

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA
POSGRADO DE ESPECIALIDADES MEDICAS



**“PREVALENCIA DE ESTIGMA INTERNALIZADO EN PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE EGRESO DE DEPRESIÓN”**

Autora:

DRA. CARMEN HAYDEE PALACIOS DE RUÍZ

Para optar al Título de Especialista en:

PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

Asesores:

DR. JESÚS DAVID MARTÍNEZ JURADO

DR. WILSON STANLEY AVENDAÑO MARTELL

Ciudad Universitaria “Dr. Fabio Castillo Figueroa”, El Salvador, diciembre, 2025

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD

RECTOR

M.Sc. Juan Rosa Quintanilla

VICERRECTORA ACADÉMICA

Dra. Evelyn Beatriz Farfán

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

M.Sc. Roger Arias

SECRETARIO GENERAL

Lic. Pedro Rosalío Escobar Castaneda

AUTORIDADES DE LA FACULTAD

DECANO

Dr. Saúl Díaz Peña

VICEDECANO

Dr.C. Franklin Arnulfo Méndez Durán

SECRETARIO

Dr.C. Roberto Carlos Hernández Marroquín

DIRECTOR DE ESCUELA DE MEDICINA

Dr. Giovanni Alexander Polanco García

DIRECTORA DE ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

M.SC. Mónica Raquel Ventura de Ramos

DIRECTOR DE ESCUELA DE POSTGRADO

Dr. Edwar Alexander Herrera Rodríguez

COORDINADORA DE LOS PROGRAMAS DE MAESTRÍAS

Dra. Blanca Aracely Martínez

COORDINADORA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Dra. Claudia Margarita de Blanco

Dedicatoria: A Dios, que me ha acompañado en cada paso y me ha llevado por los caminos correctos. A mis padres y a mi esposo que me enseñaron a perseverar, a luchar por lo que me apasiona y que me han brindado todo su apoyo para alcanzar mis metas. A mis maestros, que me inspiran a ser mejor cada día. A mis pacientes, que siempre será mi meta brindarles lo mejor de mí y que sin ellos no podría ser posible esta investigación.

Contenido

Resumen	6
Introducción	7
Objetivos	8
Objetivo general	8
Objetivos específicos	8
Métodos	9
Tipo y diseño del estudio	9
Población y muestra	9
Descripción y operativización de variables	10
Instrumentos	13
Procedimiento	13
Análisis estadístico	14
Consideraciones éticas	14
Resultados	17
Discusión	26
Conclusiones	30
Recomendaciones	31
Limitaciones	33
Referencias Bibliográficas	34
Anexos	37

I. Resumen

El estigma internalizado representa un obstáculo en la recuperación de pacientes con trastorno mentales como la depresión. En El Salvador, si bien la depresión representa uno de los principales diagnósticos psiquiátricos, no había estudios que estimarían el nivel autoestigma presente en esta población, siendo una condición que en un contexto hospitalario podría empeorar su pronóstico, favorecer reingresos, impactar en su calidad de vida y elevar costos personales e institucionales. La falta de datos específicos sobre este tema dificulta la implementación de estrategias efectivas para combatirlo. El objetivo del estudio es determinar la prevalencia de estigma internalizado en pacientes con diagnóstico de egreso de depresión de la hospitalización de psiquiatría del Hospital Policlínico Arce ISSS. **Pacientes y métodos:** Usando un diseño descriptivo, transversal, observacional y prospectivo, se tomó una muestra de 112 pacientes y se aplicó un instrumento para evaluar el estigma internalizado y las características sociodemográficas. **Resultados:** Participaron 87 mujeres y 25 hombres. La prevalencia general de estigma internalizado fue mínima (49.2%). Se identificaron variables que aumentan el estigma como mujeres mayores de 40 años (19.0% y aumenta a 66.7% en >60 años), según la prueba Chi-Cuadrado la asociación es estadísticamente significativa ($\chi^2 = 25.20$, $p = 0.014$). La regresión logística binomial identificó a la edad del primer ingreso de los 40-49 años como el predictor más importante de estigma elevado (OR=11.82, $p=0.036$). **Conclusiones:** La prevalencia de estigma internalizado fue predominantemente mínima, sin embargo, su distribución no es homogénea y se concentra en subgrupos poblacionales específicos de alto riesgo.

Palabras clave: Estigma social; depresión; discriminación; test de Chi-Cuadrado; regresión logística.

II. Introducción

El estigma asociado a las enfermedades mentales continúa siendo uno de los principales obstáculos para la atención y recuperación de las personas con trastornos psiquiátricos. Dicho estigma se manifiesta en múltiples niveles: social, familiar e individual. Cuando los prejuicios y estereotipos negativos son interiorizados por el propio paciente, surge el estigma internalizado o autoestigma, que deteriora la autoestima, reduce la autoconfianza y limita la búsqueda de ayuda profesional (1,2). Diversos estudios internacionales evidencian que el estigma sigue siendo una barrera importante. En España, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Universidad de Sevilla reportaron que más del 40% de adolescentes con problemas mentales no busca atención por temor al rechazo (3). En Estados Unidos, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2024) indicó que la mayoría de los adultos con ansiedad o depresión evita acudir a servicios profesionales por temor a la estigmatización (4). El fenómeno no solo impacta el comportamiento del paciente, sino también su evolución clínica: la presencia de autoestigma se asocia con mayor riesgo de recaídas, menor adherencia al tratamiento y peor pronóstico funcional (5, 6). En el contexto salvadoreño, la Encuesta Nacional de Salud Mental (2022) reveló que la depresión afecta a cerca del 25% de los adultos con síntomas leves a moderados con un 7% de riesgo suicida (7). A pesar de esta elevada carga, no existen estudios nacionales que cuantifiquen el estigma internalizado en pacientes depresivos, lo cual impide diseñar intervenciones adecuadas. Por ello, el objetivo del estudio es determinar la prevalencia de estigma internalizado en pacientes con diagnóstico de egreso de depresión de la hospitalización de psiquiatría del Hospital Policlínico Arce ISSS, describiendo sus características sociodemográficas y las dimensiones más afectadas según la Escala de Estigma Internalizado de Trastornos Mentales – Versión Latinoamericana (LA-ISMI) (8,9). La relevancia de este trabajo radica en su aporte para la planificación de futuras estrategias de prevención y abordaje integral del estigma, favoreciendo la adherencia al tratamiento y la reintegración social de los pacientes con depresión hospitalizados en el sistema de salud (10).

III. Objetivos

Objetivo general

Determinar la prevalencia de estigma internalizado en pacientes con diagnóstico de egreso de depresión de la hospitalización de psiquiatría del Hospital Policlínico Arce ISSS.

Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de egreso de depresión de la hospitalización de psiquiatría del Hospital Policlínico Arce ISSS.
2. Identificar las subescalas del autoestigma que se encontraron más afectadas en los pacientes con diagnóstico de egreso de depresión de la hospitalización de psiquiatría del Hospital Policlínico Arce ISSS.
3. Indagar la edad de primera hospitalización y número total de hospitalizaciones de pacientes con diagnóstico de egreso de depresión de la hospitalización psiquiátrica del Hospital Policlínico Arce ISSS.

IV. Métodos

Tipo y diseño del estudio

Estudio descriptivo, transversal, observacional y prospectivo, realizado en el servicio de hospitalización de psiquiatría del Hospital Policlínico Arce del ISSS durante los meses de octubre y noviembre del año 2025.

Población y muestra

La población diana fueron hombres y mujeres hospitalizados con diagnóstico de egreso de depresión. La población se calculó estimando el promedio trimestral de pacientes con diagnóstico de egreso de depresión que hubo durante el año 2024. Haciendo un promedio de 158 pacientes.

El tamaño muestral se calculó con Epi Info versión 7, considerando un nivel de confianza del 95% y margen de error del 5%, obteniéndose una muestra representativa de 112 pacientes. Se aplicó un muestreo probabilístico aleatorio simple.

Criterios de inclusión:

- Pacientes hospitalizados con diagnóstico de egreso de depresión.
- Pacientes mayores de 18 años.

Criterios de exclusión:

- Diagnóstico de depresión con psicosis u otros trastornos psiquiátricos comórbidos.
- Condiciones cognitivas, sensoriales o motoras que impidieran responder el cuestionario. Pacientes analfabetos o desorientados.
- Previamente encuestados o que no aceptaran participar.

Descripción y operativización de variables

Variable	Dimensión	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador	Escala de Medición
Independiente					
Estigma internalizado	No aplica	Proceso por el cual una persona internaliza estereotipos negativos, creencias y prejuicios sobre su enfermedad mental, adoptando una visión con estigma hacia sí misma.	La LA-ISMI contiene 12 items y es un cuestionario autoaplicado en el que cada puntaje se calcula sumando los valores de los items y dividiéndolo entre el número total de items respondidos. Una puntuación total alta en la escala indica un nivel de estigma más severo.	1.00-2.00 Mínimo 2.01-2.50 Leve 2.51-3.00 Moderado 3.01-4.00 Severo	Ordinal

Dependientes					
Características socio-demográficas	Sexo	Atributos que distinguen a los individuos dentro de una especie como masculinos o femeninos	Sexo que le corresponde por nacimiento	Femenino Masculino	Nominal dicotomica
	Edad	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento.	Diferencia en años entre la fecha del momento de la medición y la fecha del nacimiento.	Edad en años 18-19 20-39 40-59 60 o más	Cuantitativa
	Estado civil	Condición legal de una persona según el registro civil si tiene o no pareja.	Condición legal en cuanto a su estado civil actual.	Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo	Nominal politomica
	Número de hijos	Cantidad de hijos de una persona.	Número de hijos en ese momento.	Número de hijos	Cuantitativa

	Nivel educacional	Nivel de dominio disciplinar, resultado de una formación académica para el ejercicio laboral.	Nivel académico actual	Leer y escribir Primaria secundaria Bachiller Técnico Educación superior	Ordinal
	Ocupación	Profesión, negocio, actividad u otro medio de ganarse la vida.	Modalidad de trabajo en la que se encuentra al momento de realizar el estudio.	Ama de casa Empleado Sin empleo Negocio propio	Nominal politomica
Edad de la primera hospitalización por diagnóstico de depresión	No aplica	Edad a la que el paciente fue ingresado por primera vez con diagnóstico de depresión.	Diferencia en años entre la fecha del momento de la medición y la fecha del primer ingreso.	Edad en años 18-19 20-29 30-39 40-49 50-59 60 o más	Cuantitativa
Número total de ingresos por diagnóstico de depresión	No aplica	Cantidad de ingresos por diagnóstico de depresión.	Número de ingresos que se tiene al momento del estudio.	Ninguno 1-2 3 o más	Cuantitativa

Instrumentos

Se aplicaron dos herramientas:

1. Ficha sociodemográfica, que incluyó sexo, edad, estado civil, nivel educativo, ocupación, número de hijos, edad de diagnóstico y número de hospitalizaciones.
2. Escala Latinoamericana de Estigma Internalizado de las Enfermedades Mentales (LA-ISMI-12), instrumento autoaplicado con 12 ítems distribuidos en tres dimensiones: estigma social, experiencia del estigma y autoestigma. Las respuestas se calificaron en una escala Likert de 1 (“muy en desacuerdo”) a 4 (“muy de acuerdo”) (Anexo 1 y 2).

Los puntajes se interpretaron según la clasificación de Lysaker et al.:

1.00-2.00 = estigma mínimo; 2.01-2.50 = leve; 2.51-3.00 = moderado; 3.01-4.00 = severo.

La versión latinoamericana de esta escala ha mostrado una consistencia interna adecuada ($\alpha=0.77-0.88$) (8).

Procedimiento

Tras obtener la anuencia del jefe del Departamento de Psiquiatría y del jefe del Servicio de Hospitalización de Psiquiatría, se realizó una prueba piloto donde se aplicó el instrumento a 10 pacientes que no formarán parte del estudio y a 10 miembros del personal de enfermería para asegurar la adecuación del lenguaje y la comprensión de la información (Anexo 3).

Posteriormente se identificaron a diario a los pacientes con plan de alta en el Servicio de Psiquiatría mediante los registros del personal de enfermería.

Cada paciente fue informado del objetivo del estudio, se resolvieron dudas y los que aceptaron formar parte de este, firmaron el consentimiento informado, aclarando que su participación fue totalmente voluntaria y que podían retirarse en cualquier momento de la investigación. Se solicitó a cada paciente que realizara la prueba mientras se encontraba en un consultorio de hospitalización psiquiátrica, de preferencia en el horario de la tarde, para prevenir que se viera interrumpida la aplicación del instrumento por las actividades propias del servicio. garantizando privacidad y acompañamiento emocional durante el proceso.

Análisis estadístico

Los datos se procesaron con GraphPad y Microsoft Excel, utilizando estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes, promedios) para todas las variables sociodemográficas, análisis de Chi Cuadrado para estimar la significancia estadística de todas las variables sociodemográficas con respecto al nivel de estigma general encontrado, así como análisis de Regresión Logística Binomial para las variables que se identificarán con mayor relevancia estadística en la prueba de Chi Cuadrado. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos para su análisis y discusión.

Durante el proceso de recolección de datos, no se registraron casos de cuestionarios incompletos, abandonos o respuestas faltantes en ninguna de las variables del estudio. Por lo tanto, no fue necesario aplicar métodos de imputación o exclusión de datos, y el análisis se realizó con el 100% de la muestra calculada ($n=112$).

Consideraciones éticas

El estudio se rigió por los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia y equidad. Fue sometido a aprobación por el Comité de Ética en Investigación en Salud (CEIS-ISSS) el 8 de octubre de 2025, código secuencial CEIS- ISSS 2025-04 (Anexo 4).

- **Autonomía.** Se envió una carta de anuencia al jefe del Departamento de Psiquiatría y jefe de Servicio de Hospitalización de Psiquiatría.
La información sobre la investigación se brindó a los participantes y jefaturas de forma oral y por escrito, solventando las dudas existentes.
Los participantes fueron informados de la metodología y los objetivos de la investigación, así como de su papel al participar, y firmaron el consentimiento informado, aclarando que su participación fue totalmente voluntaria y que podían retirarse en cualquier punto de la investigación sin consecuencias indeseables.
Se resolvieron dudas de los participantes y se verificó el correcto llenado de los instrumentos.
- **Confidencialidad.** Los participantes mantuvieron el anonimato, ya que el instrumento no fue identificado con su nombre. Su número de afiliación llevó un proceso de codificación, asignándole un código único a cada participante iniciando

con "ID-001". La relación entre este código y el número de afiliación real se almacenó en un archivo separado y encriptado, al que solo pudo acceder el investigador principal.

Se resguardó la información, evitando que esta fuera difundida entre el personal de psiquiatría, pacientes, familiares y otras personas que no estaban involucradas en el proceso, medios de comunicación, entre otros, protegiendo así la confidencialidad de la información y evitando que los participantes se vieran expuestos y vulnerados, protegiendo además la imagen de la institución de malas interpretaciones.

Al tratarse de instrumentos autoaplicados no fue necesario realizar preguntas en voz alta lo que contribuyó a mantener la confidencialidad.

- **Beneficencia.** Los participantes que se identificaron con estigma internalizado grave serían referidos a la consulta externa de psicología, además los resultados obtenidos contribuirán a visibilizar su condición para en un futuro beneficiarse del mantenimiento, mejora y creación de nuevas estrategias destinadas a abordar el problema.

Los beneficios para la institución son obtener un panorama general sobre la condición de los pacientes en cuanto al tema de estigma internalizado para enfocar las intervenciones de una forma eficiente.

- **No Maleficencia.** Al participar en esta investigación y someterse a las pruebas existió el riesgo de abordar temas emocionales delicados para los participantes. Riesgo que fue minimizado con el acompañamiento a lo largo de la realización de la prueba para realizar una intervención de haber sido necesario.

Se solicitó al paciente que realizara la prueba mientras se encontraba en un consultorio de hospitalización psiquiátrica, de preferencia en el horario de la tarde, para prevenir que se viera interrumpida la aplicación del instrumento por las actividades propias del servicio.

- **Justicia.** Todos los pacientes del área de hospitalización psiquiatría presentes al momento de aplicar el instrumento y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión tuvieron la oportunidad de participar, sin distinción de raza, sexo, religión o preferencia política, sin importar su edad, estado civil u orientación sexual.
- **Equidad.** Se eligió pacientes del área de hospitalización psiquiatría debido a la evidencia existente de mayor estigma internalizado en pacientes con trastornos mentales comparado a pacientes con otra condición médica. Sin embargo, este estudio podría ser el precedente de futuras investigaciones con otras especialidades y realizar comparaciones.

V. Resultados

Caracterización de la Muestra. El estudio se realizó con una muestra conformada por 112 pacientes tras haber excluido 37 pacientes de una población total de 149. De forma general, la distribución fue predominantemente femenina en 77.7% (N=87), con una edad promedio de 28.54 años, donde el grupo etario más frecuente fue de 20-39 años en un 67% (N=75) (Figura 1).

Figura 1. Características sociodemográficas y clínicas de los participantes.

Características	n	%
Sexo		
Femenino	87	77.7
Masculino	25	22.3
Total	112	100
Grupo etario (años)		
18-19	3	2.6
20-39	75	67
40-59	30	26.8
60 o más	4	3.6
Total	112	100
Estado civil		
Soltero/a	44	39.3
Acompañado/a	40	35.8
Casado/a	17	15.2
Divorciado/a	1	0.9
Separado/a	5	4.4
Viudo/a	5	4.4
Total	112	100
Número de hijos		
0	39	34.8
1 a 2	59	52.7

3 a 4	13	11.6
Más de 4	1	0.9
Total	112	100
Grado académico		
Universitario	7	6.4
Bachiller	57	50.9
Técnico	14	12.5
Secundaria	26	23.3
Primaria	7	6.26
Sabe leer y escribir	1	0.9
Total	112	100
Ocupación		
Empleado	71	63.4
Desempleado	10	8.9
Ama de casa	18	16.0
Negocio propio	13	11.7
Total	112	100
Tipo de afiliación		
Cotizante	71	63.4
No cotizante	41	36.6
Total	112	100
Situación laboral		
Activo	84	75
Inactivo	28	25
Total	112	100
Ingresos hospitalarios previos		
Ninguno	28	25.1
1 a 2	63	56.3
3 o más	21	18.9
Total	112	100

Edad del primer ingreso (años)		
No ingreso previo	28	25.1
18-19	1	0.9
20-29	50	44.6
30-39	25	22.3
40-49	7	6.2
50-59	1	0.9
60 o más	0	0
Total	112	100
Edad (años)		
Media (DE)	28.54	± 11.8 años
Rango	18-68	

Nota. Los valores presentados son número de participantes (n) y porcentaje (%) de la muestra total. DE = Desviación Estándar. N:112 **Fuente:** Palacios de Ruíz, C.H. Prevalencia de estigma internalizado en pacientes con diagnóstico de egreso de depresión, 2025.

Con respecto a la prevalencia de Estigma General, se evidenció que ningún paciente obtuvo un nivel de estigma Grave. El nivel más prevalente de Estigma General fue el mínimo con un 49.1% (N=55). Con respecto a los niveles de Estigma por subescalas se evidencia que la mayoría de los pacientes se concentran en el nivel mínimo de Estigma en todas las subescalas 58.6%. Sin embargo, en la subescala de Estigma Social hay mayor proporción de nivel moderado 29.5% (N=33). Por otro lado, la subescala de discriminación tiene el nivel más bajo de estigma moderado 7.1% (N=8) y la subescala de Autoestigma tiene el porcentaje más alto de estigma mínimo 69.6% (N=78). Se identifica un subgrupo de pacientes con estigma social moderado, pero autoestigma mínimo en un 17% (N=16). El análisis de Chi-cuadrado confirmó una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de subescala y la distribución de los niveles de estigma ($\chi^2 = 29.18$, $p = <0.001$) (Figura 2).

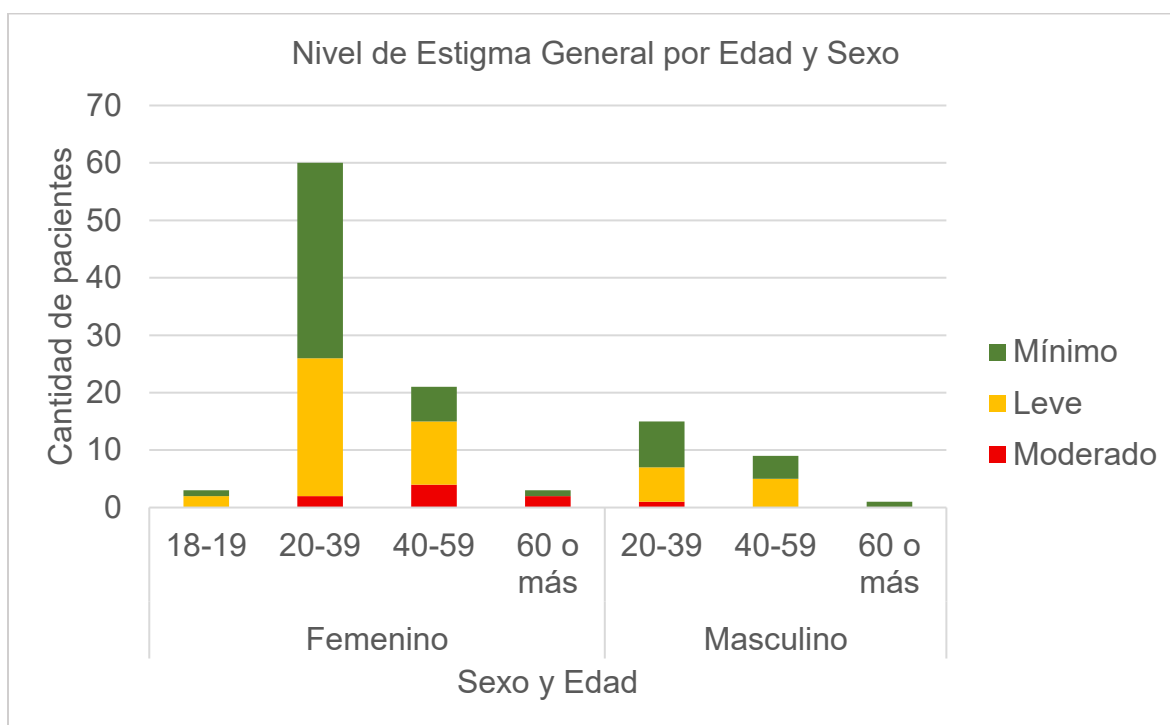
Figura 2. Distribución de los niveles de estigma general y por dimensiones en pacientes con diagnóstico de egreso de depresión.

Tipo de Estigma	Nivel de Estigma				Total
	Mínimo	Leve	Moderado	Grave	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n
Estigma General	55 (49.1)	48 (42.9)	9 (8.0)	0 (0.0)	112
Dimensión de Estigma Social	52 (46.4)	27 (24.1)	33 (29.5)	0 (0.0)	112
Dimensión de Autoestigma	78 (69.6)	17 (15.2)	17 (15.2)	0 (0.0)	112
Dimensión de Discriminación	67 (59.8)	37 (33.0)	8 (7.1)	0 (0.0)	112

Nota. No se identificaron casos con nivel de estigma grave. Los valores presentados son número de participantes (n) y porcentaje (%) de la muestra total. Los porcentajes representan la proporción dentro de cada tipo de estigma. N:112 **Fuente:** Palacios de Ruíz, C.H. Prevalencia de estigma internalizado en pacientes con diagnóstico de egreso de depresión, 2025.

Al relacionar las variables de Edad y Sexo con el nivel de Estigma General se evidenció en la distribución por Sexo que las mujeres presentaron mayor nivel de Estigma General con un 9.2% (N=8) en el nivel moderado, en comparación con solo un 4.0% (N=1) en los hombres. El grupo etario con mayor nivel de estigma fue el de mujeres de 40-59 años, donde la proporción de estigma moderado dentro de ese grupo fue del 19.0% (4/21), esta proporción se elevó en mujeres mayores de 60 años, alcanzando un 66.7% de estigma moderado (2/3) en ese grupo de pacientes. El análisis de Chi-cuadrado reveló una asociación estadísticamente significativa entre la combinación de sexo y edad con los niveles de estigma ($\chi^2 = 25.20$, $p = 0.014$) (Figura 3).

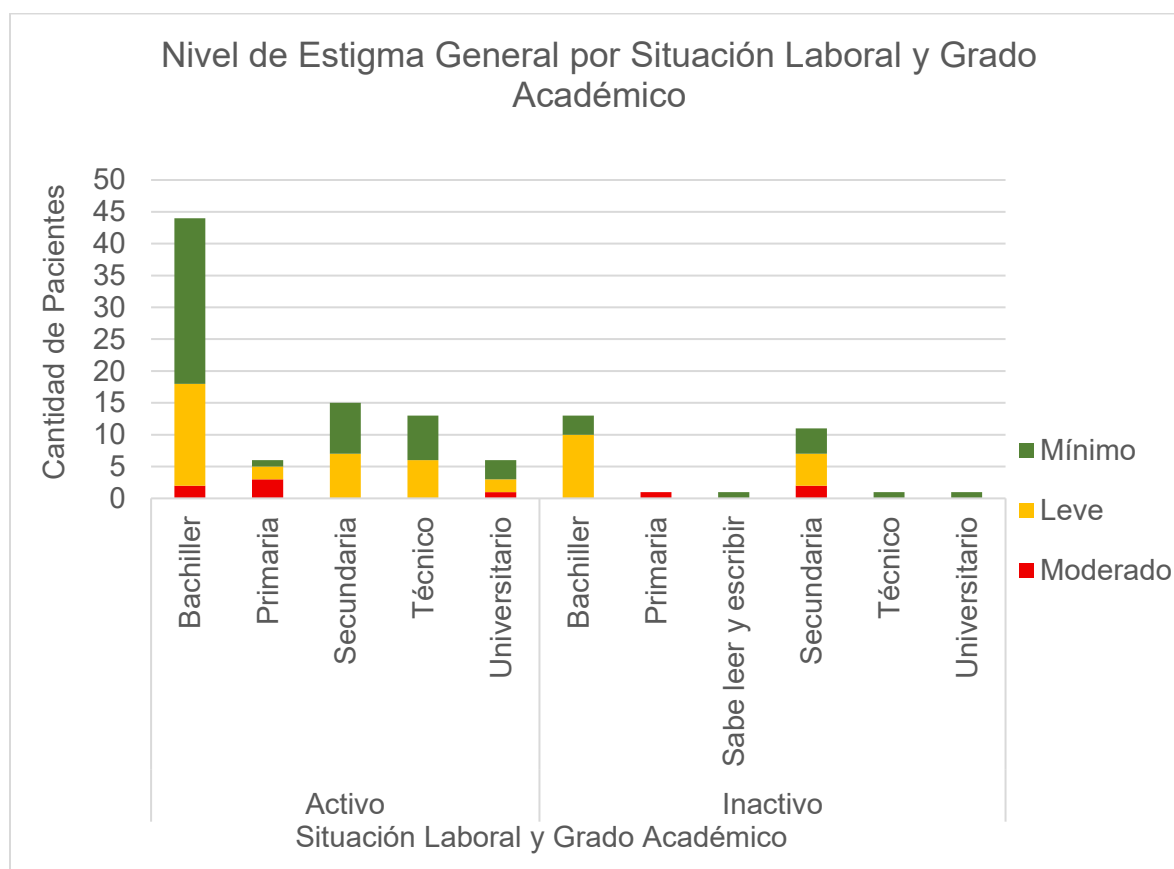
Figura 3. Nivel de estigma general de pacientes con diagnóstico de depresión distribuido por Sexo y Edad.



Nota. N:112 **Fuente:** Palacios de Ruíz, C.H. Prevalencia de estigma internalizado en pacientes con diagnóstico de egreso de depresión, 2025.

En cuanto a la situación laboral y grado académico de los pacientes, aunque proporcionalmente los pacientes inactivos mostraron 10.7% de estigma moderado frente a 7.14% en los activos, en términos absolutos la mayor cantidad de casos se concentró en la población activa laboralmente (6 vs 3 casos). Los pacientes con educación Primaria mostraron la mayor proporción de estigma moderado tanto en pacientes activos como inactivos laboralmente: 50% (3/6) en activos y 100% (1 de 1) en inactivos. No se observó estigma moderado en pacientes activos con educación técnica y secundaria. El análisis de Chi-cuadrado confirmó una asociación significativa entre la combinación de situación laboral y nivel educativo con el estigma internalizado ($\chi^2 = 41.08$, $p = 0.040$) (Figura 4).

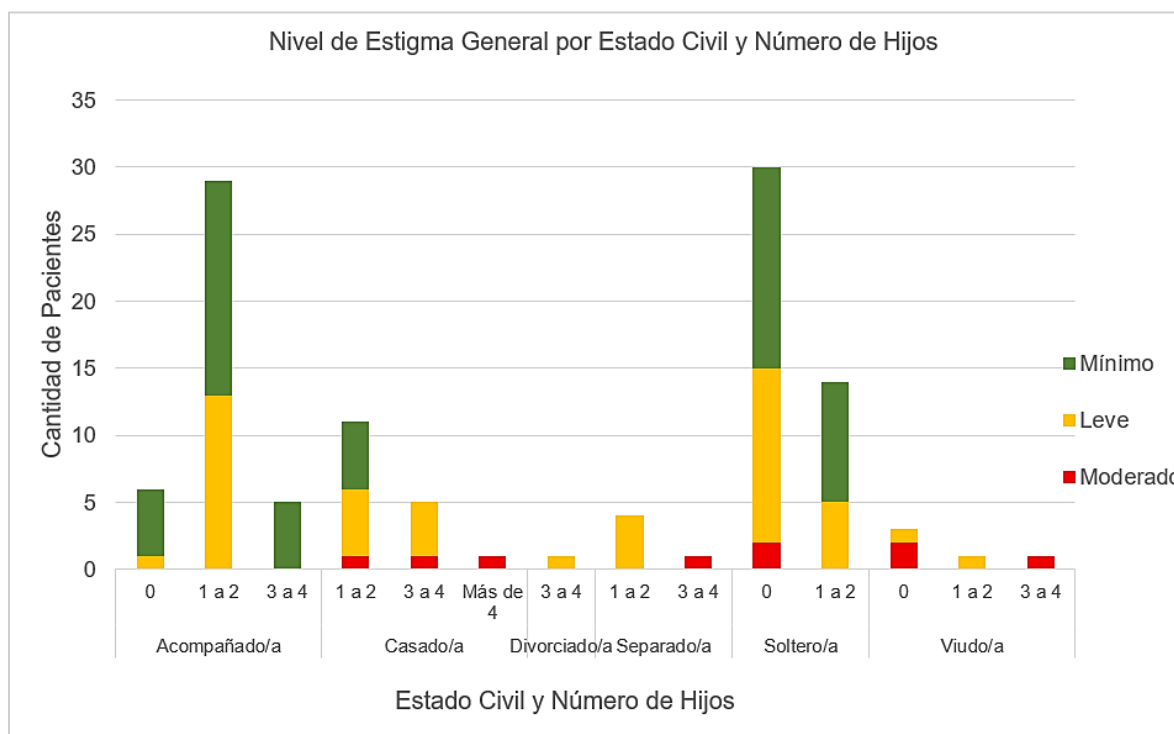
Figura 4. Nivel de estigma general de pacientes con diagnóstico de depresión distribuido por situación laboral y grado académico.



Nota. N:112 **Fuente:** Palacios de Ruíz, C.H. Prevalencia de estigma internalizado en pacientes con diagnóstico de egreso de depresión, 2025.

Con respecto al estado civil, los pacientes acompañados presentaron el menor nivel de estigma general con un 65.0% (26/40) de nivel mínimo. En los pacientes casados, el nivel más significativo fue el leve en un 52.9% (9/17). La población viuda fue la más afectada, con un 60.0% (3/5) de estigma moderado. Respecto al número de hijos, se destaca que todos los pacientes viudos sin hijos presentaron estigma moderado (100%, 3/3). El único paciente casado con más de 4 hijos también presentó estigma moderado. Los pacientes acompañados con hijos mostraron el perfil más favorable, con un 61.76% (21/34) de estigma mínimo. La asociación fue altamente significativa ($\chi^2 = 74.38$, $p = 0.0005$) de acuerdo con el análisis de Chi-cuadrado (Figura 5).

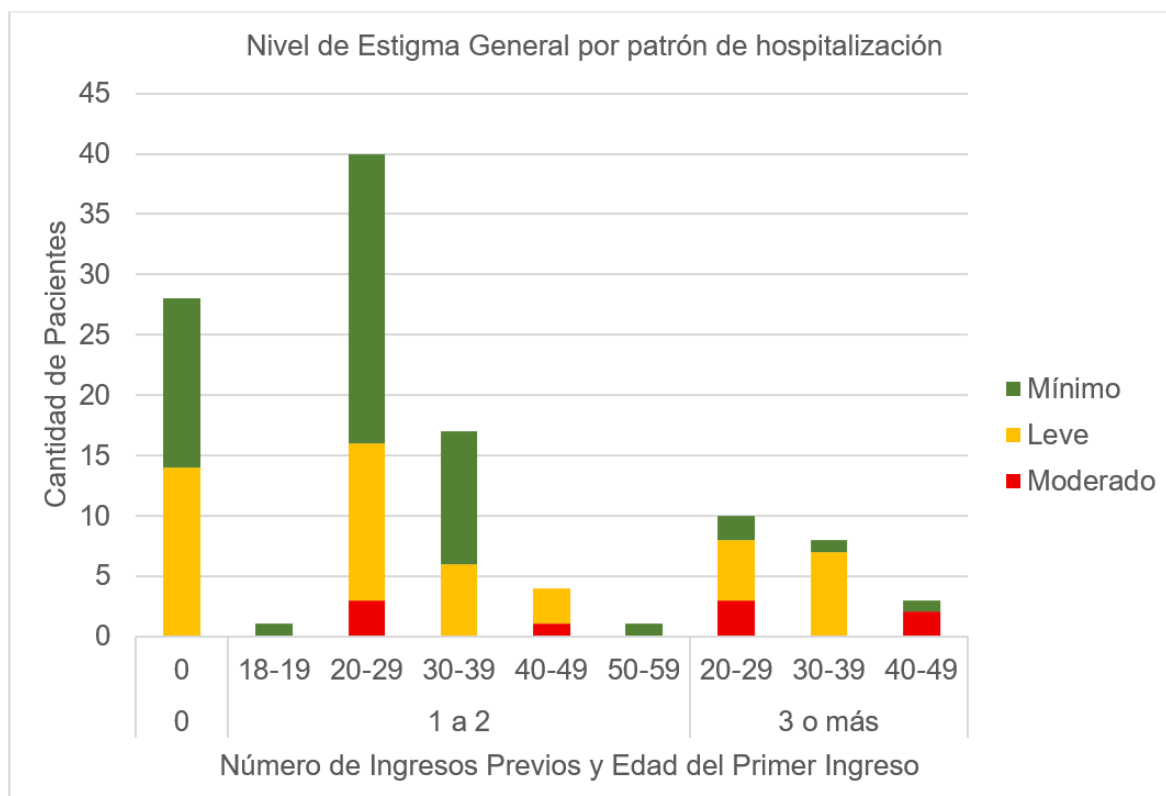
Figura 5. Nivel de estigma general de pacientes con diagnóstico de depresión distribuido por estado civil y número de hijos.



Nota. N:112 **Fuente:** Palacios de Ruíz, C.H. Prevalencia de estigma internalizado en pacientes con diagnóstico de egreso de depresión, 2025.

En relación con el patrón de hospitalizaciones, se evidenció una relación directamente proporcional entre el número de ingresos y el nivel de estigma. Los pacientes sin ingresos previos no presentaron estigma Moderado. Aquellos con 1-2 ingresos previos mostraron un 6.3% (4/63) de estigma moderado, cifra que se cuadruplicó hasta el 23.8% (5/21) en los pacientes con 3 o más ingresos. Los pacientes con primer ingreso entre los 40-49 años mostraron niveles de estigma moderado del 25.0% (1/4) con 1-2 ingresos y del 66.7% (2/3) con 3 o más ingresos. La asociación fue estadísticamente significativa ($\chi^2 = 42.10$, $p = 0.013$) de acuerdo con la prueba de Chi-cuadrado (Figura 6).

Figura 6. Nivel de estigma general de pacientes con diagnóstico de depresión distribuido por número de ingresos previos y edad de primer ingreso.



Nota. N:112 **Fuente:** Palacios de Ruíz, C.H. Prevalencia de estigma internalizado en pacientes con diagnóstico de egreso de depresión, 2025.

Finalmente, las variables más asociadas a niveles elevados de Estigma General: Estado Civil, Situación Laboral, Número de Ingresos Previos y Edad del Primer Ingreso fueron sometidas a un análisis multivariado utilizando la Regresión Logística Binomial.

Para realizar este análisis las variables se dicotomizaron de la siguiente manera:

- **Nivel de estigma general** (0 = Mínimo y leve, 1 = Moderado)
- **Estado civil** (0 = Otros, 1 = Viudo)
- **Situación laboral** (0 = Activo, 1 = Inactivo)
- **Número de ingresos previos** (0 = 0-2 ingresos, 1 = 3+ ingresos)
- **Edad del primer ingreso** (0 = Otras edades, 1 = 40-49 años)

Este análisis permitió identificar los predictores específicos de un nivel de Estigma Internalizado alto. La variable con mayor significancia estadística fue la edad del primer ingreso hospitalario entre los 40-49 años, la cual incrementó la probabilidad de presentar estigma alto en casi 12 veces (Odds Ratio, OR=11.82, Intervalo de Confianza 95% (IC95%): 1.17-119.3, $p=0.036$). Dos variables mostraron tendencias significativas, aunque sin alcanzar significancia estadística total: el estado civil de viudez (OR=6.96, IC95%: 0.80-60.4, $p=0.080$), que multiplica el riesgo por casi 7, y tener 3 o más ingresos hospitalarios previos (OR=4.61, IC95%: 0.84-25.3, $p=0.080$), que lo multiplica por 4.6 veces. La situación laboral (inactivo) no mostró una asociación significativa con el estigma alto (OR=0.39, IC95%: 0.04-3.68, $p=0.408$). El modelo de regresión logística final explicó el 25.7% de la varianza del estigma internalizado (R^2 McFadden = 0.257), indicando una capacidad predictiva sustancial.

VI. Discusión

Los hallazgos revelan un fenómeno complejo, influenciado por una interacción de múltiples variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales, que no se distribuye homogéneamente en la población estudiada.

Estigma Internalizado.

El estudio identificó una prevalencia de estigma mínimo-leve (92%), sin casos severos. Esto contrasta con lo reportado en el estudio de referencia de Nueva York, donde el 36.1% de los pacientes con trastornos mentales severos cumplía con criterios de estigma internalizado moderado a grave (11). Caso contrario sucede con cifras encontradas en Latinoamérica, en específico en Argentina con un estudio donde solo 13% de los participantes puntuaron con criterios de “Estigma Internalizado” y en promedio tenían 2.06 puntos que lo ubica en el nivel de estigma Leve (12), con respecto a lo cual se evidencia mayor prevalencia de estigma en el presente estudio. Este fenómeno podría explicarse por diferencias metodológicas y contextuales además del hecho de que en dichos estudios se incluyeron pacientes con diversas patologías psiquiátricas consideradas graves, además de la depresión: Esquizofrenia y Trastorno Bipolar. La muestra del presente estudio, compuesta predominantemente por adultos jóvenes empleados y cotizantes, sugiere un perfil de pacientes con mayor autonomía e integración socioeconómica, lo que podría actuar como un amortiguador contra la internalización profunda del estigma (11). Esta interpretación se ve apoyada por la evidencia que vincula el autoestigma alto con un menor desempeño laboral según el estudio Holandés realizado en 2019 (13).

Características sociodemográficas.

El predominio femenino es consistente con la epidemiología global de la depresión donde las mujeres presentan más depresión que los hombres según el Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud para todos publicado por la OMS en 2022 (6.9% de mujeres adultas vs 4.6% de hombres adultos). No obstante, el análisis trasciende esta descripción básica al identificar que el estigma internalizado moderado se concentró

significativamente en mujeres mayores de 40 años y en específico en mujeres mayores de 60 años. Este hallazgo contrasta parcialmente con la literatura previa. Por un lado, coincide con el estudio de Nueva York donde las mujeres en edades medias (35-54 años) presentaron mayores niveles de estigma internalizado (11). Por otro lado, se opone al estudio Español que identificó el sexo masculino y la edad avanzada como factores de riesgo (15). Esta discrepancia subraya la necesidad de considerar contextos culturales específicos, donde los roles de género y las expectativas sociales sobre las mujeres en edades medias y avanzadas pueden intensificar la internalización del estigma tras un diagnóstico de salud mental.

Además, se confirmó que la interacción entre la situación laboral y el nivel educativo es un determinante social clave. Los pacientes inactivos laboralmente con bajo nivel educativo (primaria) presentaron la mayor frecuencia de estigma moderado. Esto concuerda con la literatura de estudios realizados en países como Nueva York y Países Bajos que reportan una correlación negativa entre la educación y la aprobación de estereotipos y resalta cómo la inactividad laboral puede exacerbar la vulnerabilidad, posiblemente al limitar las fuentes de autoestima y apoyo social fuera del ámbito familiar (11), (16).

Respecto a la estructura familiar, los resultados coinciden con el estudio de Arabia Saudita de ZARBH et. al en 2023 (14) donde la viudez emergió como un factor de riesgo potente con un 71.4% de estigma moderado similar al nivel de estigma moderado en el presente estudio, mientras que las uniones libres mostraron un efecto protector, con ausencia completa de estigma moderado. Esto refuerza la hipótesis de que la pérdida de la pareja, sumada a la depresión, constituye una carga psicosocial que facilita la internalización del estigma, mientras que el apoyo emocional continuo de una pareja estable parece mitigarlo.

Importancia del patrón de hospitalización.

Se confirmó una asociación significativa entre la cronicidad y el estigma. La tasa de rehospitalización fue elevada, y se observó un gradiente claro donde los pacientes con 3 o más ingresos previos presentaron una prevalencia de estigma moderado casi 4 veces

mayor que aquellos con 1-2 ingresos. Esto se alinea con resultados documentados del estigma en países como Estados Unidos y Perú, que revelan mayor estigma internalizado, peor recuperación y mayor cronicidad a mayor número de ingresos (5), (17). El análisis de regresión logística identificó que tener 3 o más hospitalizaciones multiplicaba por 4.6 el riesgo de estigma alto.

El hallazgo más contundente del análisis multivariado fue que la edad del primer ingreso entre los 40-49 años es el predictor más fuerte de estigma internalizado alto. Esto contrasta con el estudio Nueva York de West et al., que no encontró relación con la edad de primera hospitalización, pero sí con grupos de edad media (11). Los datos sugieren que el inicio de la trayectoria hospitalaria en esta etapa específica de la vida (40-49 años) puede ser particularmente disruptiva, interfiriendo con roles sociales, laborales y familiares consolidados, lo que facilita un proceso de devaluación personal más profundo.

Subescalas del autoestigma.

Sobre la relación entre las subescalas de estigma, los hallazgos respaldan que este es un fenómeno multidimensional. La asociación más fuerte se dio entre el estigma social y el autoestigma, lo que sustenta el modelo teórico de que la percepción de rechazo social conduce a la internalización de estereotipos (10). La identificación de un subgrupo de pacientes "resilientes" (con estigma social moderado, pero autoestigma mínimo) es de gran importancia clínica, pues sugiere la existencia de factores protectores que merecen ser investigados e incorporados en intervenciones futuras.

Este estudio aporta evidencia que matiza y contextualiza el modelo teórico del estigma internalizado (10). En primer lugar, refuerza un modelo multidimensional, confirmando las interrelaciones propuestas entre sus componentes (estigma social, discriminación y autoestigma), pero al mismo tiempo identifica un subgrupo de pacientes "resilientes" donde el autoestigma no llega a evidenciarse a pesar de haber indicios de estigma social. Esto sugiere que el proceso de internalización no es lineal ni inevitable, sino que puede ser moderado por factores de resiliencia aún por identificar, lo que enriquece el marco teórico existente.

En segundo lugar, los hallazgos desafían la noción de factores de riesgo universales. Mientras la literatura previa apuntaba al sexo masculino y la edad avanzada como factores de riesgo en otros contextos (9), los datos presentados en este estudio con población salvadoreña destacan el riesgo en mujeres de mediana y avanzada edad. Esto subraya la influencia moduladora del contexto cultural y social en la patogénesis del estigma internalizado, sugiriendo que los modelos teóricos deben ser lo suficientemente flexibles para incorporar estas variaciones transculturales.

Finalmente, se propone la edad de inicio tardío de la hospitalización (40-49 años) como un factor de riesgo crítico y novedoso. Esto amplía el enfoque más allá de la importancia de la cronicidad, sugiriendo que el momento del ciclo vital en el que irrumpe la enfermedad grave es una variable relacionada con la experiencia subjetiva del estigma.

VII. Conclusiones

- La prevalencia de estigma internalizado en la muestra estudiada fue predominantemente mínima seguido por nivel leve, sin embargo, su distribución no es homogénea y se concentra en subgrupos poblacionales específicos de alto riesgo.
- Las características sociodemográficas, en particular el sexo femenino combinado con edad mayor a 40 años, la viudez, la inactividad laboral y un bajo nivel educativo, constituyen variables relacionadas con un mayor nivel de estigma internalizado en pacientes con depresión.
- Las subescalas de estigma internalizado se encuentran significativamente interrelacionadas, siendo la asociación más fuerte entre el estigma social y el autoestigma, lo que valida su naturaleza multidimensional. La identificación de un subgrupo resiliente indica la existencia de factores protectores que disocian la percepción del estigma social de la devaluación personal.
- La cronicidad de la depresión, medida a través de hospitalizaciones repetidas, y una edad de primer ingreso tardía (40-49 años) son variables que se relacionan con mayor internalización del estigma, siendo este último el predictor de riesgo más potente identificado.

VIII. Recomendaciones

Las implicaciones prácticas de este trabajo son directas y accionables para los servicios de salud mental:

1. **Tamizaje Dirigido y Evaluación Rutinaria:** Se recomienda implementar la evaluación rutinaria del estigma internalizado, utilizando instrumentos como el LA-ISMI-12, de forma prioritaria en los siguientes grupos identificados como de alto riesgo:
 - Pacientes con primer ingreso hospitalario entre los 40 y 49 años.
 - Pacientes viudos, especialmente si no cuentan con redes de apoyo familiar.
 - Mujeres mayores de 40 años.
 - Pacientes con múltiples hospitalizaciones previas (≥ 3).
 - Pacientes inactivos laboralmente con bajo nivel educativo.
2. **Intervenciones Diferenciadas y Específicas:**
 - **Para mujeres mayores de 40 años y viudos:** Promover el grupo de apoyo psicoterapéutico focalizados en el duelo, en este caso ya existente en la Institución, para abordar temas como la redefinición de roles sociales y el manejo del estigma asociado a la edad, el género, y estado civil.
 - **Para pacientes con alta cronicidad:** Implementar temáticas relacionadas con estigma internalizado en las charlas diarias nocturnas que se imparten a los pacientes hospitalizados por parte de médicos residentes de psiquiatría, y reforzar la asistencia de los pacientes a sus citas post-alta para dar continuidad al proceso.
 - **Para el subgrupo resiliente:** Realizar en el futuro estudios cualitativos para identificar sus mecanismos de afrontamiento, con el fin de diseñar intervenciones de "fortalecimiento de la resiliencia" que puedan aplicarse a la población de mayor riesgo.
3. **Capacitación del Personal de Salud:** Es crucial continuar capacitando a médicos, psiquiatras, psicólogos y enfermeras en la identificación de los signos de estigma internalizado y en el manejo de conversaciones clínicas que eviten la

estigmatización iatrogénica, promoviendo un lenguaje y una actitud centrados en la recuperación.

4. **Políticas Institucionales:** Los resultados abogan por la inclusión de la "reducción del estigma internalizado" como un objetivo medible dentro de los protocolos de atención clínica para la depresión en entornos de hospitalización, asignando recursos específicos para las intervenciones dirigidas a las poblaciones identificadas.

IX. Limitaciones

- El tamaño muestral reducido si bien fue calculado para ser representativo de la población durante el periodo del estudio, limita la potencia estadística y precisión de los resultados. Esto se evidencia en los amplios intervalos de confianza de los odds ratios en el modelo de regresión logística. Estos intervalos, que abarcan desde un riesgo ligeramente aumentado hasta uno muy elevado, indican una estimación imprecisa. Por lo tanto, las asociaciones identificadas, en particular las tendencias, deben interpretarse con cautela y requieren ser confirmadas en estudios futuros con cohortes más grandes y con un tiempo de investigación más prolongado que permitan estimaciones más precisas y un análisis multivariado más robusto. Además, existen limitaciones debido a la distribución de la muestra que es predominantemente femenina, lo que dificulta hacer un análisis orientado al sexo.
- El hecho que la población haya sido elegida en un solo centro de psiquiatría y en un contexto clínico particular como lo es el ambiente hospitalario hace que la generalización de los hallazgos en otros contextos sea limitada. Por ejemplo, la experiencia de Estigma Internalizado podría diferir en pacientes con depresión que son tratados de forma ambulatoria en consulta externa, en otros hospitales psiquiátricos o en el sector privado.

X. Referencias Bibliográficas

1. Pinto A, Almada M, Fonseca I, Sousa A. El impacto del autoestigma en personas con diagnóstico de enfermedad mental severa: Estudio piloto transaccional de una unidad comunitaria psiquiátrica en Porto, Portugal. *Psiquiatría Europea*. [Internet] 2023 [citado el 19 de noviembre de 2024]; 66(1). DOI: 10.1192/j.eurpsy.2023.1836.
2. Bequis-Lacera M, Muñoz-Hernández Y, Pardo-Camacho D, AnguloCervantes P, Blanco-Alvarado A, Corzo-Quintero J, et al. Estigma familiar percibido por los cuidadores primarios de personas con enfermedad mental. [Internet] 2019 [citado 25 enero 2025]; 16 (2): 103-123. Doi: <https://doi.org/10.21676/2389783X.2945>.
3. Ramos, P, Luna, S, Rivera, F, Moreno, C, Leal-López E. La salud mental es cosa de niños, niñas y adolescentes. *Barómetro de Opinión de la Infancia y la Adolescencia 2023-2024*. UNICEF España [Internet]. 2024 [citado el 5 de diciembre de 2024] Disponible en: <https://www.unicef.es/publicacion/barometro-infancia-adolescencia/informe-2023-2024>
4. Marketa M, Wills, M.D. Encuesta anual sobre salud mental de la Asociación Psiquiátrica Americana 2024. Nueva York. [Internet]. 2024 [citado el 12 de diciembre de 2024] Disponible en: <https://www.psychiatry.org/news-room/news-releases/los-estadounidenses-expresan-cada-vez-mas-ansiedad>
5. Benfer N. Ph.D, Howell M. Ph.D, Lucksted A. Ph.D. Autoestigma y Trastorno de Estrés Postrauma: Conceptualización e implicaciones para la investigación y el tratamiento. *Servicios psiquiátricos*. [Internet] 2023 [citado el 29 septiembre de 2024]; 74(10). DOI: 10.1176/appi.ps.20220397
6. Philip T. Yanos J. El impacto de la identidad de la enfermedad en la recuperación de una enfermedad mental grave: Una revisión de la evidencia. *Investigación de psiquiatría*. [Internet] 2020 [citado el 6 de noviembre de 2024]; 74(10). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112950>
7. Ministerio de Salud, Gobierno de El Salvador. Encuesta Nacional de Salud Mental 2022, Instituto Nacional de Salud. [Internet] 2023. [citado el 5 de septiembre de

- 2024] Disponible en: <https://fosalud.gob.sv/download/primera-encuesta-nacional-de-salud-mental/>
8. Caqueo A, Urzúa A, Loundon A. Versión latinoamericana de escala de estigma internalizado de trastornos mentales: Un estudio de validación multicéntrica de 3 países de América Latina. Resultados de salud y calidad de vida. [Internet] 2019 [citado el 1 de diciembre de 2024]; 17(1). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1238-2>
 9. Boyd J, Adler E, Otilingam P. Escala de estigma internalizado de trastorno mental: una revisión multinacional. [Internet] Estados Unidos, Psiquiatría comprensiva, Elsevier, 55th edición 2014 [citado el 8 de noviembre de 2024] DOI: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.06.005>
 10. Drapalski A, Ph.D. Lucksted A. Ph.D, Brown C Ph.D. Resultados de Terminar con el Auto-Estigma, una Intervención de Grupo para Reducir el Estigma Internalizado entre Individuos con Enfermedad Mental Grave. [Internet] 2020 [citado el 8 de noviembre de 2024]; 72(2). DOI: [10.1176/appi.ps.201900296](https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900296)
 11. West M, Yanos P, Smith S. Prevalencia de estigma internalizado en personas con enfermedad mental severa. Estigma investigación y acción [Internet] 2011 [citado el 15 de noviembre de 2024]; 1(1). DOI: [10.5463/sra.v1i1.9](https://doi.org/10.5463/sra.v1i1.9)
 12. Geffner, N, Agrest, M. Estudio sobre el estigma percibido y el estigma experimentado según los usuarios de servicios de salud mental en la Ciudad de Buenos Aires: Su impacto en la recuperación. Revista Iberoamericana de Psicología, [Internet] 2021 [citado 3 febrero 2025] 14 (2), 21-33. Disponible en: <https://reviberopsicologia.iberu.edu.co/article/view/rip.14203/1708>
 13. Kortrijk H, Schaefer B, van Weeghel J. Trayectorias de pacientes con enfermedad mental grave durante dos años con equipos de tratamiento comunitario asertivo flexible que utilizan datos de Monitoreo de Resultados de Rutina: Un estudio observacional. Journal PLOS ONE. [Internet] 2019 [citado el 5 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://login.research4life.org/tacsgr1doi_org/10.1371/journal.pone.0207680

14. Zarah, Abdulmajeed A. Prevalencia de estigma internalizado en pacientes con enfermedad psiquiátrica en Abha, Región Sur, Arabia Saudita. Revista médica de familia y comunidad. [Internet] 2023 [citado el 12 de noviembre de 2024]; 30(2). Disponible en: https://login.research4life.org/tacsgr1doi_org/10.4103/jfcm.jfcm_222_22
15. Aguilar-Benages Clara, Córcoles-Cebrián David, Lucas-Miralles María Vicenta, Almela-Manuel Pilar, Heredia-Nebot Sara, Fontestad-Gómez José Miguel et al. El estigma asociado a los trastornos mentales en el paciente geriátrico: una revisión integradora. Gerokomos [Internet]. 2022 [citado 2025 Feb 5] ;33(3): 175-179. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000300008&lng=es. Epub 31-Jul-2023.
16. Rujine R. E, Zarchev M, van Weeghel J. Experimentar discriminación media la relación entre victimización y retraimiento social en pacientes que padecen una enfermedad mental grave: Un estudio transversal. Revista de Investigación Psiquiátrica. [Internet] 2022 [citado el 5 de noviembre de 2024]; 148 (1). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.01.018>
17. Navarro D. Estigma internalizado y autoestima en pacientes del servicio de psicología de un hospital del distrito de Tarma. CASUS [Internet] 2020 [citado el 4 de noviembre 2024] 5(3):152-159. DOI:10.35626/casus.3.2020.314

XI. Anexos

Anexo 1. Consentimiento Informado.

Instituto Salvadoreño del Seguro Social

Universidad de El Salvador

Hospital Policlínico Arce

Facultad de Medicina

Psiquiatría y Salud Mental

Postgrado de Especialidades Médicas

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este formulario de consentimiento informado se dirige a pacientes, hombres y mujeres, del servicio de psiquiatría del Hospital Policlínico Arce del Instituto Salvadoreño del Seguro Social para participar en la investigación titulada "Prevalencia de estigma internalizado en pacientes con diagnóstico de egreso de depresión.

Este documento de Consentimiento Informado tiene cuatro partes:

- Evaluación de temporalidad.
- Glosario de términos básicos.
- Información (proporciona información sobre el estudio).
- Formulario de Consentimiento (para firmar si está de acuerdo en participar).

Se le dará una copia del documento completo de Consentimiento informado en caso acepte participar de la investigación.

PARTE I: Temporalidad

Antes de iniciar la lectura del presente Consentimiento Informado, se le solicita responder las siguientes preguntas con el fin de evaluar su orientación:

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| 1. ¿Qué día es hoy? | ☐ Cumple | ☐ No cumple |
| 2. ¿Cuál es su nombre completo? | ☐ Cumple | ☐ No cumple |
| 3. ¿Cuál es su número de DUI? | ☐ Cumple | ☐ No cumple |

Cumple con el criterio de temporalidad:	☐ Sí	☐ No
---	-----------------------------	-----------------------------

Si la respuesta es sí, le solicito continuar con la lectura completa del consentimiento informado que se detalla a continuación.

Si la respuesta es no, damos por finalizada la actividad agradeciendo su tiempo y disposición para responder a este documento.

PARTE II: Glosario de términos básicos

A continuación, se muestran una serie de conceptos que pueden ser útiles para entender la información que leerá a continuación.

- **Estigma Internalizado (Autoestigma):** Es cuando una persona que tiene un problema de salud mental empieza a creer las cosas malas que la gente dice sobre esas enfermedades. Por ejemplo, si escucha que “los que van al psiquiatra están locos”, puede llegar a pensar eso de sí misma. Esto puede hacer que se sienta avergonzada o sin valor.
- **Depresión:** Es una enfermedad que hace que la persona se sienta triste casi todo el tiempo, sin ganas de hacer cosas que antes le gustaban. También puede causar problemas para dormir, comer o concentrarse.
- **Prevalencia:** Significa cuántas personas tienen una misma enfermedad o problema en un grupo determinado. Por ejemplo: si en una escuela hay 100 alumnos y 10 tienen depresión, se dice que la prevalencia es del 10%.
- **Diagnóstico de Egreso:** Es el nombre de la enfermedad o problema principal que el médico escribe cuando una persona sale del hospital después de recibir tratamiento.
- **Confidencialidad:** Quiere decir que la información personal que usted da (por ejemplo, su nombre o su historia médica) será guardada y no se contará a otras personas sin su permiso.

- **Codificación (o Anonimización):** Es un método para cuidar su información. Se quitan sus datos personales, como su nombre o número de documento, y se cambia por un código. Así nadie sabrá que la información es suya.
- **Temporalidad:** Es saber cosas básicas del tiempo y de uno mismo, como en qué día estamos, en qué mes o año, cómo se llama usted o dónde está.

PARTE III: Información

Mi nombre es Carmen Haydeé Palacios Canahuati, soy médico residente de tercer año de la especialidad de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad de El Salvador. Estoy investigando sobre el Estigma Internalizado en pacientes con Depresión. Le voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación. No tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación.

Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, me detiene según le informo para darme tiempo a explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarme a mí en cualquier momento.

En el país, la depresión es la enfermedad mental más común, y se ha descubierto que cuando los pacientes comienzan a creer y aceptar comentarios negativos que existen en la sociedad sobre su enfermedad, pueden llegar a sentirse avergonzados, menos valiosos o sin esperanza, a esto se le llama Estigma Internalizado. Y lamentablemente, puede empeorar los síntomas de la depresión, disminuir el deseo de cumplir con sus citas y medicinas y afectar su calidad de vida. A pesar de que esto ocurre con frecuencia, no tenemos en el país datos exactos sobre el tema, lo que hace difícil ayudar a los pacientes a mejorar. Este estudio busca llenar este vacío al conocer la cantidad de pacientes con depresión que son afectados por el Estigma Internalizado. Para formar parte de esta investigación se le pedirá contestar un cuestionario en base a su experiencia como paciente que ha padecido depresión.

Ésta es una invitación a todos los pacientes, hombres y mujeres, con depresión que son atendidos en el servicio de psiquiatría del Hospital Policlínico Arce del Instituto Salvadoreño del Seguro Social y que se vayan a ir de alta pronto.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Incluso, puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Si usted acepta participar, se le aplicará un solo cuestionario dividido en dos partes:

- Una sección para sus datos generales.
- La Escala de Estigma Internalizado de las Enfermedades Mentales para Latinoamérica (por sus siglas: LA-ISMI), que mide el nivel de afectación del estigma en el paciente.

El tiempo que necesitará para responder el cuestionario es de 15 a 20 minutos y ese mismo día conocerá sus resultados.

En esta investigación no se utilizarán medicamentos ni procedimientos, no es invasivo, pero es posible que, al reflexionar sobre temas de discriminación o rechazo, usted pueda revivir experiencias dolorosas y experimentar malestar emocional o incomodidad (como tristeza o ansiedad).

En caso de que experimente malestar significativo, se activará el siguiente plan de acción:

- 1) Se suspenderá inmediatamente la aplicación del cuestionario.
- 2) Se le ofrecerá apoyo emocional inmediato por parte del personal de salud a cargo.
- 3) Si fuera necesario, se le referirá de manera prioritaria a la consulta externa de psicología o psiquiatría de este centro para una evaluación y atención adecuada.

Si usted participa en esta investigación, tendrá la oportunidad de iniciar controles en consulta externa de psicología en caso de que su nivel de Estigma Internalizado lo requiera, sin embargo, no es obligatorio que acepte. Además, su participación ayudará a encontrar la cantidad de pacientes con depresión que padecen de Estigma Internalizado en este centro y así poder, en el futuro, mejorar la atención de esta situación.

Es importante mencionar que su participación en esta investigación no tiene un costo ni remuneración económica para usted.

Su privacidad es muy importante. Toda la información acerca de usted será estrictamente confidencial, fuera del alcance de otras personas que no sean los investigadores.

- Sus datos personales serán codificados (anonimizados). Su nombre y número de afiliación será cambiado por un código.
- Los archivos físicos se guardarán bajo llave y los archivos digitales se almacenarán en computadoras protegidas por contraseña, acceso restringido únicamente a la investigadora y antivirus actualizado.
- La información se utilizará únicamente con fines de formación académica para esta investigación.
- Los resultados generales del estudio se publicarán o presentarán públicamente, pero nunca se incluirá información que permita identificarle personalmente.

Al finalizar la encuesta, le compartiré los resultados en privado, para conocer si es recomendable recibir atención psicológica en la consulta externa de este centro, lo cual será su decisión si aceptar o no. Durante la duración de la investigación toda la información será guardada en una computadora y al terminar toda la investigación se desecharán de forma segura. Los resultados finales se harán disponibles al público, siempre de forma confidencial, sin divulgar sus datos de identificación como nombre o número de afiliación de Seguro Social.

Usted no tiene que participar de esta investigación si no desea hacerlo y el negarse a participar no le afectará en ninguna forma su proceso durante este ingreso ni su alta médica. Puede dejar de participar en cualquier momento sin perder sus derechos como paciente. Su tratamiento en este centro no será afectado en ninguna forma.

Si tiene alguna pregunta sobre el estudio, puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haber iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar a:

-Investigadora principal:

Dra. Carmen Haydeé Palacios Canahuati

Médico Residente de 3° año, Especialidad en Psiquiatría y Salud Mental

Hospital Policlínico Arce, ISSS

Teléfono: (503) 7533-9784

Correo electrónico: carmenpcanahuati@gmail.com

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por el Comité de Ética en Investigación en Salud (CEIS-ISSS), que es un comité que busca proteger de daños a los pacientes durante la investigación. Si usted desea averiguar más sobre este comité, contacte a:

-Comité de Ética en Investigación en Salud (CEIS-ISSS)

Departamento de Gestión del Conocimiento del ISSS (CONOCISSS)

C. Monseñor Escrivá De Balaguer 314, San Salvador

ceiciss.hg@iss.gov.sv

PARTE IV Formulario de Consentimiento

CONSENTIMIENTO

He sido invitado a participar en la investigación sobre Estigma Internalizado en pacientes con depresión. Entiendo que tendré que responder una encuesta con datos sobre mi experiencia de padecer esta enfermedad. He sido informado sobre los riesgos que puede traer esta investigación, como revivir experiencias dolorosas y experimentar emociones como tristeza o ansiedad. Sé que podrían ofrecermé iniciar controles en consulta externa de psicología dependiendo de los resultados del estudio y que es mi decisión si aceptar

o no esa referencia. Además, sé que con mi participación estaré ayudando a encontrar la cantidad de pacientes con depresión que padecen de Estigma Internalizado en este centro y así poder, en el futuro, mejorar la atención de esta situación.

Se me ha dado el nombre de la investigadora que puede ser fácilmente contactada en caso de tener dudas o preguntas en cualquier momento de mi participación.

He leído la información brindada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado mis dudas. Acepto voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que puedo retirarme en cualquier momento sin que esto afecte mi proceso médico ni mis derechos como paciente.

Nombre del participante: _____

Firma o huella del participante: _____

Número de afiliación: _____

En _____, a _____, de 2025.

Anexo 2. Instrumento de recolección de datos.

Instituto Salvadoreño del Seguro Social

Universidad de El Salvador

Hospital Policlínico Arce

Facultad de Medicina

Psiquiatría y Salud Mental

Postgrado de Especialidades Médicas

Prevalencia de estigma internalizado en pacientes con depresión de la hospitalización de psiquiatría.

El presente cuestionario forma parte de un estudio que pretende registrar la prevalencia de estigma internalizado en pacientes con depresión de la hospitalización de psiquiatría.

PARTE I DATOS GENERALES.

Indicación: Llenar correctamente y de forma clara los datos solicitados y marcar con una X cuando sea necesario.

Código: _____**Sexo:** ☐ Femenino ☐ Masculino **Edad:** _____ años**Afiliación:** ☐ Cotizante ☐ Beneficiario ☐ Pensionado

Estado civil: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Acompañado/a ☐
 Separado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a

Número de hijos que posee: _____

Grado académico: ☐ Analfabeta ☐ Saber leer y escribir ☐ Primaria
☐ Secundaria ☐ Bachillerato ☐ Técnico ☐ Licenciatura

Ocupación: ☐ Desempleado ☐ Negocio propio:
☐ Empleado ☐ Pensionado

Edad del diagnóstico de depresión: _____**Número de ingresos previos:** _____

PARTE II

Escala de Estigma Internalizado de las Enfermedades Mentales para Latinoamérica (LA-ISMI)¹

Marque la puntuación que crea oportuna sobre la frecuencia con que está de acuerdo con los enunciados según a la siguiente escala:

1	Muy en desacuerdo
2	En desacuerdo
3	De acuerdo
4	Muy de acuerdo

Dimensión de estigma social	
1. Debido a que tengo una enfermedad mental, necesito que los demás tomen la mayoría de las decisiones por mí.	1 - 2 - 3 - 4
2. Me mantengo apartado de situaciones sociales con el fin de no avergonzar a mi familia o amigos.	1 - 2 - 3 - 4
3. Las personas sin enfermedad mental no pueden entenderme.	1 - 2 - 3 - 4
4. La gente me ignora o me toma menos en serio sólo porque tengo una enfermedad mental.	1 - 2 - 3 - 4
5. Vivir con una enfermedad mental me ha hecho una persona débil.	1 - 2 - 3 - 4
Dimensión de discriminación	
6. Me siento incómodo si me ven en público con una persona que es evidente que tiene una enfermedad mental.	1 - 2 - 3 - 4

¹ Caqueo A, Urzúa A, Loundon A. Versión latinoamericana de escala de estigma internalizado de trastornos mentales: Un estudio de validación multicéntrica de 3 países de América Latina. Resultados de salud y calidad de vida. [Internet] 2019 [citado el 1 de diciembre de 2024]; 17(1). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1238-2>

7. La gente a menudo tiene una actitud paternalista conmigo, o me trata como a un niño, solo porque tengo una enfermedad mental.	1 - 2 - 3 - 4
8. Estoy decepcionado conmigo mismo por tener una enfermedad mental.	1 - 2 - 3 - 4
9. La gente puede decir que tengo una enfermedad mental por mi aspecto.	1 - 2 - 3 - 4
Dimensión de autoestigma	
10. Evito relacionarme con personas que no tienen enfermedad mental para evitar el rechazo.	1 - 2 - 3 - 4
11. Estoy avergonzado de tener una enfermedad mental.	1 - 2 - 3 - 4
12. Las personas con enfermedad mental no deberían casarse.	1 - 2 - 3 - 4

Anexo 3. Constancia de aplicación de prueba piloto.

Carta de experiencia en la aplicación del consentimiento informado

San Salvador, octubre de 2025

Comité de Ética en Investigación en Salud (CEIS-ISSS)
Instituto Salvadoreño del Seguro Social

Presente:

Por este medio, yo, Dra. Carmen Haydeé Palacios Canahuati, médico residente de tercer año de la especialidad de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad de El Salvador, hago constar que he realizado la aplicación piloto del documento de Consentimiento Informado correspondiente al estudio titulado "Prevalencia de estigma internalizado en pacientes con diagnóstico de egreso de depresión", con el objetivo de evaluar la comprensión del contenido y la claridad de los términos empleados.

Dicha aplicación se efectuó con una población de prueba compuesta por 10 pacientes (que no formarán parte del estudio) y 10 profesionales de enfermería del Hospital Policlínico Arce. Durante el proceso, se evaluó la comprensión de cada uno de los apartados del documento, verificando la adecuación del lenguaje y la accesibilidad de la información.

Los resultados de esta evaluación demostraron que tanto los pacientes como las enfermeras comprendieron adecuadamente los términos y la finalidad del consentimiento informado. No fue necesario realizar ninguna modificación en el contenido, formato ni redacción del documento, ya que todos los participantes expresaron haber entendido correctamente la información.

Sin más que agregar, se extiende la presente carta como constancia del cumplimiento del proceso de validación de comprensión del consentimiento informado.

Atentamente,




Dra. Carmen Haydeé Palacios Canahuati
Médico Residente de 3° año
Especialidad en Psiquiatría y Salud Mental
Hospital Policlínico Arce, ISSS
Universidad de El Salvador

Anexo 4. Aprobación por el Comité de Ética en Investigación en Salud (CEIS-ISSS)

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL COMITÉ ETICO PARA LA INVESTIGACION EN SALUD ISSS 2024 -2026		
A. IDENTIFICACION		
1. Código metodológico		803P23MY23b
1. Código secuencial	CEIS ISSS	2025-41
	VERSION	01a
2. Título del protocolo:		
"Prevalencia de estigma internalizado en pacientes con diagnóstico de egreso de depresión."		
3. Investigador principal:		
Dra. Carmen Haydeé Palacios Canahuati		
4. Academico	UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR	
5. Tipo de estudio:	DESCRIPTIVO	
	ENTREVISTA	
	TRANSVERSAL	
	NO	
NO CLINICO		
6. Control de calidad interno(placebo) :		
7. Sujeto de investigación:		
Persona mayor de 18 años de edad sin distincion de sexo al momento del egresohospitalario por depresion en el Hospital policlinico Arce ISSS en el periodo 2025		
COEFICIENTE DE VALIDEZ		0.70
INTERPRETACION		FAVORABLE CON SOLICITUD DE MODIFICACION
Fecha		08/10/2025
Conclusión		
Resultado de la revision etica (favorable o no favorable) con base objetivo planteado describiendo la herramienta ha utilizar en el participante		

Miembros asistentes

Licda Ada M. Zepeda Herrera

Licda Isabel Quintanilla

Licda Claudia Amaya

Licda Fatima Clavel

Dra. Claudia Lopez de Blanco

Dr Pedro E Sobenes Romero

Dr Ernesto Alfredo Chavez Coto

Ing Benjamin Monge

Presidente

Dr. Rafael Antonio Baltrons Orellana



La investigación es un privilegio, no un derecho

OBSERVACION: Investigador principal debe imprimir el "protocolo FAVORABLE CON SOLICITUD DE MODIFICACION " que corresponde al "CEIS ISSS 2025 041 PROTOCOLO VERSION 01a" sin control de cambio y presentarlo a la Coordinadora CEIS ISSS 2024 - 2026 en Investigación y Docencia ISSS.

El estudio debe desarrollarse de acuerdo a las especificaciones que están descritas dentro del "protocolo FAVORABLE CON SOLICITUD DE MODIFICACION", ajustado a las pautas internacionalmente reconocidas para investigaciones, y de una manera que atienda a los principios éticos precisos a la misma.

Cualquier modificación de las condiciones originales en el "protocolo FAVORABLE CON SOLICITUD DE MODIFICACION" debe ser informado por escrito para conocimiento y nueva aprobación por el CEIS ISSS 2024 - 2026, así mismo si fuera necesario solicitar extensión de tiempo para ejecución del estudio durante el transcurso de la investigación. Debe notificar por escrito a CEIS ISSS 2023 - 2026 la finalización de la investigación, realizar una presentación y proporcionar una copia del protocolo final.