



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

**“MIEDO A LA EVALUACIÓN NEGATIVA Y ESTIGMA INTERNALIZADO EN PACIENTES CON  
ESQUIZOFRENIA”**

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

**GUADALUPE INGRID BARREAL CORTEZ**

ASESORA METODOLÓGICA: DRA. ANA FRESÁN ORELLANA

ASESOR TEÓRICO: DR. RICARDO ARTURO SARACCO ÁLVAREZ



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

MÉXICO, CDMX 2021



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## **Agradecimientos:**

En particular quiero agradecer a mis tutores la doctora Fresan y el doctor Saracco, por las horas dedicadas a este proyecto, ya que sin ellos no hubiera sido posible la culminación del mismo. Agradezco también a mi familia, quienes me apoyaron en todo momento, en especial a mi hermana Yuridia. También agradezco a mi entrañable amigo Amaury quien me apoyo en esos momentos en los que flaqueaba.

## Contenido:

<b>1</b>	<b>RESUMEN.....</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>ABSTRACT .....</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>8</b>
3.1	ESQUIZOFRENIA.....	8
3.1.1	EPIDEMIOLOGÍA DE LA ESQUIZOFRENIA .....	8
3.1.2	CURSO DE LA ESQUIZOFRENIA.....	9
3.1.3	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ESQUIZOFRENIA DSM-5 .....	10
3.1.4	TRATAMIENTO DE ESQUIZOFRENIA.....	12
3.2.	MIEDO A LA EVALUACIÓN NEGATIVA.....	12
3.3.	ESTIGMA.....	13
3.3.1.	ESTIGMA EN PSIQUIATRÍA.....	14
3.3.2	ESTIGMA INTERNALIZADO.....	14
3.3.3	ESTIGMA INTERNALIZADO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA.....	15
<b>4</b>	<b>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>16</b>
<b>5</b>	<b>JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>16</b>
<b>6</b>	<b>OBJETIVO GENERAL.....</b>	<b>17</b>
6.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
<b>7</b>	<b>HIPÓTESIS GENERAL .....</b>	<b>17</b>
7.1	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.....	18
<b>8</b>	<b>MATERIAL Y MÉTODOS .....</b>	<b>18</b>

8.1. TIPO DE ESTUDIO .....	18
<b>9 MUESTRA.....</b>	<b>18</b>
9.1. CÁLCULO DE MUESTRA.....	18
9.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	19
9.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	19
9.4. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	20
<b>10 VARIABLES EN ESTUDIO .....</b>	<b>20</b>
<b>11 ESCALAS DE MEDICIÓN .....</b>	<b>21</b>
11.1. FORMATO DE DATOS CLÍNICOS Y DEMOGRÁFICOS.....	21
11.2 ESCALA DE SÍNTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS DE LA ESQUIZOFRENIA (PANSS).....	21
11.3. ESCALA DE ESTIGMA INTERNALIZADO DE KING.....	22
11.4 ESCALA DE MIEDO A LA EVALUACIÓN NEGATIVA VERSIÓN BREVE (BFNE) .....	22
<b>12 PROCEDIMIENTO DE ESTUDIO.....</b>	<b>23</b>
<b>13 ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....</b>	<b>24</b>
<b>14 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....</b>	<b>24</b>
<b>15 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....</b>	<b>25</b>
<b>16 RESULTADOS .....</b>	<b>26</b>
16.1. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LA MUESTRA.....	26
16.2 ESTIGMA INTERNALIZADO Y MIEDO A LA EVALUACIÓN NEGATIVA EN EL TOTAL DE LA MUESTRA.....	28
16.3. ASOCIACIÓN DEL ESTIGMA INTERNALIZADO Y EL MIEDO A LA EVALUACIÓN NEGATIVA CON LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA.....	29
<b>17 DISCUSIÓN .....</b>	<b>32</b>

<b>18</b>	<b>LIMITACIONES</b> .....	<b>35</b>
<b>19</b>	<b>FORTALEZAS</b> .....	<b>36</b>
<b>20</b>	<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>36</b>
<b>21</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>38</b>
<b>22</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>42</b>
<b>22</b>	<b>ANEXOS</b> .....	<b>43</b>
22.1	APROBACIÓN DE COMITÉ DE ÉTICA.....	43
22.2	CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	44
22.3	CERTIFICADO DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA.....	47

## 1 Resumen

**Introducción:** La esquizofrenia es un trastorno mental grave, relativamente frecuente del cual la sociedad, en general, conoce poco. Esto es un motivo, que lleva a señalar en forma negativa a personas con comportamientos diferentes a los establecidos en la sociedad, lo cual puede generar, aislamiento social y miedo al rechazo.

**Objetivo:** El objetivo de este estudio fue determinar la asociación entre el miedo a la evaluación negativa y el estigma internalizado en pacientes con esquizofrenia.

**Método:** Se realizó un estudio analítico, observacional, prospectivo, transversal, homodémico. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de esquizofrenia a los que se les aplicaron tres escalas: PANSS, Estigma internalizado de King y Miedo a la evaluación negativa.

**Resultados:** Los pacientes con pareja reportaron mayores puntajes de discriminación y mayor estigma. Los pacientes con una menor escolaridad reportan una tendencia a percibir mayor discriminación y tener un mayor estigma internalizado. A mayor percepción de discriminación ( $r=0.45$ ,  $p<0.001$ ), mayor temor al manejo de la información del trastorno ( $r=0.34$ ,  $p=0.004$ ) y un mayor estigma internalizado ( $r=0.44$ ,  $p<0.001$ ), que se asocian con un mayor miedo a la evaluación negativa en pacientes con esquizofrenia.

**Conclusiones:** Se pudo concluir que, a mayor estigma internalizado, mayor miedo a la evaluación negativa en pacientes con esquizofrenia, ya que, al percibirse con vergüenza, culpa y como diferente a la mayoría de personas en la sociedad, hay menor interés por hablar al respecto, evitando el ser señalados y juzgados, por ser diferentes.

**Palabras clave:** Miedo a la evaluación negativa, estigma internalizado, esquizofrenia.

## 2 Abstract

**Introduction:** Schizophrenia is a serious, relatively common mental disorder that society generally knows little about. This is a reason, which leads to negative signaling to people with behaviors other than those established in society, which can lead to social isolation and fear of rejection.

**Objective:** The objective of this study was to determine the association between fear of negative evaluation and internalized stigma in patients with schizophrenia.

**Method:** An analytical, observational, prospective, cross-sectional, homodemic study will be carried out. Patients diagnosed with schizophrenia were included with three scales: PANSS, King's Internalized Stigma, and Fear of Negative Evaluation.

**Results:** Patients with a partner reported higher discrimination scores and increased stigma. Patients with lower schooling report a tendency to perceive greater discrimination and have greater internalized stigma. The greater the perception of discrimination ( $r=0.45$ ,  $p<0.001$ ), increased fear of the management of disorder information ( $r=0.34$ ,  $p=0.004$ ) and increased internalized stigma ( $r=0.44$ ,  $p<0.001$ ), which are associated with increased fear of negative evaluation in patients with schizophrenia.

**Conclusions:** It could be concluded that, the more internalized stigma, the greater the fear of negative evaluation in patients with schizophrenia, since, when perceived with shame, guilt and as different from most people in society, there is less interest in talking about it, avoiding being singled out and judged, because they are different.

**Keywords:** Fear of negative evaluation, internalized stigma, schizophrenia.

## **3 Marco teórico**

### **3.1 Esquizofrenia**

La esquizofrenia fue descrita por primera vez como demencia praecox por Benedict Morel y popularizada por Emil Kraepelin en 1893. Guiado por una idea de unidad de enfermedad natural, Kraepelin asignó a aquellos con síntomas psicóticos y deterioro cognitivo progresivo en el diagnóstico de demencia praecox. (Loch A, 2019).

Derivado del vocablo griego 'Schizo' (división) y 'phren' (mente) término que fue propuesto por Eugen Bleuler en 1908, desde entonces la esquizofrenia se considera un trastorno psicótico funcional caracterizado por la presencia de creencias delirantes, alucinaciones y alteraciones en el pensamiento, percepción y comportamiento. Los síntomas se han dividido en dos categorías principales: los síntomas positivos que incluyen alucinaciones, delirios, y los trastornos de pensamiento formales, y los síntomas negativos como anhedonia, la pobreza del habla, y la falta de motivación. (Hany M, y cols, 2019).

La esquizofrenia según la CIE 10, es un trastorno grave que se caracteriza por distorsiones del pensamiento y de las emociones, afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, caracterizada por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta, altamente discapacitante que puede afectar el desempeño educativo y laboral (Murray C, y cols, 1996).

#### **3.1.1 Epidemiología de la esquizofrenia**

La prevalencia de la esquizofrenia en México es de 1% según la Encuesta Nacional de epidemiología psiquiátrica. (Medina-Mora M, y cols, 2003).

La esquizofrenia se considera uno de los padecimientos con gran impacto económico para los servicios de salud y de la sociedad. (Arredondo A, y cols, 2017).

La prevalencia de la enfermedad a lo largo de la vida alcanza el 1%, es decir, que una de cada 100 personas padecerá el trastorno. La esquizofrenia se puede presentar en todas las sociedades y regiones geográficas. Cada año aparecen en el mundo 2 millones de casos nuevos, alrededor de 0.05% de la población total recibe tratamiento para la esquizofrenia. La prevalencia es igual en ambos sexos, pero en el sexo masculino se suele presentar antes que en el femenino. La edad máxima de inicio varía desde los 15 hasta los 35 años, es raro que se presente antes de los 10 años en este caso se llamaría esquizofrenia de inicio temprano, o después de los 45 años la cual se denominaría esquizofrenia de inicio tardío. Dentro de los factores de riesgo que se han observado, se encuentran personas nacidas en invierno, hijos de madres que han sufrido gripa durante el embarazo.

### ***3.1.2 Curso de la esquizofrenia***

El inicio de la esquizofrenia más característico es en la adolescencia, aunque también puede encontrarse en la infancia y en la edad adulta. Afecta a ambos sexos de manera similar, sin embargo, se ha visto que en hombres se desarrolla a edad más temprana que en mujeres. (Çapar M y cols, 2019). La mayoría de los pacientes alternan episodios psicóticos agudos con fases estables de remisión.

Primer episodio: la aparición se puede dar de manera insidiosa o brusca, desarrollo lento y gradual de diversos signos y síntomas, este periodo va desde un par de días hasta meses.

Fase aguda: en esta fase los pacientes presentan síntomas psicóticos graves y pensamiento desorganizado.

Fase de estabilización: durante esta fase los síntomas disminuyen de intensidad y tiene una duración de alrededor de 6 meses.

Fase estable: en esta fase los pacientes pueden estar libres de síntomas o tener una disminución importante en la intensidad de la sintomatología.

El curso de la enfermedad es variable tendiendo en la mayoría de pacientes episodios de exacerbación y remisión, en una parte pequeña de pacientes persiste un estado psicótico grave de forma crónica, en general no hay remisión completa de esta enfermedad. (Saracco R, y cols, 2009).

### **3.1.3 Criterios diagnósticos de esquizofrenia DSM-5**

- A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un periodo de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):
  - 1. Delirios.
  - 2. Alucinaciones.
  - 3. Discurso desorganizado.
  - 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
  - 5. Síntomas negativos (abulia o expresión emotiva disminuida).
  
- B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno a más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio.
  
- C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este periodo de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntoma que cumplan el Criterio A y puede incluir periodos de síntomas prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se

pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada.

- D. Se ha descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas.
- E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica.
- F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia solo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes.

Especificar si:

Los síntomas especificadores del curso de la enfermedad solo se utilizarán después de un año de duración del trastorno y si no están en contradicción con los criterios de evolución diagnósticos.

**Primer episodio actualmente en episodio agudo:** la primera manifestación del trastorno cumple los criterios definidos de síntomas diagnósticos y tiempo. Un episodio agudo es el periodo en que se cumplen los criterios sintomáticos.

**Primer episodio actual en remisión parcial:** es el periodo durante el cual se mantiene una mejoría después de un episodio anterior y en el que los criterios que definen el trastorno solo se cumplen parcialmente.

**Primer episodio actual en remisión total:** periodo después de un episodio anterior durante el cual los síntomas específicos del trastorno no están presentes.

**Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo:** los episodios múltiples se pueden determinar después de un mínimo de dos episodios.

**Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial**

**Episodios múltiples, actualmente en remisión total continuo:** los síntomas que cumplen los criterios de diagnóstico del trastorno están presentes durante la mayor parte del curso de la enfermedad, y los periodos sintomáticos por debajo del umbral son muy breves en comparación con el curso global.

**No especificado.**

Especificar si:

**Con catatonia.**

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se clasifica mediante evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis: ideas delirantes, alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual sobre una escala de 5 puntos de 0 a 4.

### ***3.1.4 Tratamiento de esquizofrenia***

Los antipsicóticos son la base del tratamiento de la esquizofrenia, el objetivo es controlar los síntomas y signos con la dosis más baja posible, debido a que se requiere tratamiento de por vida.

### ***3.2 Miedo a la evaluación negativa***

La comorbilidad de la esquizofrenia con trastornos de ansiedad ha sido reportada desde finales de la década de los 60s, encontrando que hasta un 50% de los pacientes presentaban esta comorbilidad y de éstos, un 18% presentan fobia social. (Watson D, y cols, 1969). Es hasta principios de los años 80 que se reportó que los pacientes con esquizofrenia expresan nerviosismo y ansiedad durante las interacciones sociales y a principios del año 2001, se mostró que la timidez, la poca socialización y diversos problemas sociales son mayores en los pacientes con esquizofrenia

desde etapas tempranas del desarrollo. Incluso, estas dificultades han sido documentadas en pacientes en su primer episodio psicótico. (Fresán A, y cols, 2003).

Uno de los componentes centrales de la ansiedad social es el “miedo”, y en particular, el miedo a la evaluación negativa. Éste, es entendido como la aprehensión y ansiedad experimentados por una persona ante la preocupación por ser juzgados de forma despectiva u hostil (Watson D, y cols, 1969) y es un constructo que se ha estudiado poco en pacientes con esquizofrenia. De forma general, se ha relacionado con síntomas positivos específicos e incluso con la estructuración y mantenimiento de las ideas delirantes en pacientes con esquizofrenia (Mazeh D, y cols, 2005), presentándose como hipervigilancia y ansiedad hacia estímulos del ambiente y por la evitación hacia las interacciones sociales.

Este miedo intenso y persistente de ser observado y criticado que presentan algunos pacientes, puede afectar de manera importante las actividades cotidianas de las personas. (McEnery C, y cols, 2019). Además del impacto que tienen los síntomas propios de la enfermedad.

Así, es fundamental valorar el miedo a la evaluación negativa ya que genera empeoramiento de la sintomatología y aislamiento, por ende, disminución en el desempeño (Chuang S, y cols, 2019).

### **3.3 Estigma**

Es un constructo social que engloba actitudes, sentimientos, creencias y comportamientos que conllevan consecuencias discriminatorias hacia las personas estigmatizadas. (Ochoa S, y cols, 2011). El estigma se encuentra constituido de tres elementos principalmente:

- Estereotipo: creencia negativa, que describe a personas con por poseer características que son inadecuadas o exageradas.
- Discriminación: trato perjudicial y diferente que se le da a un individuo por diferentes motivos.

- Prejuicio: percepción negativa hacia alguien (Paredes H, y cols, 2012).

### ***3.3.1 Estigma en psiquiatría***

El estigma en la psiquiatría puede aparecer en varias condiciones y contextos, por ejemplo, al considerar que un paciente con alguna enfermedad mental se encuentra bajo el control completo de su padecimiento y que ante la persistencia del mismo es irresponsable o el considerar a un paciente con algún trastorno psiquiátrico como peligroso, ubicándolo como una amenaza a la seguridad social. (Townsend L, y cols, 2002).

Una fuente de estigmatización se encuentra en el etiquetar los diagnósticos psiquiátricos, ya que a pesar de que son importantes para clasificar y facilitar la comunicación entre el personal de salud, se convierte en dañino cuando se utiliza por no profesionales, debido a que no se encuentran familiarizados con la definición y lo utilizan de manera errónea y con finalidad estigmatizante. (Lappin J, y cols, 2007).

### ***3.3.2 Estigma internalizado***

Se define como aquellas reacciones de los individuos que forman parte de un grupo estigmatizado y convierten las actitudes estigmatizadoras en ellos mismos (Rüsch N, 2006).

Es la manera en cómo los pacientes con algún trastorno o enfermedad viven su condición, generando en ellos vergüenza, culpa, miedo a la discriminación, la cual es resultado de los prejuicios y estereotipos que tiene la sociedad y la persona hacia su padecimiento. (Paredes H, y cols, 2012). Estos prejuicios que existen son adoptados por las personas que los convierten el prejuicio contra sí mismos y aprueban el estereotipo. (Rüsch N, 2006).

El autoprejuicio conlleva a emociones negativas, principalmente autoestima y autoeficacia baja. Las personas con una enfermedad mental al conocer los estereotipos que existen acerca de los

trastornos psiquiátricos en ocasiones los aprueban lo que resulta en una autodiscriminación y por ende, estigma internalizado.

Por el contrario, las personas que no se identifican con los estereotipos tienen mayor posibilidad de permanecer indiferentes al estigma, ya que no sienten los prejuicios y la discriminación que se refiere a ellos.

### ***3.3.3 Estigma internalizado en pacientes con esquizofrenia***

La aprobación de los estereotipos, la autodiscriminación, conllevan al paciente con esquizofrenia al aislamiento social, retraso en la búsqueda de atención, poca adherencia al tratamiento, lo cual genera mayores recaídas y por ende una evolución más rápida y desfavorable del trastorno. (Chang N, y cols, 2018).

El estigma internalizado se considera una barrera para la recuperación de la esquizofrenia y la identificación de los factores que protegen su desarrollo puede ayudar a identificar a los pacientes vulnerables y posteriormente, implementar intervenciones preventivas y terapéuticas eficaces (Hofer A, y cols, 2019).

El estigma internalizado en la esquizofrenia se asocia a la adherencia al tratamiento psicosocial. Una razón sería, que los pacientes con esquizofrenia en algunas ocasiones prefieren mantener su enfermedad mental oculta y abandonar la búsqueda y el uso de servicios psiquiátricos, con la finalidad de evitar ser discriminados. Se ha visto que el uso de antipsicóticos reduce los síntomas y las tasas de recaídas. Sin embargo, la evidencia demuestra que por si solo no es suficiente para mejorar el desempeño, promover una vida independiente, mejorar el manejo de la enfermedad y elevar la satisfacción en los pacientes. Con la finalidad de mejorar los resultados se ha integrado la terapia psicosocial en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia, con intervenciones como empleos protegidos, intervención familiar, entrenamiento en habilidades sociales y terapia cognitivo conductual. (Autonell J, y cols, 2001).

En general la autoestigmatización lleva a la desmoralización, con sentimientos de vergüenza y disminución de la autoestima favoreciendo el aislamiento y generando dificultad para pedir ayuda. Hasta el momento, solo existe un artículo sobre la influencia que pudiera tener el miedo a la evaluación negativa en la internalización del estigma en pacientes con esquizofrenia. (Firmin R, y cols, 2017). En este, se marca el impacto que el temor a las evaluaciones desfavorables pareciera tener en el contexto de la ansiedad, ya que el estigma público con respecto a la enfermedad mental a menudo induce directamente suposiciones negativas sobre la probabilidad de éxito (Link B, y cols, 2006), parece probable que los temores con respecto a la evaluación negativa también pudieran ser una amenaza para la percepción que tiene el paciente sobre su propia enfermedad.

#### **4 Pregunta de investigación**

¿Existe asociación entre miedo a la evaluación negativa y el estigma internalizado en pacientes con esquizofrenia?

#### **5 Justificación**

La esquizofrenia es un trastorno grave, crónico que afecta la funcionalidad de una persona, el cual, genera un gran impacto en la vida cotidiana de los pacientes que la padecen, ya que existe un retraso en la búsqueda de atención, una pobre conciencia de enfermedad y abandono en el tratamiento.

Un factor que interviene en estas dificultades es el estigma asociado al padecimiento. La sociedad tiende a señalar, criticar y generar juicios erróneos sobre los pacientes con esquizofrenia. Esto es conocido como estigma externalizado, además de impactar en el curso de la enfermedad, puede impactar de forma negativa la propia percepción que el paciente tiene de sí mismo, promoviendo conductas negativas como el aislamiento y probablemente la aceptación e introyección de estas actitudes negativas, generando estigma internalizado. El estigma internalizado podría ser

secundario al miedo constante a ser juzgados por la sociedad, debido a que su comportamiento no es igual al de las demás personas, excluyéndolos de actividades que podrían realizar sin dificultad. Sin embargo, el impacto que pudiera tener el estigma internalizado sobre el miedo a la evaluación negativa ha sido poco estudiado, por lo que el presente estudio busca contribuir al conocimiento sobre el impacto que tiene el miedo a la evaluación negativa y el estigma internalizado en la vida de los pacientes con esquizofrenia.

## **6 Objetivo general**

Determinar la asociación entre el miedo a la evaluación negativa y el estigma internalizado en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que acudían al servicio de consulta externa del INPRFM.

### **6.1 Objetivos específicos**

1. Determinar la asociación entre las características demográficas y clínicas con el miedo a la evaluación negativa.
2. Determinar la asociación entre las características demográficas y clínicas con el estigma internalizado.
3. Determinar la asociación entre la gravedad sintomática (PANSS) con el miedo a la evaluación negativa y el estigma internalizado.

## **7 Hipótesis general**

El miedo a la evaluación negativa y el estigma internalizado mostraron una asociación lineal directa positiva, en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que acudían al servicio de consulta externa del INPRFM.

## **7.1 Hipótesis específicas**

1. El miedo a la evaluación negativa fue mayor en pacientes del sexo masculino, con menor escolaridad, con una edad de inicio más temprano y mayor tiempo de evolución.
2. El estigma internalizado fue mayor en pacientes del sexo masculino, con edad de inicio más temprana, menor escolaridad y mayor tiempo de evolución.
3. Los pacientes con esquizofrenia que tuvieron mayor gravedad sintomática tuvieron mayor miedo a la evaluación negativa y mayor estigma internalizado.

## **8 Material y métodos**

### **8.1 Tipo de estudio**

De acuerdo con la clasificación de Feinstein se realizó un estudio analítico, observacional, retrospectivo, transversal, homodémico. (Feinstein A, 1985).

## **9 Muestra**

### **9.1 Cálculo de muestra**

Considerando un análisis de potencia *a priori* para un análisis de correlación de Pearson de índice común tipo bilateral, que sea mayor al estudio previo realizado en población con características similares (Osorio F, 2013). Se obtuvo el siguiente cálculo de muestra mediante el programa G\*Power3.1.9.2:

- Análisis a dos colas
- Correlación de hipótesis 0.35
- Probabilidad del alfa de error: 0.15

- Poder estadístico ( $1 - \beta$  del alfa de error): 0.85
- Valor alfa: 0.05
- Muestra total: 66 pacientes

## **9.2 Criterios de inclusión**

1. Hombres y mujeres mayores de 18 años y de hasta 70 años que acudían a la clínica de esquizofrenia del INPRFM.
2. Diagnóstico de esquizofrenia de acuerdo con los criterios del DSM-5 que acudían al servicio de consulta externa del INPRFM.
3. Pacientes que aceptaron firmar el consentimiento informado para participar en el estudio.
4. Pacientes que sabían leer y escribir.

## **9.3 Criterios de exclusión**

1. Pacientes con diagnóstico comórbido de fobia específica, ya que, algunos síntomas del miedo a la evaluación negativa podían confundirse con los que se presentan en las fobias.
2. Pacientes que no se encontraban clínicamente estables de acuerdo con el médico tratante de la Clínica de Esquizofrenia.
3. Pacientes con diagnóstico comórbido de trastorno por consumo de sustancias, en consumo activo, exceptuando el consumo de tabaco.
4. Pacientes que no se encontraron con tratamiento farmacológico al momento de la evaluación.
5. Pacientes agresivos y/o agitados, debido a la limitante para responder a las escalas del estudio.

## 9.4 Criterios de eliminación

Pacientes que retiraron su consentimiento informado para participar en el estudio

## 10 Variables en estudio

Variables	Nivel de Medición	Evaluación
<b>Variables demográficas</b>		
Edad Estado civil Genero Ocupación Nivel socioeconómico Escolaridad	Dimensional (años) Categórica Categórica Categórica Ordinal Dimensional (años)	Formato de datos clínicos y demográficos
<b>Variables clínicas</b>		
Edad de inicio Tiempo de evolución Hospitalizaciones psiquiátricas Número de hospitalizaciones previas Tratamiento actual	Dimensional (años) Dimensional (meses) Categórica Dimensional Categórica	Formato de datos clínicos y demográficos
<b>Gravedad Sintomática</b>		
Síntomas positivos Síntomas negativos Síntomas cognitivos Síntomas de excitabilidad Síntomas de depresión /ansiedad	Dimensionales	Escala PANSS de 5 factores
<b>Miedo a la Evaluación Negativa</b>		
Miedo a la evaluación negativa	Dimensional	Escala de Miedo a la Evaluación Negativa versión breve (Brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale, BFNE)
<b>Estigma internalizado</b>		
Discriminación Divulgación Aspectos positivos Estigma total	Dimensional Dimensional Dimensional Dimensional	Escala de estigma Internalizado de King

## **11 Escalas de medición**

### ***11.1 Formato de datos clínicos y demográficos***

Se compuso de dos secciones principales, conformadas por **I. Datos sociodemográficos:** edad estado civil, género, ocupación, nivel socioeconómico, escolaridad. **II. Características clínicas:** edad de inicio, tiempo de evolución, antecedente de hospitalizaciones psiquiátricas. Para la aplicación de este formato fue necesario, realizar un interrogatorio dirigido tanto a paciente como familiar (es), que tenían contacto estrecho y mayor conocimiento sobre la evolución de la enfermedad del paciente.

Esta información se obtuvo mediante una evaluación retrospectiva, teniendo como informantes, paciente, familiares y expediente.

### ***11.2 Escala de Síntomas Positivos y Negativos de la Esquizofrenia (PANSS)***

La Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (Positive and Negative Syndrome Scale PANSS) Desarrollada por S.R. Kay, A. Fiszbein y L.A. Opler (1987) y adaptada al español por Peralta está compuesta por 30 reactivos de calificación tipo Likert de 1 (menor gravedad) a 7 (mayor gravedad). (Peralta, y cols, 1994). Es uno de los instrumentos de mayor uso para evaluar la sintomatología en pacientes con esquizofrenia. Se trata de una escala heteroaplicable, misma que se complementa con una entrevista semiestructurada de aproximadamente 45 minutos de duración. Consta de cinco dominios (positivo, negativo cognitivo, ansiedad/ depresión y excitación) en su versión para México (Fresán A y cols, 2005). Este modelo se utiliza tanto en pacientes con enfermedad de larga duración como en pacientes en las fases iniciales. Permitió evaluar la gravedad de la esquizofrenia.

Esta escala fue validada en México mostrando una alta consistencia interna ( $>0.80$ ) y una adecuada validez de constructo y concurrente (Fresan A, y cols, 2005).

### ***11.3 Escala de estigma internalizado de King***

Se trata de una escala auto aplicable, evalúa las experiencias estigmatizantes percibidas por los pacientes. Se compone de 28 reactivos que se evalúan con una escala tipo Likert de cinco puntos que va desde muy de acuerdo hasta muy en desacuerdo, puntuando del 0 al 4, con tres subescalas (discriminación, divulgación, y aspectos positivos de la enfermedad mental). La subescala de discriminación contiene reactivos que se refieren a las reacciones negativas de otras personas, la subescala de divulgación evalúa sobre el temor a manejar información acerca de la enfermedad para evitar la discriminación, la subescala de aspectos positivos de la enfermedad mental determina como los pacientes aceptan su enfermedad y muestra la forma en que se perciben menos afectados por el estigma. (King M. y cols 2007). Esta escala fue validada en México en 2011 y presento alta confiabilidad, con un coeficiente de 0.87, idéntico al de la versión original en inglés. (Flores S, y cols, 2011).

### ***11.4 Escala de Miedo a la Evaluación Negativa versión breve (Brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale, BFNE)***

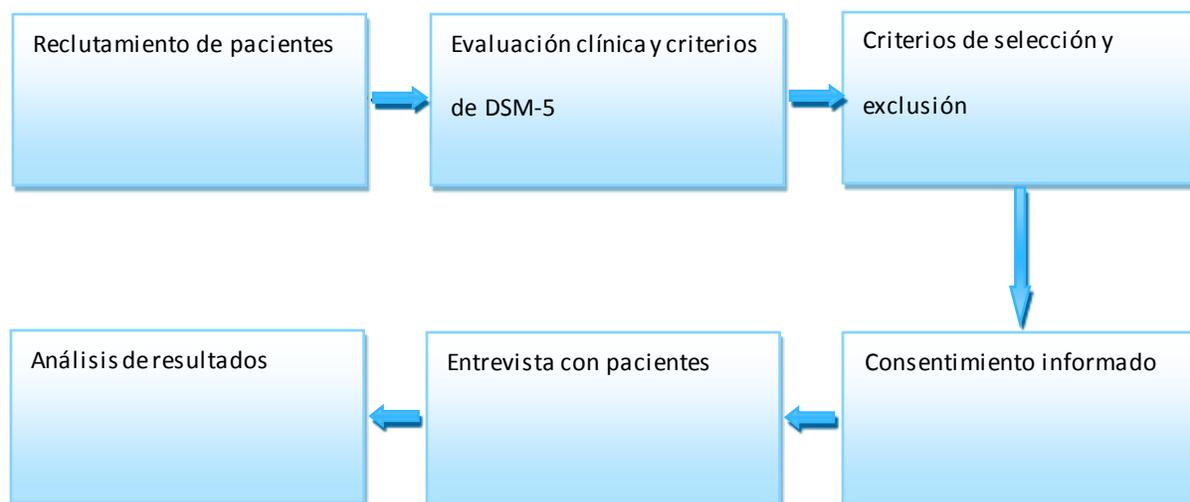
Fue desarrollado por Leary (1983), Esta escala evalúa el aspecto más cognitivo de la ansiedad social y para ello se centra en el temor que la persona experimenta ante la posibilidad de ser juzgado negativamente por parte de los demás. Consiste en doce ítems, con un formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos, cuatro de los cuales se califican de manera inversa (2, 4, 7 y 10) en la que 1 es «nada característico en mí», 2 «ligeramente característico en mí», 3 «moderadamente característico en mí», 4 «muy característico en mí» y 5 «extremadamente característico en mí». (Pitarch, y cols 2007). Mide el grado en el que una persona teme ser

evaluado negativamente por los demás. Esta herramienta es útil para medir el miedo a la evaluación negativa, la cual es una de las características principales de la ansiedad social. Esta escala fue validada para realizarse en población mexicana, mostrando un alfa de Cronbach de 0.92, lo que sustenta su confiabilidad. (Archibaldo M, y cols, 2014).

## 12 Procedimiento de estudio

El estudio se llevó a cabo en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia según el DSM-5 que acudieron a consulta externa en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. A los pacientes que participaron se les explicó en qué consistía el estudio, aquellos que aceptaron participar se valoró que cumplían con los criterios de investigación del estudio.

Se les pidió a los pacientes después de explicar en qué consistía el estudio, firmar la carta de consentimiento informado si estaban de acuerdo y se comenzó mediante una entrevista clínica aplicando las siguientes escalas de medición: PANSS, Escala de estigma internalizado de King, Escala de Miedo a la Evaluación Negativa versión breve.



### **13 Análisis estadístico**

La descripción de las características demográficas y clínicas se realizó con frecuencias y porcentajes por las variables categóricas y con medias y desviaciones estándar para las variables continuas.

Como pruebas de hipótesis, para aquellas variables nominales (sexo, ocupación, estado civil, comorbilidades, antecedente de hospitalizaciones, tipo de antipsicótico se utilizó la *t de Student* para muestras independientes para identificar diferencias entre los grupos conformados por estas variables. Para determinar la asociación entre el estigma internalizado, y el miedo a la evaluación negativa con la variables demográficas y clínicas dimensionales, se utilizó el coeficiente de correlación Pearson. El nivel de significancia estadística se fijó en una  $p \leq 0.05$ .

### **14 Consideraciones éticas**

El estudio se adaptó a los principios científicos y éticos para la investigación en seres humanos de acuerdo con la declaración de Helsinki y fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (Anexo 1)

Todos los pacientes fueron informados de manera verbal sobre los procedimientos que se realizaron en el estudio.

Se les solicitó su consentimiento por escrito (Anexo 2) para que pudieran participar en la investigación. Se les solicitó su aprobación para que se pudieran reportar los resultados. Se les hizo énfasis en la confidencialidad que se tendría con sus datos personales.

El consentimiento informado estuvo constituido por; objetivos de la investigación y justificación, proceso que se llevó a cabo durante la investigación, dar a conocer los riesgos y beneficios de la investigación, libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento dejando de participar en el estudio.

Se otorgó un código numérico para salvaguardar los datos personales de los pacientes que participaron en el trabajo de investigación.

## 15 Cronograma de actividades

Actividad	Julio 2019	Octubre 2019	Enero - diciembre 2020	Enero - marzo 2021	Abril 2021
Entrega de proyecto	<b>X</b>				
Dictamen por el comité de tesis y de ética		<b>X</b>			
Captación de pacientes			<b>X</b>		
Concentración de datos			<b>X</b>		
Análisis de resultados			<b>X</b>	<b>X</b>	
Elaboración de informe final y entrega de proyecto				<b>X</b>	<b>X</b>

## 16 Resultados

### ***16.1 Descripción de las características demográficas y clínicas de la muestra***

Se incluyeron un total de 68 pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia de los cuales el 60.3% (n=41) eran hombres y el 39.7% (n=27) restante, mujeres. La edad promedio de la muestra fue de 39.8 años (D.E.=11.1) con una escolaridad reportada de 14.5 años (D.E.=3.4) equivalente al segundo año de licenciatura. La mayoría de los pacientes incluidos se encontraban sin pareja al momento del estudio (86.8%, n=59) y sin un empleo remunerado (61.8%, n=42). Un elevado porcentaje de los pacientes reportaron tener un bajo nivel socioeconómico (82.4%, n=56).

En cuanto a las características clínicas de la muestra, la media de la edad de inicio del padecimiento fue a los 21.3 años (D.E.=7.0) y el diagnóstico de esquizofrenia fue dado a la edad de 23.6 años (D.E.=6.6), con una duración de psicosis no tratada de 121.2 semanas (D.E.=170.8), equivalente a más de dos años con francos síntomas psicóticos sin tratamiento alguno y el tiempo de evolución global de la patología fue 151.4 meses (141.6), aproximadamente 12.5 años de evolución del padecimiento. El 55.9% (n=38) de los pacientes habían tenido al menos una hospitalización psiquiátrica durante el curso de su padecimiento, con un promedio de 2.1 hospitalizaciones (D.E.=1.7), siendo la primera hospitalización a la edad de 25.9 años (D.E.=9.0).

Todos los pacientes se encontraban bajo tratamiento con antipsicóticos al momento del estudio, 82.4% (n=56) con antipsicóticos atípicos y el 17.6% (n=12) restante, con antipsicóticos típicos.

En la Tabla 1, se muestran los antipsicóticos que se encontraban usando los pacientes al momento del estudio.

Tabla 1. Antipsicóticos empleados al momento del estudio

<i>Antipsicóticos</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Clozapina	16	23.5
Risperidona	14	20.6
Olanzapina	11	16.2
Aripiprazol	9	13.2
Sulpirida	5	7.4
Haloperidol	5	7.4
Quetiapina	3	4.4
Trifluoperazina	3	4.4
Amisulpride	1	1.5
Perfenazina	1	1.5

El 51.5% (n=35) reportaron tener alguna comorbilidad psiquiátrica: 37.1% (n=13 de los que reportaron comorbilidad) depresión mayor, 8.6% (n=3) trastorno de ansiedad generalizada y 44.4% (n=16) dependencia a nicotina. De igual forma el 69.1% (n=47) reportaron tener algún tratamiento adicional al antipsicótico: el 80.9% (n=38) de estos pacientes se encontraban en tratamiento con antidepresivos, el 36.2% (n=17) con ansiolíticos, el 14.9% (n=7) algún modulador y un paciente (2.1%) algún tratamiento corrector de síntomas extrapiramidales.

En cuanto a la gravedad sintomática al momento del estudio, evaluada mediante la PANSS, en la Tabla 2 se muestran los puntajes promedios obtenidos por la muestra.

Tabla 2. Gravedad sintomática al momento del estudio

	<i>Media</i>	<i>D.E.</i>
PANSS positivo	16.6	6.5
PANSS negativo	14.0	7.1
PANSS cognitivo	11.9	6.0
PANSS excitabilidad	5.2	2.4
PANSS depresión/ansiedad	8.1	3.4
PANSS Total	56.0	21.3

### ***16.2 Estigma internalizado y miedo a la evaluación negativa en el total de la muestra***

En la Tabla 3, se muestran las puntuaciones promedio de las subescalas de la Escala de Estigma internalizado de King, así como la puntuación obtenida en la Escala de miedo a la evaluación negativa. Se puede observar que los puntajes entre ambas escalas se asocian y si bien no son altos, presentan en cierta manera estigma internalizado y miedo a la evaluación negativa.

Tabla 3. Estigma internalizado y miedo a la evaluación negativa

	<i>Media</i>	<i>D.E.</i>
<i>Estigma Internalizado</i>		
Discriminación	23.8	11.5
Divulgación	20.9	7.3
Aspectos positivos	8.5	4.1
<i>Miedo a la evaluación negativa</i>		
Total	20.2	12.2

### **16.3 Asociación del estigma internalizado y el miedo a la evaluación negativa con las características demográficas de la muestra**

En la Tabla 4, se muestran las comparaciones de las puntuaciones totales de las dimensiones de la Escala de estigma de King y la puntuación total del Miedo a la evaluación negativa con las principales características demográficas del estudio. Los pacientes con pareja reportaron mayores puntajes de discriminación y mayor estigma en contraste con los pacientes sin pareja.

Tabla 4. Características demográficas, estigma internalizado y miedo a la evaluación negativa

	<i>Sexo</i>				
	<i>Hombre (n=41)</i>		<i>Mujer (n=27)</i>		
Estigma-Discriminación	23.7	11.5	23.9	11.8	t=-0.05, 66 gl, p=0.95
Estigma-Divulgación	20.3	8.4	21.8	5.2	t=-0.8, 66 gl, p=0.40
Estigma-Aspectos positivos	8.5	4.5	8.5	3.5	t=-0.03, 66 gl, p=0.97
Estigma total	52.6	18.6	24.4	14.9	t=-0.40, 66 gl, p=0.68
Miedo evaluación negativa	20.3	11.9	20.1	12.6	t=0.06, 66 gl, p=0.94
	<i>Pareja</i>				
	<i>Sin pareja (n=59)</i>		<i>Con pareja (n=9)</i>		
Estigma-Discriminación	22.2	10.4	33.8	13.8	t=-2.9, 66 gl, p=0.004
Estigma-Divulgación	20.7	7.5	22.1	6.2	t=-0.4, 66 gl, p=0.62
Estigma-Aspectos positivos	8.2	4.1	10.5	3.6	t=-1.5, 66 gl, p=0.12
Estigma total	51.3	16.2	66.6	17.8	t=-2.5, 66 gl, p=0.01
Miedo evaluación negativa	19.7	12.2	23.4	11.4	t=-0.8, 66 gl, p=0.40
	<i>Trabajo</i>				
	<i>Sin trabajo (n=42)</i>		<i>Con trabajo (n=26)</i>		
Estigma-Discriminación	24.2	11.6	23.0	11.6	t=0.4, 66 gl, p=0.67
Estigma-Divulgación	21.6	6.3	19.9	8.7	t=-0.9, 66 gl, p=0.35
Estigma-Aspectos positivos	8.9	3.9	7.9	4.3	t=0.9, 66 gl, p=0.34
Estigma total	54.8	15.9	50.9	18.9	t=0.9, 66 gl, p=0.36
Miedo evaluación negativa	19.8	12.5	20.8	11.7	t=-0.3, 66 gl, p=0.74

\* Los valores se presentan en medias y desviaciones estándar.

En la Tabla 5, se presentan las comparaciones del estigma internalizado y el miedo a la evaluación negativa con las principales variables clínicas empleadas como grupos de comparación. No se observaron diferencias entre los grupos ni en las dimensiones del estigma internalizado ni en el puntaje total del miedo a la evaluación negativa.

Tabla 5. Características clínicas, estigma internalizado y miedo a la evaluación negativa

	<i>Hospitalización psiquiátrica</i>				
	<i>No (n=30)</i>		<i>Si (n=38)</i>		
Estigma-Discriminación	23.9	11.0	23.7	12.1	t=0.04, 66 gl, p=0.96
Estigma-Divulgación	20.4	7.1	21.3	7.5	t=-0.5, 66 gl, p=0.59
Estigma-Aspectos positivos	8.8	4.2	8.3	4.1	t=-0.39, 66 gl, p=0.69
Estigma total	53.1	15.4	53.5	18.5	t=-0.09, 66 gl, p=0.92
Miedo evaluación negativa	20.3	13.1	20.1	11.4	t=0.05, 66 gl, p=0.95
	<i>Comorbilidad psiquiátrica</i>				
	<i>Sin comorbilidad (n=33)</i>		<i>Con comorbilidad (n=35)</i>		
Estigma-Discriminación	22.3	10.0	25.1	12.8	t=-0.9, 66 gl, p=0.32
Estigma-Divulgación	21.2	7.3	20.7	7.4	t=-0.2, 66 gl, p=0.79
Estigma-Aspectos positivos	8.8	4.2	8.2	4.0	t=0.5, 66 gl, p=0.55
Estigma total	52.4	15.4	54.2	18.7	t=-0.4, 66 gl, p=0.68
Miedo evaluación negativa	20.7	12.0	19.7	12.4	t=0.3, 66 gl, p=0.74
	<i>Antipsicótico</i>				
	<i>Típico (n=12)</i>		<i>Atípico (n=56)</i>		
Estigma-Discriminación	23.0	10.6	23.9	11.8	t=-0.2, 66 gl, p=0.80
Estigma-Divulgación	19.3	7.7	21.3	7.2	t=-0.8, 66 gl, p=0.39
Estigma-Aspectos positivos	9.0	4.8	8.4	4.0	t=0.4, 66 gl, p=0.64
Estigma total	51.5	17.5	53.7	17.1	t=-0.4, 66 gl, p=0.68
Miedo evaluación negativa	16.5	12.9	21.0	11.9	t=-1.1, 66 gl, p=0.24

\* Los valores se presentan en medias y desviaciones estándar.

Para la evaluación de las asociaciones de las restantes variables demográficas y clínicas dimensionales, con el estigma internalizado y el miedo a la evaluación negativa se realizaron coeficientes de correlaciones de Pearson (ver Tabla 6). Los pacientes con una menor escolaridad reportan una tendencia a percibir mayor discriminación y tener un mayor estigma internalizado. De forma similar, se observa que aquellos pacientes con una mayor duración de la psicosis no tratada perciben mayor discriminación y estigma internalizado, con una tendencia a un mayor temor a manejar la información relacionada con la enfermedad (divulgación) y mayor temor a la evaluación negativa por otras personas.

Tabla 6. Correlaciones del estigma internalizado, el miedo a la evaluación negativa y variables demográficas y clínicas.

	<i>Escala de Estigma de King</i>				<i>Evaluación Negativa</i>
	<i>Discriminación</i>	<i>Divulgación</i>	<i>Aspectos Positivos</i>	<i>Estigma Total</i>	
<i>Variables Demográficas</i>					
Edad	0.10 0.41	0.05 0.63	0.08 0.47	0.11 0.35	-0.01 0.90
Escolaridad	<b>-0.22 0.06</b>	-0.12 0.31	-0.05 0.63	<b>-0.22 0.07</b>	-0.04 0.74
<i>Variables Clínicas</i>					
Edad inicio	-0.14 0.25	-0.10 0.40	-0.08 0.48	-0.15 0.19	-0.22 0.06
Edad diagnóstico	-0.04 0.71	-0.005 0.97	-0.04 0.73	-0.04 0.72	-0.13 0.27
Tiempo evolución	0.04 0.73	-0.03 0.78	0.04 0.74	0.02 0.84	0.13 0.27
DPNT	<b>0.26 0.02</b>	<b>0.22 0.06</b>	0.14 0.24	<b>0.31 0.01</b>	<b>0.22 0.06</b>
Núm. Hospital	0.07 0.66	-0.10 0.54	0.05 0.76	0.01 0.91	-0.08 0.63
<i>Gravedad Sintomática</i>					
PANSS positivo	0.12 0.31	0.009 0.94	0.002 0.99	0.08 0.47	-0.07 0.53
PANSS negativo	-0.007 0.95	-0.13 0.26	-0.05 0.65	-0.07 0.53	-0.13 0.27
PANSS cognitivo	0.02 0.87	-0.07 0.57	-0.05 0.68	-0.02 0.81	-0.05 0.63
PANSS depresión	0.08 0.49	0.06 0.62	-0.009 0.94	0.08 0.51	-0.13 0.28
PANSS excitabilidad	0.007 0.95	-0.04 0.70	-0.06 0.59	-0.03 0.79	-0.02 0.83
PANSS Total	0.05 0.64	-0.06 0.62	-0.04 0.70	0.001 0.99	-0.10 0.38

\* Datos reportados en el nivel de correlación ( $r$ ) y la significancia obtenida ( $p$ )

Finalmente, al evaluar la asociación entre el estigma internalizado y el miedo a la evaluación negativa se observó que una mayor percepción de discriminación ( $r=0.45$ ,  $p<0.001$ ), mayor temor al manejo de la información de la enfermedad ( $r=0.34$ ,  $p=0.004$ ) y un mayor estigma internalizado ( $r=0.44$ ,  $p<0.001$ ), que se asocian con un mayor miedo a la evaluación negativa en pacientes con esquizofrenia.

## 17 Discusión

El objetivo del presente estudio fue determinar la asociación entre el miedo a la evaluación negativa y el estigma internalizado en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, así como contrastar las características demográficas y clínicas con el estigma internalizado. De igual manera se buscó determinar la asociación entre la gravedad sintomática, con el miedo a la evaluación negativa y el estigma internalizado.

Para iniciar haremos hincapié en que la esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico, que comúnmente se asocia con deficiencias en el funcionamiento social y laboral. Es uno de los trastornos médicos más discapacitantes y catastróficos económicamente, clasificada según la Organización Mundial de la Salud, como una de las diez enfermedades a nivel mundial que contribuyen al gasto por enfermedad. (Murray C, y cols, 1996).

El tratamiento de primera línea para la esquizofrenia son los medicamentos antipsicóticos en este estudio se puede observar que la mayoría de los pacientes se encontraban en tratamiento con antipsicóticos atípicos, siendo el principal, clozapina y confirmando al ser un medicamento costoso las implicaciones económicas que tiene este trastorno.

Consistente con los resultados se observó una asociación entre el estigma internalizado y el miedo a la evaluación negativa. Se observó una correlación lineal directa, donde a mayor percepción de discriminación ( $r=0.45$ ,  $p<0.001$ ) mayor temor al manejo de la información de la enfermedad

( $r=0.34$ ,  $p=0.004$ ). Lo anterior puede ser indicativo que cuando el paciente se siente más vulnerable, señalado y devaluado, evita en lo posible hablar sobre su enfermedad, lo cual pudiera originar un mayor aislamiento en el paciente para evitar enfrentarse a una situación potencialmente incómoda (Loubat, y cols, 2017). Esto nos lleva a plantear la necesidad de conocer la percepción que tiene cada paciente sobre la enfermedad mental que padece, y las repercusiones sociales, físicas y psicológicas que presentan, para de esa manera delimitar con mayor certeza la autocrítica y el estigma que viven en el día a día y determinar estrategias para disminuirlo o eliminarlo. Además, considerando que el miedo a ser señalados y juzgados puede llevar al retraso en la búsqueda de tratamiento especializado o por otro lado, lo suspenden, existe una alta probabilidad de que se genere mayor deterioro y una menor integración a la sociedad, dependiendo en muchas ocasiones económicamente de sus familiares o teniendo ingresos económicos escasos. (López, y cols, 2008). Lo que nos lleva al siguiente punto, la mayoría de nuestros participantes ( $n=42$ ) no tenían un empleo, vivían y dependían económicamente de sus familiares, lo cual se corresponde con lo citado en la Organización Mundial de la Salud, considerando a este padecimiento como una de las 10 enfermedades con mayor repercusión económica.

Se pudo observar también la diferencia en cuanto a los pacientes con pareja ( $n=9$ ) con respecto a los que no la tenían ( $n=59$ ), debido a que reportaron mayores puntajes de discriminación y mayor estigma a diferencia de los pacientes sin pareja, los cuales presentaron menor puntaje de discriminación y estigma. Contrario a lo esperado en términos de un mayor soporte social que disminuya el estigma internalizado, las personas que viven en pareja, parecieran ser víctimas de un estigma mayor debido a que las actitudes sociales hacia las personas con esquizofrenia no son exactamente las mismas que las relacionadas con otros síndromes o trastornos, como la ansiedad o la depresión (López, y cols, 2008), lo cual lleva a estos pacientes a vivir de una manera aislada, tratando en la medida de lo posible de ocultar su diagnóstico evitando de esa manera las críticas y

viviendo con un constante miedo a ser juzgados. Incluso, los pacientes presentan temor a que su familia sea víctima de la sociedad y sea devaluada, rechazada y discriminada a causa de su padecimiento, incrementando así el estigma internalizado y el temor a la evaluación negativa (Phillips, y cols, 2002).

Otro punto a considerar en nuestro estudio fue que los pacientes con una menor escolaridad reportaron una tendencia a percibir mayor discriminación y mayor estigma internalizado, esto debido a que con mayor frecuencia el lugar en donde se desenvuelven no es el ideal. A menudo hay mayor posibilidad de que una persona con enfermedad mental sea excluida de la comunidad, a causa del comportamiento disruptivo que es socialmente visible de manera ocasional. (Chang N, y cols, 2018). Concordando con lo plantea por (Flores R, y cols, 2011). Las personas que menos conocimiento tienen sobre la esquizofrenia tienen a señalar y evitar a personas que la padecen por el miedo infundado y promovido de manera incorrecta haciendo de este modo que los pacientes sean víctimas con mayor frecuencia de estigma. Incluso, una menor escolaridad puede no ser el reflejo de la disfunción que provoca la enfermedad sino parte del estigma internalizado y temor a la evaluación negativa, posiblemente por el abandono temprano de las actividades escolares de las personas afectadas por la enfermedad para evitar ser criticados o discriminados.

En nuestro estudio pudimos observar también que pacientes con una mayor duración de la psicosis no tratada perciben mayor discriminación y estigma internalizado, con una tendencia a un mayor temor a manejar la información relacionada con la enfermedad (divulgación) y mayor temor a la evaluación negativa por otras personas. Esto se puede explicar ya que el estigma a los trastornos mentales persistentes y más graves suele ser mayor, y está relacionado con el tipo de diagnóstico, su duración, el tratamiento y la funcionalidad del individuo. El ser etiquetado como un enfermo mental transforma las creencias de la persona acerca de la devaluación y discriminación de los enfermos mentales en expectativas personales de rechazo, aunado a que suelen avergonzarse de tomar los fármacos que se les prescriben (Flores R, y cols, 2011). Además,

ante la percepción de que algo se está modificando en sus pensamientos, sentimientos y conductas, la persona puede rechazar la búsqueda de tratamiento especializado dado el gran estigma que existe hacia los centros de atención psiquiátricos y los psiquiatras mismos. Los pacientes pueden buscar vías alternativas, e inefectivas finalmente, de tratamiento, generando una mayor cronicidad del padecimiento, hasta que llegan a atención especializada con un cuadro más grave que el presentado inicialmente. Así, podemos pensar que el estigma internalizado no solo surge desde el momento en que se presenta la enfermedad sino a partir de creencias y temores preconcebidos sobre todo lo relacionado con la enfermedad mental.

Para finalizar se pudo encontrar también, que un mayor estigma internalizado ( $r=0.44$ ,  $p<0.001$ ) se asocian con un mayor miedo a la evaluación negativa en pacientes con esquizofrenia. Esto se puede explicar ya que el paciente se siente culpable por padecer la enfermedad, aunado a que la sociedad lo encuentra peligroso y le teme, esto debido a la gran desinformación que hay con respecto a la esquizofrenia, provocando en el paciente miedo intenso a ser juzgado, señalado, devaluado. (Loubat, y cols, 2017). Podemos ver que ambos constructos tienen una importante relación y ambos, pueden impactar de forma negativa, no solo el curso y tratamiento de la enfermedad, sino la calidad de vida de la persona que la padece.

## **18 Limitaciones**

Dentro de las limitaciones que presenta nuestro estudio, es que se trata de un estudio transversal, lo que nos impidió evaluar en el tiempo la forma en que el miedo a la evaluación negativa y el estigma afectan a las personas con esquizofrenia y si éstos, como se mencionó previamente tienen un impacto directo sobre el curso y tratamiento de la enfermedad. Adicionalmente, el presente estudio no incluyó una evaluación del entorno social del paciente, el cual es la fuente inicial de estigma hacia la enfermedad y que mucha relación pudiera tener con el estigma internalizado y miedo a la evaluación negativa que afecte posteriormente a la persona afectada con

esquizofrenia. Así, se sugiere la realización de estudios longitudinales, de ser posible en pacientes con su primer episodio psicótico, considerando las trayectorias en la búsqueda de atención especializada que siguieron antes de acudir a un centro especializado de atención. Esto podría ser útil para la identificación de las fuentes de estigma, la forma en la que el estigma se internaliza y como se promueve el miedo a la evaluación negativa en estos pacientes. Lo anterior con la finalidad de crear estrategias de intervención encaminadas a estas áreas, para evitar que afecten no solo el curso del padecimiento, sino la calidad de vida de la persona.

Aun cuando los instrumentos empleados para la evaluación del estigma internalizado y el miedo a la evaluación negativa, es importante considerar que pudiera existir un sesgo en la evaluación que brindan los pacientes, en primer lugar, por la forma en la que se perciben a sí mismos, e incluso, por la deseabilidad social que pudiera existir al momento de contestar estos instrumentos.

## **19 Fortalezas**

Una de las fortalezas que se pudieron observar en nuestro estudio, es que al identificar que el miedo a la evaluación negativa está en amplia relación con el estigma internalizado, da oportunidad a la creación de programas psicoeducativos, que incluyan familiares para concientizar sobre el trastorno y de esa manera mejorar la reinserción social de los pacientes.

## **20 Conclusiones**

- Existe una importante relación entre el estigma internalizado y el miedo a la evaluación negativa en pacientes con esquizofrenia. La autopercepción negativa puede conllevar a un mayor aislamiento por parte del paciente para evitar el ser juzgados, etiquetados o rechazados (miedo a la evaluación negativa), promoviendo así, conductas poco constructivas para la mejora del padecimiento, entre las que destacan el aislamiento, el

abandono escolar y laboral, el rechazo al establecimiento de relaciones interpersonales, entre otros. Sabemos que muchas de estas conductas pueden ser producto de los síntomas de la enfermedad, pero pueden verse potenciadas por el estigma internalizado y el miedo a la evaluación negativa, ambos aspectos importantes de evaluar y tratar.

- La esquizofrenia no solo es una enfermedad altamente estigmatizada por la gente, es un padecimiento que aquellos que la viven también estigmatizan. La promoción de psicoeducación tanto al paciente como a los familiares ha sido uno de los pilares en el tratamiento de este padecimiento y que promueve la reducción tanto del estigma como del miedo a la evaluación negativa. Sin embargo, la educación en salud mental debe ir más allá de estas personas; debe promoverse información sobre salud mental en el público general, con campañas de información, en las escuelas (tanto a alumnos, como maestros y padres) como parte de la curricula escolar. El normalizar el hablar sobre salud mental podría promover una mayor apertura por parte de las personas que padecen de esquizofrenia para hablar de su padecimiento, disminuir el estigma e incluso pudiera promover una detección y tratamiento más tempranos del padecimiento.

## 21 Referencias bibliográficas:

1. Arredondo A, Díaz L, Cabello H, Arredondo P, Recaman A. (2018). Análisis de costos de atención médica para esquizofrenia y depresión en México para el periodo 2005-2013. Casos y costos en salud mental en México. *Cadernos de Saúde Pública* 34:1.
2. Autonell J, Ballús-Creus C, Busquets E. (2001). Estigma de la esquizofrenia: factores implicados en su producción y métodos de intervención. *Aula Médica Psiquiatría*. 1: 53-58.
3. Bravo M, González F, Castillo A, y Padrós F. (2015). Escala de miedo a la evaluación negativa versión breve (BFNE): propiedades psicométricas en muestras clínicas y de universitarios en México. *Acta Colombiana de Psicología*, 18(1): 69-77.
4. Çapar M, Kavak F. (2019). Effect of internalized stigma on functional recovery in patients with schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*. 55:103-111.
5. Chang N, Ribot V, Pérez V. (2018). Influencia del estigma social en la rehabilitación y reinserción social de personas esquizofrénicas. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 17(5):705-719.
6. Chuang S, Wu J, y Wang C. (2019). Self-perception of mental illness, and subjective and objective cognitive functioning in people with schizophrenia. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 15: 967–976.
7. Feinstein A. (1985). *Clinical epidemiology. The architecture of clinical research*. Second edition. W. B. Saunders Company. EUA.
8. Firmin R, Luther L, Salyers M, Buck K, Lysaker P. (2017). Self-initiated helping behaviors and recovery in severe mental illness: Implications for work, volunteerism, and peer support. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*. 54(1):50-54.

9. Flores Reynoso, S., Medina Dávalos, R., & Robles García, R. (2011). Estudio de traducción al español y evaluación psicométrica de una escala para medir el estigma internalizado en pacientes con trastornos mentales graves. *Salud mental*, 34(4), 33-339.
10. Flores S, Medina R, Robles R. (2011). Estudio de traducción al español y evaluación psicométrica de una escala para medir el estigma internalizado en pacientes con trastornos mentales graves. *Salud Mental*. 34: 4, 333-339.
11. Fresán A, Apiquian R, Ulloa R, Lozaga C, Nicolini H. (2003). Funcionamiento premórbido por género y su relación con la DPNT en el primer episodio psicótico. *Actas Españolas de Psiquiatría*. (2): 53-58.
12. Fresan A, De la Fuente-Sandoval C, Lozaga C, García-Anaya M, Meyenberg N, Nicolini H, et al. (2005). A forced five-dimensional factor análisis and concurrent validity of the Positive and Negative Syndrome Scale in Mexican schizophrenic patients. *Schizophrenia Research*. 72(2-3):123-9.
13. Hany M, Rehman B, Chapman J. *Schizophrenia*. (2019). Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
14. Hofer A, Frajo-Apor B, Kemmler G, Pardeller S, Wartelsteiner F, Fleischhacker W. (2019). Premorbid social functioning and depressive symptoms predict internalized stigma in stable schizophrenia. *European Neuropsychopharmacology*. 29: S130-S131.
15. Kay S, Fiszbein A, Opler L. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 13(2):261-76.
16. King M, Dinos S, Shaw J, Watson R, Stevens S, Pasetti F, Weich S, Serfaty M. (2007). The Stigma Scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 190:248-54.

17. Lappin J, Morgan K, Morgan C, et al. (2007). Duration of untreated psychosis and neuropsychological function in first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 95(1-3):103-110.
18. Link B, Phelan J. (2006). Stigma and its public health implications. *The Lancet*. 367: 528-529.
19. Loch A. (2019). Schizophrenia, Not a Psychotic Disorder: Bleuler Revisited. *Frontiers in Psychiatry*. 10: 328.
20. López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 48-83.
21. Loubat, M., Lobos, R., & Carrasco, N. (2017). ESTIGMATIZACIÓN DE LA PERSONA CON ESQUIZOFRENIA Y CONSECUENCIAS PARA EL PROCESO DE REHABILITACIÓN. LÍMITE *Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 12(39).
22. Mazeh D, Aizenberg D. (2005). Patients with very-late-onset schizophrenia-like psychosis: A follow-up study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 13:417-419.
23. McEnery C, Lim H, Tremain H, et al. (2019). Prevalence rate of social anxiety disorder in individuals with a psychotic disorder: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*. 208:25-33.
24. Medina-Mora M, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Bautista C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J, Casanova L, Aguilar S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*. 26(4), 1-16.

25. Murray C, López A. (1996). The Global Burden of Disease. Summary. USA. ISBN:0-9655466-0-8.
26. Ochoa S, Martínez F, Rivas M, et al. (2011). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 31 (111), 477-489.
27. Osorio F. (2013). Asociación entre la gravedad de los síntomas psicóticos con el autoestigma y el miedo a la evaluación negativa en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide crónica. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
28. Paredes H, Jiménez G y Vázquez M. (2012). Medición del estigma internalizado y su relación con la adaptación social en pacientes psiquiátricos. *Vertientes Revista Especializada en Ciencias de la Salud*. 15(2):88-92.
29. Peralta, V., y Cuesta, M. J. (1994). Psychometric properties of the positive and negative syndrome scale (PANSS) in schizophrenia. *Psychiatry research*, 53(1), 31-40.
30. Phillips, M. R., Pearson, V., Li, F., Xu, M., & Yang, L. (2002). Stigma and expressed emotion: a study of people with schizophrenia and their family members in China. *The British Journal of Psychiatry*, 181(6), 488-493.
31. Pitarch, M. J. G., Arbona, C. B., Castellano, S. Q., Rivera, R. M. B., & Palacios, A. G. (2007). Propiedades psicométricas de la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa versión breve (BFNE) en muestra clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(3), 163-176.
32. Rüsç N. (2006). El estigma de la enfermedad mental: Conceptos, consecuencias e iniciativas para reducirlo. *European Psychiatry*. 13: 165-167.
33. Saracco R, Fresan A, Loizaga C, López R, Rodríguez R, Morales N, Hamid E. (2009). Guía práctica clínica diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia en el primer y segundo nivel de atención. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. México.

34. Townsend L, Norman R, Malla A, et al. (2002). Changes in cognitive functioning following comprehensive treatment for first episode patients with schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatry Research*. 113(1-2):69-81.
35. Watson D, Fried R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. (4):448-57.

## 22 Bibliografía

1. American Psychiatric Association. (2006). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition*. Arlington, VA.
2. Sadock B, Ahmad S, Sadock V. (2018). *Kaplan y Sadock. Manual de bolsillo de psiquiatría clínica. Sexta edición*. Wolters Kluwer. Philadelphia. EUA.
3. Stahl S. (2013). *Psicofarmacología esencial de Stahl bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas. Cuarta edición*. Aula médica formación en salud. EUA. ISBN 978-84-7885-576-6.
4. World Health Organization. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*.
5. World Medical Association. (2015). *Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects*. *Journal of American Medical Association*. 20(310):2191-4.

## 23 Anexos

### 22.1 Aprobación de comité de ética



*Fecha y Número de Aprobación:*  
Ciudad de México a 21 de octubre de 2019.  
CEI/C/061/2019

Dra. Guadalupe Ingrid Barreal Cortez  
Investigador Principal  
Presente

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

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

Atentamente,



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

ANEXOS

La presente aprobación no exime de la dictaminación del proyecto del Comité de Investigación.  
C.c.p. Dra. Mónica Flores Ramos, Directora de Enseñanza y Presidente del Comité de Tesis.-Presente  
Dr. Gerardo B. Ramírez Rodríguez, Secretario Técnico del Comité de Investigación.-Presente.  
C.P. Alejandra Tafolla Valdovinos, Responsable de la Unidad Contable de Recursos de Terceros.-Presente.

## 22.2 Carta de consentimiento informado

### Carta de consentimiento informado para participantes

#### **“Miedo a la evaluación negativa y estigma internalizado en pacientes con Esquizofrenia”**

Se le hace la invitación para participar en un estudio el cual tiene por nombre: Miedo a la evaluación negativa y estigma internalizado en pacientes con Esquizofrenia, el cual se llevará a cabo en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Lea cuidadosamente la siguiente información, se le aclarará cualquier duda que tenga.

#### Objetivo del estudio:

El objetivo del estudio es determinar cómo se relaciona el miedo a la evaluación negativa (aprehensión y ansiedad experimentados por una persona ante la preocupación por ser juzgados de forma negativa por otros) y el estigma internalizado (cómo vive su condición al tener el diagnóstico de esquizofrenia) en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. El estudio se llevará a cabo mediante una entrevista breve con una profesional de salud, el cual aplicará dos cuestionarios para evaluar datos generales y características del padecimiento. Posteriormente se contestarán dos cuestionarios más, uno para evaluar experiencias relacionadas con el estigma y el segundo, sobre el miedo a la evaluación negativa.

#### Procedimiento:

Si decide participar en el estudio, se llevará a cabo una entrevista con una profesional de salud, la cual hará preguntas sobre algunos datos generales como la edad, el género, la ocupación, escolaridad, etc. así como aspectos clínicos de la enfermedad. El segundo cuestionario valorará los síntomas de la enfermedad que pudiera estar presentando en la actualidad. El tercer cuestionario, evalúa las experiencias que haya tenido sobre el padecimiento (estigma internalizado) y el último cuestionario evalúa el miedo a la evaluación negativa. En caso de que acepte participar, se aplicarán los cuestionarios con la finalidad de estudiar las características mencionadas con anterioridad, lo cual tomará alrededor de 60 minutos.

1. **Tanto la entrevista como la aplicación de los cuestionarios no tendrán costo económico.**
2. Si decide participar en el estudio, la duración promedio de su colaboración será de aproximadamente 60 minutos.
3. Se resolverá cualquier duda o aclaración acerca del procedimiento, los beneficios, los riesgos y asuntos relacionados con el trabajo de investigación.
4. En caso de ya no querer participar, puede dejar de colaborar en el estudio en el momento en el que nos lo indique, sin que esto afecte su atención en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

#### Confidencialidad:

Los datos que se obtengan en el estudio serán totalmente confidenciales, no se utilizarán los nombres de los participantes, ya que se asignarán códigos numéricos a cada uno. **Códigos cuya**

**única finalidad es la de llevar un orden numérico de seguimiento de todas las evaluaciones que se realicen a lo largo del estudio.** Su nombre no aparecerá en ninguna publicación y solo los investigadores que participan en el estudio podrán tener acceso a la información de los cuestionarios que se realicen.

Ventajas:

1. Las evaluaciones que se realizarán permitirán conocer como el miedo a la evaluación negativa y el estigma internalizado se relacionan, para en un futuro, poder crear intervenciones para disminuir su impacto en la persona que padece esquizofrenia.
2. Como beneficio directo se entregará un folleto que contiene información sobre esquizofrenia, miedo a la evaluación negativa y estigma internalizado. De manera indirecta, usted ayudará al resto de pacientes que pertenecen a la clínica a mejorar el abordaje terapéutico que brindamos.

Riesgos:

1. Esta investigación tiene un riesgo mínimo, ya que se aplicarán 3 escalas que pueden originarle algún malestar emocional. Si sucediera lo antes mencionado, se llevará a cabo contención verbal hasta que el malestar remita.

Si requiere información adicional o tiene dudas con respecto del estudio, se podrá comunicar con la Dra. Guadalupe Ingrid Barreal Cortez en el consultorio 3 del 5° piso de la torre de consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, ubicado en la calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la delegación Tlalpan. Al teléfono 4160 5277 de las 08:30 a las 17:00 horas.

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído y comprendido la carta de consentimiento informado, así como el objetivo de estudio. He hablado directamente con la responsable del trabajo de investigación y ha resuelto mis dudas en términos que comprendí.

#### **ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN**

Entiendo que puedo retirar mi participación en cualquier momento y que esto no conlleve consecuencias en mi relación con el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, mi identidad no será revelada en ningún resultado o publicación. Recibí copia de la carta de consentimiento informado.

---

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

---

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

---

---

Nombre del Testigo 2	Firma	Fecha
----------------------	-------	-------

---

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

## 22.3 Certificado de buena práctica clínica

