamente informado de las consecuencias que resultan de mi negativa.

Nombre completo y firma del paciente

---

Formas actualizado y revisado Mayo 2015  
DPM/EDC

INPSCEC-03-04.1

Calle México-Kademeico 101, Col. San Lorenzo Huixtla, Deleg. Tlalpan, C.P. 14370, México D.F. Tel. 41625377 Fax 41605418 <http://www.inpscec.mx>