



Facultad de Medicina



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA,
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**

**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.**

QUE PARA OBTENER EL GRADO EN LA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

FRANCISCO MARGARITO OSORIO GARZA

ASESORES

**DRA. ANA FRESAN ORELLANA
DR. RICARDO ARTURO SARACCO ALVAREZ**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TABLA DE CONTENIDO

Agradecimientos.	4
Resumen.	5
Abstract.	7
Introducción.	9
Capítulo 1.	
1.1. Generalidades de la esquizofrenia	11
1.2. Definición de estigma	13
1.2.1. Estigma internalizado y externalizado	14
1.2.2. Estigma internalizado y su asociación con la esquizofrenia	15
1.3. Miedo a la evaluación negativa	15
1.4. Esquizofrenia y comorbilidad con fobia social	16
Capítulo 2	
2.1. Pregunta de investigación	19
2.2. Justificación	19
2.3. Objetivos	20
2.3.1. Objetivo general	20
2.3.2. Objetivos específicos	20
2.4. Hipótesis	21
2.4.1. Hipótesis general	21
2.4.2. Hipótesis específicas	21
Capítulo 3	
3.1. Material y métodos.	23
3.2. Población en estudio y tamaño de la muestra	23
3.3. Criterios de participación	23
3.3.1. Criterios de inclusión	23
3.3.2. Criterios de exclusión	24
3.3.3. Criterios de eliminación	24
3.4. Variables en estudio	24
3.4.1. Variables ordinales	24
3.4.2. Variables categóricas	26
3.4.3. Variables dimensionales	26
3.5. Escalas e instrumentos de medición	27
3.5.1. Formato de datos sociodemográfico	27
3.5.2. Escala de síndromes positivos y negativos para la esquizofrenia	27
3.5.3. Escala de Estigma de King y cols	29
3.5.4. Breve escala de evaluación negativa revisada	30
3.6. Recolección de datos.	30
3.6.1. Procedimiento	31
3.6.2. Flujograma	32
3.6.3. Cronograma	32

Capítulo 4

4.1. Análisis estadístico	33
---------------------------	----

Capítulo 5

5.1. Implicaciones éticas	34
---------------------------	----

Capítulo 6

6.1. Resultados	35
6.1.1. Características demográficas y clínicas del padecimiento	35
6.1.2. Estigma internalizado y miedo a la evaluación negativa	37
6.1.3. Características demográficas y clínicas por género.	37
6.1.4. Gravedad de los síntomas.	38
6.1.5. Asociación entre autoestigma y gravedad de síntomas	40
6.1.6. Asociación entre miedo a evaluación negativa y gravedad de síntomas.	41
6.1.7. Asociación entre estigma internalizado y miedo a evaluación negativa.	44

Capítulo 7

7.1. Discusión.	45
7.2. Limitaciones y Fortalezas.	51
7.3. Conclusiones.	52
7.4. Bibliografía.	54

Capítulo 8

8.1. Anexos	60
8.1.1. Carta de consentimiento.	

- Agradecimientos.

Quiero agradecer en estas líneas a todas las personas que directa e indirectamente contribuyeron con la realización de este trabajo. Me gustaría agradecer particularmente a la Dra. Ana Fresan y al Dr. Ricardo Saracco por su apoyo, disposición y paciencia a lo largo de la realización de este trabajo, sin mencionar la invaluable orientación y enseñanza recibida por ellos.

También quiero agradecer a mi familia por su incondicional apoyo y cariño el cual empezó desde mucho antes que esta tesis pero sin el cual seguramente este trabajo y la conclusión de esta especialidad hubiesen sido menos gratos.

Finalmente, quiero agradecer a todos mis maestros del instituto, de quienes aprendí en los últimos años sobre la profesión a la pienso dedicar el resto de mi vida.

- Resumen.

Introducción. El termino auto-estigma hace referencia al proceso por el que el individuo con una enfermedad mental aplica a si mismo los estereotipos negativos predisponiéndose a ser rechazado por otros. El autoestigma en la esquizofrenia ha sido asociado a síntomas psicóticos pero principalmente al subconjunto de los síntomas negativos sin que se haya sido investigado a profundidad en el resto de los subconjuntos. Los síntomas ansiosos en la esquizofrenia han sido tradicionalmente asociados al diagnóstico principal y en general se les había brindado poca importancia; sin embargo de un tiempo a la fecha se ha observado que el trastorno por ansiedad social, en particular la característica de miedo a la evaluación negativa, es una comorbilidad frecuente en estos pacientes comenzando a evaluarse como una condición paralela. El interés de estudiar la relación entre esquizofrenia y el miedo a la evaluación negativa se origina de la duda científica de si esta característica es independiente de los síntomas psicóticos o si pudiera ser el sustrato o el producto de los síntomas psicóticos.

Objetivo. Determinar la asociación entre el estigma internalizado y el miedo a la evaluación negativa con la gravedad de los síntomas psicóticos en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide crónica.

Métodos. Se incluyó un total de 103 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide crónica a los que se les aplico una batera de escalas consistentes es: una escala de síndromes positivos y negativos (PANSS), una escala de estigma internalizado de King (EES) y una escala breve de miedo a la evaluación negativa (BFNEMX-II).

Resultados. Dentro de las características demográficas no se encontraron hallazgos diferentes a los reportados por otras investigaciones. Nuestros pacientes fueron evaluados en una etapa de estabilidad según lo pudimos concluir por sus resultados en la

escala PANSS. No existió asociación lineal entre el estigma internalizado y la gravedad de los síntomas psicóticos. No existió asociación lineal entre el estigma internalizado y la gravedad de los síntomas positivos, sin embargo, sí se encontró asociación con la gravedad de los síntomas negativos. Con respecto a la relación del estigma internalizado y el miedo a la evaluación negativa, se observó una asociación inversa: a mayor estigma internalizado, menor es el miedo a la evaluación negativa.

Conclusiones. Los presentes resultados indican que la gravedad de la sintomatología psicótica en general no guarda relación con el estigma internalizado o con el miedo a la evaluación negativa. Sin embargo, como ha sido reportado en otros estudios, el miedo a la evaluación negativa sí mostró relación específicamente con la sintomatología negativa y los síntomas de depresión/ansiedad. Aparentemente, la ansiedad social y el estigma internalizado, no están relacionadas con la gravedad de los síntomas psicóticos, lo que nos permite especular que estos fenómenos son independientes y que la presencia de unos no condiciona a la gravedad en los otros. Un resultado interesante que fue la asociación inversa entre el miedo a la evaluación negativa y el estigma internalizado, que sugeriría que a mayor auto estigma existe un menor miedo a la evaluación negativa.

Palabras Claves: Esquizofrenia paranoide crónica, miedo a la evaluación negativa, estigma internalizado.

- Abstract.

Introduction. The term self-stigma refers to the process by which the people with mental illness apply himself negative stereotypes, predisposing of being rejected by others. Self-stigma in schizophrenia has been associated with psychotic symptoms, but mainly to the subset of negative symptoms without having been investigated in depth in the other subsets. Anxiety symptoms in schizophrenia have been traditionally associated with the primary diagnosis, and in general had been provided little importance, but a time to date has been observed social anxiety disorder, in particular the characteristic fear of negative, it is a common comorbidity in these patients beginning to be evaluated as a parallel condition. The interest in studying the relationship between schizophrenia and fear of negative evaluation originates from scientific doubt if this feature is independent of psychotic symptoms or could be the substrate or product of psychotic symptoms.

Objective. To determine the association between internalized stigma and fear of negative evaluation with the severity of psychotic symptoms in patients diagnosed with chronic paranoid schizophrenia.

Methods. We included a total of 103 patients diagnosed with chronic paranoid schizophrenia which we applied a battery of scales is consistent: a scale of Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), a scale of internalized stigma King (EES) and a short scale of fear of negative evaluation (BFNEMX-II).

Results. Among the demographic characteristics were not found different findings to those reported by other research. Our patients were evaluated in a phase of stability as we could conclude from their results on the PANSS. There was no linear association between internalized stigma and severity of psychotic symptoms There was no linear association between internalized stigma and severity of positive symptoms however if no association

with the severity of negative symptoms. With regard to the relationship between internalized stigma and fear of negative evaluation was observed an inverse association between lower internalized stigma is fear of negative evaluation.

Conclusions. The present results indicate that the severity of psychotic symptoms is in a general view unrelated to internalized stigma or fear of negative evaluation. However, as has been reported in other studies, fear of negative evaluation did show specifically regarding negative symptoms and symptoms of depression / anxiety. Apparently social anxiety and internalized stigma, not related to the severity of psychotic symptoms allowing us to speculate that these phenomena are independent and that the presence of a non-gravity condition them to others. An interesting finding was the inverse association between fear of negative evaluation and internalized stigma would suggest that greater self stigma there is less fear of negative evaluation.

Keywords: chronic paranoid schizophrenia, fear of negative evaluation, internalized stigma.

- Introducción.

La esquizofrenia es considerada un trastorno complejo y discapacitante, que afecta el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta en general. Se sitúa entre las 10 principales causas de discapacidad a largo plazo, y es la que genera mayor disfunción y demanda de atención entre los desordenes psiquiátricos. Afecta aproximadamente al 0.5 a 1% de la población y sus tasas de prevalencia son semejantes entre los diferentes países, géneros, estratos sociales y grupos culturales. La enfermedad se desarrolla aproximadamente entre los 16 y 30 años y persiste a lo largo de la vida del paciente, lo que se traduce en una enfermedad de jóvenes, que afecta a la parte medular del sector productivo de la sociedad.

Los pacientes con esquizofrenia a menudo se ven afectados por el proceso de estigmatización, el cual está ampliamente distribuido entre la sociedad y que se debe, en gran medida, a la sobre generalización que se tiene acerca de la peligrosidad de estos individuos. Las personas con esquizofrenia que están bajo la influencia del estigma público, pueden llegar a aceptar el estigma en contra de ellos como legítimo llegando a interiorizarlo e internalizarlo. La auto-estigmatización es considerada como la auto-desacreditación de las personas a través de la internalización de los estereotipos negativos hacia ellos o hacia su grupo social, así mismo constituye un barrera, entre las personas con esta enfermedad, para la adecuada adherencia al tratamiento y por ende para la favorable evolución del padecimiento.

El miedo a la evaluación negativa es un constructo cuyos efectos se han estudiado poco entre los pacientes con esquizofrenia, sin embargo si ha sido ampliamente estudiado entre los trastornos de ansiedad, llegando a ser aceptado como la característica central

de la ansiedad social desde la perspectiva de las teorías cognitivo conductuales. El miedo a la evaluación negativa puede ser definido como la aprensión o el temor a ser juzgado o criticado por los demás y que desencadena una ansiedad excesiva e irracional asociada principalmente con la exposición a situaciones sociales. Entre las consecuencias asociadas a este fenómeno están el bajo rendimiento en actividades que impliquen la exposición a situaciones de este tipo y el retraimiento o evitación de actividades que demanden el hablar en público o ser el centro de la atención de terceras personas.

Estudios en psiquiatría han revelado que la presencia del estigma internalizado entre los pacientes con esquizofrenia favorece una serie de efectos negativos tales como el retraso en la búsqueda de la atención, el aislamiento social y la baja adherencia terapéutica lo que repercute en la gravedad de la sintomatología psiquiátrica. Por otro lado, se ha estudiado e hipotetizado que el miedo a la evaluación negativa guarda relación con la aparición y mantenimiento de la aversión a las interacciones sociales y la sensibilidad a la crítica lo que podría exacerbar la gravedad de los síntomas psicóticos. Sin embargo existen pocos estudios que asocien ambos factores con la gravedad de los síntomas psicóticos.

Capítulo 1.

1.1. Generalidades de la Esquizofrenia.

Aunque la esquizofrenia fue ampliamente estudiada y descrita como una enfermedad durante el siglo pasado, su etiología aun permanece indefinida. Desde su identificación y etiquetado como demencia precoz en 1919 por Kraepelin y posteriormente como esquizofrenia por Eugen Bleuler en 1911, su definición y perspectiva ha variado ¹. Se ha sugerido que las cambiantes definiciones de la esquizofrenia impiden la investigación en el sentido de que los investigadores se mantienen persiguiendo a un objetivo en movimiento. Por otro lado, se ha argumentado que sólo una mejor comprensión de lo que es la esquizofrenia puede llevar a definirla y entenderla con mayor precisión. La esquizofrenia es considerada como una enfermedad crónica con frecuentes recaídas y remisiones incompletas lo que impacta directamente en el ámbito social reflejado en tasas reducidas de empleo e independencia económica, así como en el incremento en la probabilidad de encarcelamiento y/o situación de calle ^{2,3}.

Aunque aún no existe un consenso sobre los criterios esenciales que se deben cumplir para hacer el diagnóstico definitivo de esquizofrenia, si existe un amplio acuerdo acerca de las características clínicas generales del síndrome. La esquizofrenia se diagnostica generalmente en base a la presencia de síntomas positivos en conjunción con el deterioro del funcionamiento social, en ausencia de otra causa o motivo que explique mejor la presencia de los síntomas psicóticos. Existe una significativa heterogeneidad en la neurobiología, las manifestaciones clínicas, el curso, el tratamiento y la respuesta entre los pacientes. La esquizofrenia está caracterizada por una mezcla de síntomas positivos, negativos, desorganización cognitiva y alteraciones psicomotrices, así como alteraciones

en el estado de ánimo. La gravedad de los diferentes síntomas varía entre pacientes, y a través del curso de la enfermedad ⁴.

Los síntomas positivos implican la disminución en la capacidad para la prueba de realidad e incluyen la presencia de ideas delirantes, alucinaciones y otras distorsiones de la realidad. Pueden aparecer diferentes tipos de ideas delirantes, las cuales pueden variar en cuanto al grado de persistencia y sistematización de las mismas e influir en el grado de funcionalidad del individuo. Las ideas delirantes que más frecuentemente se presentan son las de carácter persecutorio o de referencia. Así mismo, las alucinaciones pueden ocurrir en cualquiera de las cinco modalidades sensoriales, aunque las alucinaciones auditivas son las que más frecuentemente aparecen en esta enfermedad y consisten generalmente en voces amenazantes o acusatorias. La distorsión de la realidad marca el inicio formal de la enfermedad, con la presencia de síntomas positivos generalmente durante la adolescencia o la adultez temprana ⁴.

Los síntomas de ansiedad han sido descritos como una característica central de la esquizofrenia, sin embargo esta manifestación es considerada como una comorbilidad más que como un síntoma satelital propio de la enfermedad, a pesar de que esta manifestación es un síntoma prominente en etapas tempranas de la enfermedad. Los trastornos de ansiedad más frecuentemente asociados como comorbilidad en la esquizofrenia incluyen: la fobia social, el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos de angustia ⁵.

1.2. Definición del Estigma

La palabra estigma viene del griego “stigma” que significa mancha. Los griegos crearon el término para referirse a signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el status moral de quien los presentaba. El término ha adquirido diferentes connotaciones a lo largo de la historia, desde hacer alusión a las llagas o marcas de Jesucristo, hasta posteriormente ser utilizado en un sentido metafórico para designar marcas, desgracias, vergüenza o infortunios en las personas ⁶. Desde un enfoque sociológico, más reciente y relacionado al contexto social actual, el estigma se define como la marca o etiqueta social utilizada para identificar a una persona o dotarle de atributos, conceptos y/o características negativas ⁷.

La estigmatización ha sido un proceso que ha evolucionado paralelamente a los cambios en la historia de la humanidad. Se ha considerado que en un inicio el estigma formaba parte de mecanismos inherentes de la especie humana para lograr la supervivencia al discriminar o guardarse de posibles amenazas para el grupo. A lo largo de la historia han existido diferentes grupos víctimas de la estigmatización, tal es el caso de los griegos que aniquilaban a los niños que nacían con malformaciones, y posteriormente el estigma que se generó hacía las personas que padecieron alguna de las diferentes epidemias que se han registrado a lo largo de la historia: lepra, peste negra, sífilis, tuberculosis y recientemente el VIH. Algo característico en el proceso y la evolución de la estigmatización de estos padecimientos, es que conforme se avanzó en el estudio y conocimiento de estas nosologías el estigma se atenuó en parte a la mayor conciencia, aceptación e información del público en general. Sin embargo, una condición que ha sido estigmatizada desde siempre y cuyo estigma no se atenúa aun a pesar de los avances medico-biológicos y de las explicaciones psicosociales es la enfermedad mental ⁸.

Desde la perspectiva de la salud mental se podría concluir que el estigma es aquella actitud perjudicial hacia los individuos que padecen alguna enfermedad mental y que resulta en prácticas discriminatorias, inequidades sociales y desventajas para aquellos que las padecen.

1.2.1. Estigma Internalizado y Externalizado.

Varios autores han estudiado el estigma asociado a los trastornos mentales proponiendo explicaciones sobre su estructura, componentes y funcionamiento ^{9,10,11}. Corrigan y Watson (2002) propusieron la distinción entre dos tipos de estigma: el estigma público o externalizado y el estigma internalizado. El estigma público es entendido como la reacción que se genera en la población hacia los trastornos mentales y el estigma internalizado se define como la autodesacreditación de los individuos, a través de la internalización de estereotipos negativos hacia ellos o hacía su grupo social ¹².

La concepción del estigma surge de la combinación de tres problemas principales; los estereotipos que se crean en torno a la enfermedad mental en general o hacía los enfermos mentales en particular, las actitudes negativas o prejuicios dirigidos hacia estos individuos, y la discriminación o conductas excluyentes resultantes en que se ven involucradas las personas con alguna enfermedad mental. Un factor importante en la concepción del estigma es la desinformación o ignorancia ya que funge como un factor contribuyente en la generación de este constructo, puesto que la desinformación o la mala información en torno a los trastornos mentales fortalece las falsas creencias y perpetúa este círculo vicioso en todos los niveles de las relaciones sociales incluyendo las relaciones entre pacientes y profesionales de la salud ^{13, 14}.

La internalización del estigma ocurre cuando los individuos aceptan como verdaderos los estereotipos negativos y posteriormente adquieren y aceptan creencias auto-prejuiciosas y auto-discriminatorias. Se considera que en el proceso de internalización del estigma intervienen tres mecanismos; en primer lugar los individuos adquieren conciencia de estigma al que son sujetos, posteriormente interiorizan los estereotipos negativos y los aceptan como verdaderos, por último el individuo internaliza el estigma, lo ve como algo natural, común, lo que confluente en una disminución del autoestima y de la autoeficacia ¹³,
14.

1.2.2. Estigma Internalizado y su Asociación con la Esquizofrenia.

Se considera que el auto-estigma es de las mayores influencias negativas en la vida de las personas que padecen algún trastorno mental, entre las consecuencias que resultan de la estigmatización y principalmente de la internalización del estigma están: el retraso en la búsqueda de la atención, el aislamiento social, la baja adherencia terapéutica, susceptibilidad a cuadros depresivos o mayor nivel de ansiedad, las recaídas frecuentes y el menor funcionamiento social y laboral ⁶.

1.3. Miedo a la evaluación negativa.

El miedo a la evaluación negativa se refiere a la aprehensión y angustia experimentada por una persona ante la preocupación por ser juzgados de forma despectiva u hostil. La preocupación de las personas a ser evaluados negativamente ha sido implicada en un número importante de fenómenos psicosociales, incluyendo el conformismo, las conductas pro-sociales, ansiedad social, el auto monitoreo, la motivación al cambio, entre otros. El proceso social se ve mediado parcialmente por las diferencias en el grado en el que los individuos se preocupan por como son evaluados. Las personas cuya

preocupación por ser evaluados negativamente es mayor serán proclives a actuar de manera tal que puedan evitar la posibilidad de una evaluación negativa. El miedo a la evaluación negativa es la característica central del trastorno por ansiedad social o fobia social.

1.4. Esquizofrenia y comorbilidad con fobia social

La comorbilidad de los trastornos de ansiedad en la esquizofrenia ha comenzado a investigarse recientemente esto debido a las altas tasas de prevalencia de esta manifestación entre los pacientes con esta enfermedad. Watson y colaboradores encontraron que hasta el 58% de los pacientes con esquizofrenia presentan alguna comorbilidad psiquiátrica a lo largo de su vida, y que los trastornos de angustia y el trastorno obsesivo compulsivo representan el 24% de estos, mientras que la fobia social representa el 18% de los mismos ¹⁶.

Los trastornos de ansiedad y la esquizofrenia han sido tradicionalmente considerados como polos opuestos dentro de las clasificaciones psiquiátricas, en parte debido a la preconcepción que se conserva de esta enfermedad y a la falta de instrumentos específicos que valoren su asociación. Sin embargo desde 1980, Pilkonis y colaboradores reportaron, que a menudo los pacientes con esquizofrenia expresan nerviosismo y ansiedad durante las interacciones sociales ¹⁷.

Goldberg en 2001 mostró evidencia de que la timidez, la poca socialización y la historia de problemas sociales en la infancia es mayor en pacientes con esquizofrenia comparados con controles sanos concluyendo que tal vez están alteraciones podrían actuar como predictores de la enfermedad ¹⁸.

Algunos estudios como el de Mazeh, sugirió que el “miedo” como componente de la ansiedad social, puede estar asociado con la gravedad de los síntomas positivos en esquizofrenia, debido a que aparentemente los pacientes en la fase aguda de su episodio psicótico presentan mayor grado de alerta e hipervigilancia, ansiedad e hipersensibilidad a los estímulos del ambiente, mientras que los pacientes en la fase crónica de la enfermedad se caracterizan mas por la evitación de las interacciones sociales ⁵.

Las ideas delirantes son consideradas como el síntoma principal de la esquizofrenia, sin embargo es ampliamente conocido que las personas sanas también pueden sostener creencias sobrevaloradas e incluso ideas delirantes. Por ejemplo, en términos de ideación delirante ha sido documentado que las creencias no científicas o de fenómenos parapsicológicos son comúnmente sostenidos por individuos sanos. Así mismo, la creencia de ideas paranoides o de tener poderes especiales tiene una prevalencia de 4-8% en la población general, mientras que la ideación extravagante es reportada en 2 % de la población. Basado en estos hallazgos que muestran que los delirios pueden ser explicados como un continuum de las creencias normales, ha sido sugerido que ciertos factores psicosociales específicos pueden estar involucrados en el desarrollo y mantenimiento de estos fenómenos. Esfuerzos recientes se han centrado en establecer los modelos psicológicos que interfieren en su desarrollo. El miedo a la evaluación negativa ha sido definido como el temor a ser criticado por otras personas, es considerado como la característica cognitiva crucial en los trastornos de ansiedad sin embargo también puede estar involucrada en otros padecimientos entre ellos la esquizofrenia.

Freeman y colaboradores, propusieron un modelo cognitivo de delirio de persecución en el cual la creencia delirante era, aparentemente, intensificada tanto por un proceso

psicótico como por un proceso emocional que incluía ansiedad e hipersensibilidad en las interacciones sociales, ello probó que la ansiedad y el miedo en las interacciones sociales se relacionaban con una paranoia no clínica. De acuerdo a lo anterior podría hipotetizarse que el miedo a la evaluación negativa está involucrado en el desarrollo y mantenimiento de aversión a las interacciones sociales lo que podría incrementar el riesgo de síntomas psicóticos ^{19, 20}.

Capítulo 2

2.1. Pregunta de investigación

¿Cuál es la asociación entre el estigma internalizado, el miedo a la evaluación negativa y la gravedad de los síntomas psicóticos en los pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide?

2.2. Justificación

La esquizofrenia es un padecimiento complejo, situado entre las 10 principales causas de discapacidad a largo plazo. Uno de los factores sociales que más influye en cuanto a la discapacidad que ocasiona esta enfermedad es el estigma asociado a este padecimiento así como los estereotipos y prejuicios que se guardan en torno al individuo con esquizofrenia. Esto es en gran medida debido al concepto de peligrosidad que se tiene de estos individuos y que nace de la conexión que guarda la esquizofrenia en su fase aguda en la que los síntomas psicóticos son floridos y donde el individuo puede cursar con la presencia de ideas delirantes particularmente de daño y referencia, así como la presencia de alucinaciones auditivas, particularmente punitivas e imperativas que ocasionan que el individuo presente un comportamiento desorganizado y/o desjuiciado. Estos síntomas pueden generar miedo y conductas evitativas que las personas dirigen hacia los individuos con esta condición.

Se ha considerado que el estigma internalizado o autoestigma puede tener un efecto deletéreo sobre la evolución de la esquizofrenia debido a que exacerbando la sintomatología negativa al actuar como un factor directo en la gravedad de la misma debido a que genera en el individuo una sensación de aceptación de su condición de enfermo o “loco” favoreciendo así una pobre y/o nula adherencia al tratamiento farmacológico y psicosocial.

Por otro lado, un factor que posiblemente influye también de forma directa sobre la gravedad de los síntomas psicóticos es la ansiedad social o el miedo a la evaluación negativa que padecen estos individuos. El autoestigma ha sido considerado parte de un fenómeno característico de los individuos con esquizofrenia, donde la presencia de ideas delirantes forma parte de un continuum de las creencias normales, esto sugiere que ciertos factores psicosociales pueden estar involucrados en el desarrollo y/o mantenimiento de los síntomas psicóticos positivos.

Debido al pronóstico de la esquizofrenia, es importante realizar esfuerzos por entender los factores que intervienen o interactúan en el desarrollo, gravedad y mantenimiento de los síntomas de la enfermedad, con la finalidad de identificar, estudiar y actuar sobre los factores sociales, psicológicos y biológicos que intervienen en evolución y pronóstico de la enfermedad y que afectan la calidad de vida de nuestros pacientes.

2.3. Objetivos.

2.3.1. Objetivo general

Determinar la asociación entre el estigma internalizado y el miedo a la evaluación negativa con la gravedad de los síntomas psicóticos en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide que acuden al servicio de la consulta externa del INPRF.

2.3.2. Objetivos Específicos

1.- Determinar la asociación entre el estigma internalizado y el miedo a la evaluación negativa en pacientes con esquizofrenia que acuden al servicio de la consulta externa del INPRF.

2.- Determinar la asociación entre el estigma internalizado y la gravedad de los síntomas psicóticos evaluados con la PANSS de 5 factores en pacientes con esquizofrenia que acuden al servicio de la consulta externa del INPRF.

3.- Determinar la asociación entre el miedo a la evaluación negativa y la gravedad de los síntomas psicóticos en pacientes con esquizofrenia que acuden al servicio de la consulta externa del INPRF

4.-Determinar la asociación entre el estigma internalizado y el miedo a la evaluación negativa con la edad de inicio del padecimiento y la duración de la psicosis no tratada en pacientes con esquizofrenia que acuden al servicio de la consulta externa del INPRF

5.- Comparar el estigma internalizado y el temor a la evaluación negativa entre hombres y mujeres con esquizofrenia.

2.4. Hipótesis.

2.4.1. Hipótesis General.

El miedo a la evaluación negativa y el estigma internalizado mostrarán una asociación directa con la gravedad de los síntomas psicóticos en pacientes con esquizofrenia que acuden al servicio de consulta externa del INPRFM.

2.4.2. Hipótesis específicas:

1.- Los pacientes que muestren un mayor estigma internalizado presentarán un mayor temor a la evaluación negativa.

2.- Los pacientes con mayor estigma internalizado mostrarán una mayor gravedad de síntomas negativos y depresivos.

3.- Los pacientes con mayor temor a la evaluación negativa serán aquellos con mayor gravedad de síntomas positivos.

4.- Los pacientes con edad de inicio más temprana y mayor duración de la psicosis no tratada presentarán mayor miedo a la evaluación negativa y mayor estigma internalizado.

5.- No habrá diferencia entre géneros para la tendencia al miedo a la evaluación negativa y la internalización del estigma.

Capítulo 3.

3.1. Metodología.

De acuerdo a la clasificación de Feinstein este estudio:

Por el control de la maniobra experimental por el investigador: Observacional

Por la captación de la información: Prospectivo

Por la medición de un fenómeno en el tiempo: Transversal

Por la ausencia de un grupo control: Descriptivo

Por la ceguedad en la aplicación y evaluación de las maniobras: Abierto

3.2. Población en estudio, selección y tamaño de la muestra

Se incluyeron **100** pacientes mayores de edad, que acuden al servicio de la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, que cuentan con el diagnóstico de esquizofrenia paranoide crónica según los criterios de DSM IV TR y que están bajo tratamiento farmacológico, indistintamente de su género y tiempo de evolución.

3.3. Criterios de Participación.

3.3.1. Criterios de inclusión:

1. Hombres y mujeres con diagnóstico de esquizofrenia paranoide crónica que acuden a la consulta externa del INPRF.
2. Mayores de 18 años.
3. Aceptaron firmar la carta de consentimiento escrito para participar en la investigación
4. Saben leer y escribir
5. Cuentan con el diagnóstico de esquizofrenia paranoide según los criterios del DSM IV TR.

3.3.2. Criterios de exclusión:

1. Menores de 18 años
2. Pacientes sin tratamiento farmacológico.
3. Que tengan dificultades para comunicarse y cooperar

3.3.3. Criterios de eliminación.

1. A petición del paciente o sus familiares.
2. Pacientes que no completen las evaluaciones del estudio.

3.4. Variables en estudio.

3.4.1. Variables ordinales.

Estigma Internalizado.

Definición Conceptual: El estigma internalizado es una variable del estigma, en el que el individuo comienza a ver como propios o reales los estereotipos o prejuicios que se han formulado contra él o el grupo minoritario al que pertenece. Se considera que en el proceso de internalización del estigma intervienen tres mecanismos, en primer lugar los individuos adquieren conciencia de estigma al que son sujetos, posteriormente interiorizan los estereotipos negativos y los aceptan como verdaderos, por último el individuo internaliza el estigma y lo ve como algo natural y común lo que desemboca a una disminución del auto estima y de la auto eficacia.

Definición Operacional: El estigma internalizado será evaluado a través de la aplicación de la escala de estigma internalizado de King y colaboradores (EEI). La escala utilizada evalúa los sentimientos y experiencias que el individuo considera estigmatizantes. El

individuo será confrontado contra 28 diferentes situaciones que evaluar según su propia experiencia.

Gravedad de síntomas psicóticos.

Definición conceptual: La psicosis es definida como un estado mental en el cual el sujeto ha perdido el contacto con la realidad, cuyos síntomas principales son: presencia de alucinaciones auditivas y visuales, así como, de pensamientos e ideas delirantes llegando incluso a presentar un lenguaje y pensamiento desorganizado así como exhibir comportamientos extraños o inusuales y a consecuencia de esto presentar una gran dificultad para la interacción social. El paciente que padece este conjunto de signos y síntomas es llamado a su vez psicótico. Este síndrome es compartido por diversas patologías destacando principalmente esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizoafectivo, el delirium, el trastorno psicótico breve, el trastorno psicótico de causa orgánica y el inducido por sustancias.

Definición operacional: La gravedad de los síntomas será evaluada mediante la escala PANSS de 5 factores pone de manifiesto, a través de los reactivos, la gravedad de los síntomas psicóticos del individuo en el momento de la evaluación.

Miedo a la evaluación negativa.

Definición conceptual: Es el miedo a ser criticado por otras personas. Se ha considerado como un trastorno de ansiedad, temor a comer, beber, temblar, ruborizarse, hablar, escribir ante la presencia de otras personas y miedo a ponerse en ridículo ante los demás. Actualmente, se emplea el término "trastorno por ansiedad social", haciendo referencia a un miedo intenso a hacer el ridículo y a la humillación negativa por los demás en

situaciones sociales; dicho trastorno se caracteriza por "un miedo persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas".

Definición operacional: El miedo a la evaluación negativa será calificado según la escala breve de miedo a la evaluación negativa (BFNE-II) la cual evalúa la aprehensión y la angustia que surge en el individuo debido a la preocupación de ser juzgado de forma despectiva u hostil. Esto se evalúa al realizar preguntas relacionada al comportamiento y la percepción de ser juzgado que mantiene el individuo en situaciones públicas.

3.4.2. Variables categóricas:

Sexo

Definición conceptual: Se refiere al género del sujeto ya sea masculino o femenino.

Definición operacional: En la escala se define como masculino o femenino.

Profesión

Definición conceptual: Definido como el tipo de trabajo que realiza el entrevistado.

Definición operacional: Dentro del estudio la profesión es medida en 4 puntos, Desempleado, Hogar, Estudiante, Empleo, Subempleo y Profesionista.

3.4.3. Variables dimensionales:

Edad

Definición conceptual: Dígase del tiempo medido en años que ha vivido el entrevistado.

Definición operacional: Esta es anotada en la escala por el entrevistado.

Escolaridad

Definición conceptual: Es el grado máximo de estudios que el encuestado ha alcanzado, son: primaria (6 años), secundaria (3 años), preparatoria o bachillerato (3 años), licenciatura (5 años) y maestría (2 años).

Definición operacional: La escala valora el grado máximo de estudios del encuestado en número de años, utilizando de referencia lo mencionado anteriormente.

3.5. Escalas e instrumentos de evaluación

3.5.1. Formato de datos sociodemográfico.

Este apartado es de utilidad en la recolección de los datos sociodemográficos, así como las características de los sujetos que se encuentran en el estudio, consta de los datos generales del paciente, de los familiares de primer grado y de los sujetos control.

Contiene los siguientes rubros: nombre, dirección, número de folio el cual servirá para todo el estudio, estado civil, ocupación, diagnóstico en caso de tenerlo, religión, actividad física, antecedentes familiares de la enfermedad, antecedente de uso o abuso de sustancias así como otro tipo de estresores, para los pacientes un registro del tratamiento y del tiempo de evolución de la enfermedad.

3.5.2. Escala de síndromes positivos y negativos para la esquizofrenia (PANSS).

La Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS, Positive and Negative Syndrome Scale), desarrollada por Kay et al. en 1987 y adaptada al español por Peralta et al. en 1994, es uno de los instrumentos más utilizados para valorar la sintomatología en pacientes con esquizofrenia.²⁹

Se trata de una escala heteroaplicada llevada a cabo a partir de una entrevista semiestructurada de unos 45 min de duración. En su versión original, la PANSS está compuesta por 30 ítems agrupados en tres factores: síndrome positivo (compuesto por 7 ítems), síndrome negativo (también formado por 7 ítems) y psicopatología general (compuesto por 16 ítems). Sin embargo, los propios autores de la escala pusieron en duda la utilidad de estos tres factores para recoger de manera adecuada los síntomas valorados por la PANSS, y en un estudio posterior propusieron cuatro factores: síndrome negativo, síndrome positivo, excitabilidad y síntomas depresivos.³⁰ En 1997, el grupo de estudio de la PANSS realizó un análisis de la estructura factorial de la escala, y concluyó que un modelo de cinco factores era el que mejor representaba las dimensiones de la PANSS. Este modelo se denominó "modelo pentagonal", y estaba compuesto por los siguientes factores: negativo, positivo, excitación, disforia y preocupaciones autistas. Sin embargo, las investigaciones posteriores no han podido confirmar que el modelo pentagonal represente de manera adecuada los síntomas característicos de la esquizofrenia.³⁰ En su lugar, la mayoría de los estudios realizados proponen un modelo diferente del modelo de White et al. pero manteniendo la estructura de cinco factores. Aunque no hay un acuerdo unánime en la bibliografía, el modelo más aceptado está configurado por los siguientes factores: factor negativo, factor positivo, factor excitación (denominado a veces hostilidad), factor ansiedad/depresión (en algunos estudios, malestar emocional) y factor desorganización/cognitivo. Este modelo se ha constatado tanto en pacientes con enfermedad de larga duración como en pacientes en las fases iniciales

En concreto, son siete los ítems que se muestran inconsistentes: preocupaciones somáticas (G1), tensión motora (G4), manierismos y posturas (G5), ausencia de juicio e introspección (G12), trastornos de la volición (G13), preocupación (G15) y evitación social activa (G16), si bien este último se asocia principalmente al factor negativo. Estas diferencias hacen que no haya unanimidad en los resultados obtenidos en las investigaciones que se realizan con la PANSS, ya que dichos resultados pueden depender del modelo concreto que se utilice y de los ítems que configuren cada factor en ese modelo. Asimismo, puede llevar a diferentes interpretaciones de síntomas específicos. Un ejemplo sería el ítem "ausencia de juicio e introspección" (G12), que puede verse como un síntoma positivo de la enfermedad en los modelos que lo incluyen en el factor positivo, o como parte del deterioro cognitivo en los modelos que lo incluyen en el factor desorganización/ cognitivo.³¹

La Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS) es uno de los instrumentos más utilizados para valorar la sintomatología de los pacientes con esquizofrenia. Numerosos estudios han analizado la estructura factorial de esta escala, y han propuesto la existencia de cinco factores: negativo, positivo, excitación, ansiedad/depresión y desorganización (o cognitivo). Para la Validación del PANSS de cinco componentes en México se reclutaron 150 pacientes esquizofrénicos entre mayo de 2002 y septiembre de 2003. . La estructura de cinco factores de la PANSS en pacientes mexicanos con esquizofrenia permite mayor investigación para aclarar los distintos aspectos clínicos de la esquizofrenia.³²

3.5.3. Escala de Estigma Internalizado de King y cols. (EES)

Es una escala auto aplicable que evalúa los sentimientos o experiencias estigmatizantes percibidos por los individuos. El instrumento consta de 28 declaraciones en una escala

tipo Likert que da la opción de elegir entre totalmente de acuerdo a totalmente desacuerdo. La escala tiene por objetivo evaluar la relación que existe entre el estigma percibido y el auto estima conformando tres subescalas (discriminación, divulgación y aspectos positivos de la enfermedad mental). Los ítems están bien contruidos, convirtiéndolo en un instrumento relativamente fácil de utilizar. Su aplicación requiere entre 10-15 minutos. La versión en español de la EES se caracterizó por una adecuada consistencia interna, con alfas superiores a 0.60 en todas las subescalas. La evaluación unidimensional del constructo resultó altamente confiable, con un coeficiente de 0.87. Se obtuvieron tres factores principales congruentes con la versión original, lo que da prueba de su validez.²¹

3.5.4. Breve escala de miedo a la evaluación negativa revisada (BFNEMX-II)

Es una medida diseñada para calificar el miedo a la evaluación negativa que se refiere a la aprehensión y angustia que surgen de la preocupación por ser juzgados de forma despectiva u hostil. Consta de 12 preguntas puntuables entre 1 y 5, pudiendo el resultado por tanto oscilar entre 12 y 60. Cada pregunta se responde escogiendo un valor en una escala de 5 posibilidades que responde a si la afirmación planteada es característica de la personalidad de quien contesta, siendo los valores extremos Nada y Mucho. Para analizar el resultado obtenido al contestar el cuestionario no disponemos de puntos de corte, es decir, puntuaciones que permitan clasificar el nivel de miedo a la evaluación negativa según la puntuación obtenida. Esta escala ha sido validada para aplicarse en población mexicana mostrando un alfa de Cronbach de 0.92 lo que sustenta su validez y confiabilidad para ser aplicada en población mexicana.²⁴

3.6. Recolección de datos

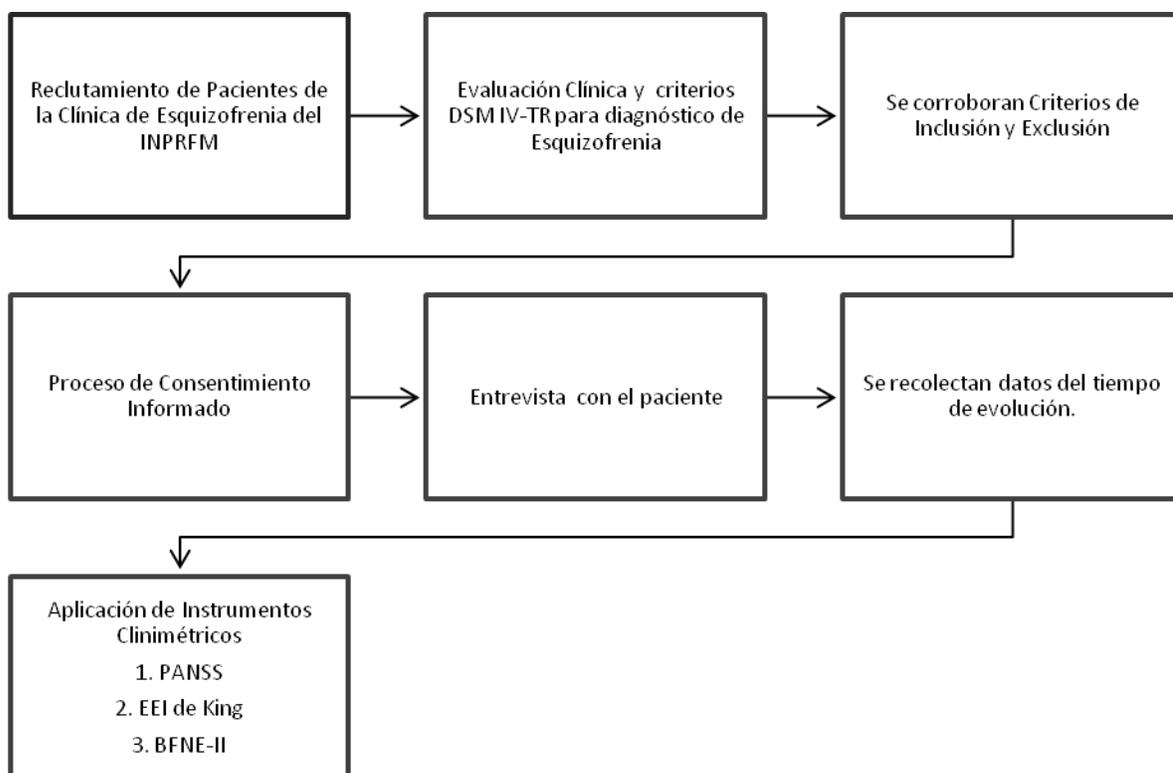
3.6.1. Procedimiento

El reclutamiento de sujetos se realizó en el servicio de esquizofrenia del INPRFM donde se ofreció participar a todo aquel paciente que contara con el diagnóstico de esquizofrenia paranoide crónica según los criterios del DSM IV TR.

Inicialmente se les explicó el objetivo del estudio, mencionando que el propósito de la investigación era conocer como el miedo a la evaluación negativa y el estigma internalizado podía tener relación con la gravedad de los síntomas psicóticos.

Una vez que aceptaron verbalmente participar en la investigación, se les entregó la carta de consentimiento informado y posteriormente se les aplicó la escala de evaluación de síndromes positivos y negativos (PANSS), la escala breve de miedo a la evaluación negativa (BFNE-1) y la escala de auto-estigma de King.

3.6.2. Flujograma.



3.6.3. Cronograma.

Actividad	R2-2	R3-1	R3-2	R4-1	R4-2
Autorización del proyecto.	X				
Recolección de números de expedientes clínicos.		X			
Recolección de datos y mediciones.		X			
Resultados y análisis de la información.		X	X		
Impresión y entrega de proyecto final.				X	

R2-2 = Segundo semestre R2

R3-1 = Primer semestre R3

R3-2 = Segundo semestre R3

R4-1 = Primer semestre R4

R4-2 = Segundo semestre R4

Capítulo 4.

4.1. Análisis Estadístico

La descripción de las características demográficas y clínicas se realizó con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y con medias y desviaciones estándar (D.E.) para las variables continuas. Como pruebas de hipótesis para la comparación por género se emplearon la Chi cuadrada para los contrastes continuos y la t de Student de muestras independientes para las variables continuas. Para determinar la asociación lineal entre variables se empleó el coeficiente de correlación de Pearson. El nivel de significancia estadística se fijó con una $p \leq 0.05$

Capítulo 5.

5.1. Implicaciones Éticas

Todos los procedimientos estuvieron de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección II, investigación con riesgo mínimo. A todos los pacientes se les informó verbalmente de los procedimientos a realizar y se solicitó su consentimiento por escrito para su participación en el estudio guardando su confidencialidad y aprobación para reportar los resultados; además, se pidió el consentimiento de un familiar y de un testigo, para garantizar el entendimiento y comprensión de los procedimientos a seguir para la realización del estudio.

Los apartados que constituyeron el consentimiento informado fueron: a) la justificación y objetivos de la investigación, b) los procedimientos o consignas a seguir durante la investigación, c) la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del paciente, c) la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se crearan perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento médico.

En relación a la confidencialidad, a cada uno de los expedientes de los pacientes que aceptaron participar, se les asignó un código numérico, por lo que el nombre y datos generales de los pacientes quedaron bajo el resguardo del investigador principal y no aparecieron en ninguno de los reportes que surgidos de la investigación.

Capítulo 6

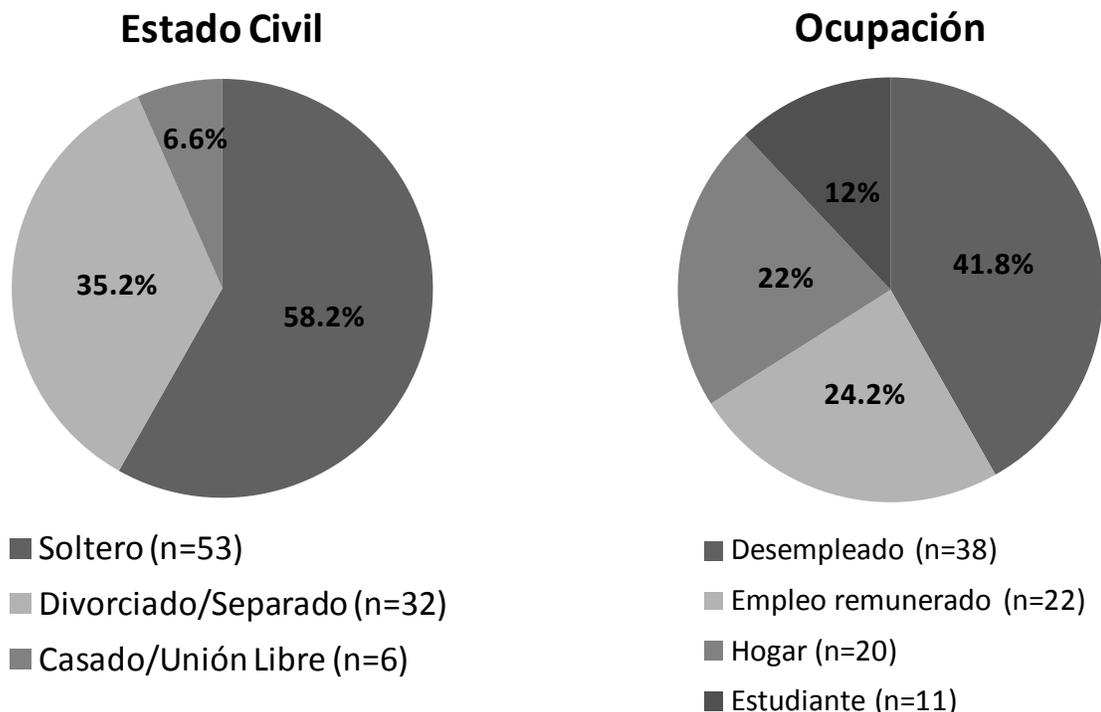
6.1. Resultados.

Se incluyeron un total de 103 pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia paranoide. De éstos, 12 pacientes fueron eliminados del análisis, porque no completaron las evaluaciones del estudio. Para el análisis final, se contó con 91 pacientes.

6.1.1. Características demográficas y clínicas del padecimiento

De los pacientes incluidos en el estudio, el 69.2% (n=63) fueron hombres y el 30.8% (n=28) restante, mujeres, con una edad promedio de 36.1 (D.E.=11.0) años (rango 18-68 años). La escolaridad promedio de la muestra fue de 11.4 (D.E.=3.2) años (rango 2-21 años) equivalente al segundo año de bachillerato. La mayoría de los pacientes se encontraban sin pareja y desempleados al momento del estudio (Gráfica 1).

Gráfica 1. Estado civil y ocupación de la muestra.



La edad de inicio del padecimiento fue a los 22.9 años (D.E.= 7.3; rango 9-45 años) y la duración de la psicosis no tratada (DPNT) fue de 98.7 semanas (D.E.=163.3, rango 1-832 semanas), equivalente a casi dos años. Del total de los pacientes, el 41.7% (n=38) había sido internado en algún hospital psiquiátrico debido a la gravedad de los síntomas del padecimiento. El promedio de hospitalizaciones hasta el momento de la evaluación fue de 2 (D.E.=1.6; rango 1-10 hospitalizaciones) con un tiempo de estancia intrahospitalaria total promedio de 6.7 (D.E.=6.2; rango 1-32 semanas).

La gravedad sintomática, evaluada mediante la PANSS de 5 factores sitúa a los pacientes en una fase de estabilidad (Tabla 1).

Tabla 1. Gravedad sintomática de los pacientes incluidos en el estudio

	Media	D.E.
PANSS		
Positivo	18.2	6.4
Negativo	19.0	4.9
Cognitivo	15.5	4.3
Excitabilidad	7.0	2.6
Depresión/Ansiedad	8.3	2.6
Total	68.1	17.1

6.1.2. Estigma internalizado y miedo a la evaluación negativa.

Tabla 2. Puntuaciones medias de las subescalas de estigma de King y puntuación total de la escala de miedo a la evaluación negativa.

	Media	D.E.
Escala de Estigma de King		
Discriminación	28.3	8.0
Divulgación	17.8	5.8
Aspectos positivos de la enfermedad mental	12.5	3.7
Total	58.7	11.5
Miedo a la Evaluación Negativa		
Total	20.3	11.5

6.1.3. Características demográficas y clínicas por género.

Al comparar las características demográficas y clínicas entre hombres y mujeres, se observó que los hombres tuvieron una mayor escolaridad en contraste con las mujeres y una edad de inicio de padecimiento más temprana.

No se observaron diferencias entre hombres y mujeres en el resto de las variables demográficas y clínicas (Tabla 3).

Tabla 3. Características demográficas y clínicas por género

	Hombres		Mujeres		Estadística
	n=63		n=28		
	n	%	n	%	
Estado Civil					
Sin pareja	61	96.8	24	85.7	$\chi^2=3.8$, 1 gl, $p=0.04$
Con pareja	2	3.2	4	14.3	Fisher = 0.070
Ocupación					
No remunerada	48	76.2	21	75.0	$\chi^2=0.01$, 1 gl, $p=0.90$
Remunerada	15	23.8	7	25.0	Fisher = 1.0
	Media	D.E.	Media	D.E.	
Edad	35.4	11.5	37.8	9.8	$t=0.9$, 89 gl, $p=0.33$
Escolaridad	12.0	2.7	10.1	3.8	$t=2.6$, 89 gl, $p=0.01$
Edad de inicio	20.9	5.8	27.5	8.3	$t=-4.3$, 89 gl, $p<0.001$
Núm. Hospitalizaciones	1.9	1.1	1.8	2.1	$t=0.03$, 38 gl, $p=0.96$
Tiempo hospitalización (sem)	6.7	5.7	6.0	7.0	$t=0.36$, 38 gl, $p=0.72$
DPNT	96.4	156.6	103.8	180.4	$t=-0.19$, 89 gl, $p=0.84$

6.1.4. Gravedad sintomática, estigma internalizado y miedo a la evaluación negativa entre hombres y mujeres.

No se encontraron diferencias entre hombres y mujeres en relación a la gravedad sintomática evaluada mediante la PANSS (Tabla 4).

Tabla 4. Gravedad sintomática entre hombres y mujeres

	Hombres n=63		Mujeres n=28		Estadística
	Media	D.E.	Media	D.E.	
PANSS Positivo	18.4	6.7	17.8	5.6	t=0.40, 89 gl, p=0.68
PANSS Negativo	19.2	4.9	18.5	5.0	t=0.62, 89 gl, p=0.53
PANSS Cognitivo	15.5	4.2	15.4	4.5	t=0.10, 89 gl, p=0.91
PANSS Excitabilidad	7.0	2.8	7.1	1.9	t=-0.04, 38 gl, p=0.96
PANSS Depresión/Ansiedad	8.1	2.7	8.7	2.4	t=-0.99, 38 gl, p=0.32
PANSS TOTAL	68.2	17.5	67.7	16.6	t=0.13, 89 gl, p=0.89

De la misma forma, no se observaron diferencias entre hombres y mujeres en el estigma internalizado ni en el miedo a la evaluación negativa (Tabla 5).

Tabla 5. Gravedad sintomática entre hombres y mujeres

	Hombres n=63		Mujeres n=28		Estadística
	Media	D.E.	Media	D.E.	
E. de Autoestigma de King	58.5	11.7	59.2	11.4	t=-0.23, 89 gl, p=0.81
Discriminación	28.2	7.7	28.7	8.7	t=-0.28, 89 gl, p=0.77
Divulgación	17.6	5.7	18.3	6.0	t=-0.54, 89 gl, p=0.58
Aspectos positivos	12.7	3.5	12.0	4.1	t=0.74, 89 gl, p=0.46
Miedo a la evaluación negativa	19.2	4.9	18.5	5.0	t=0.02, 89 gl, p=0.97

6.1.5. Asociación lineal entre el estigma internalizado y la gravedad sintomática.

En la muestra total, no se observaron asociaciones entre el estigma internalizado y la gravedad de los síntomas positivos ($r=-0.12$, $p=0.25$), negativos ($r=-0.07$, $p=0.49$), cognitivos ($r=-0.14$, $p=0.17$), excitabilidad ($r=-0.16$, $p=0.12$), depresión/ansiedad ($r=-0.10$, $p=0.30$) ni con el PANSS total ($r=-0.13$, $p=0.19$). Hallazgos similares fueron observados al hacer la asociación por género (Tabla 6).

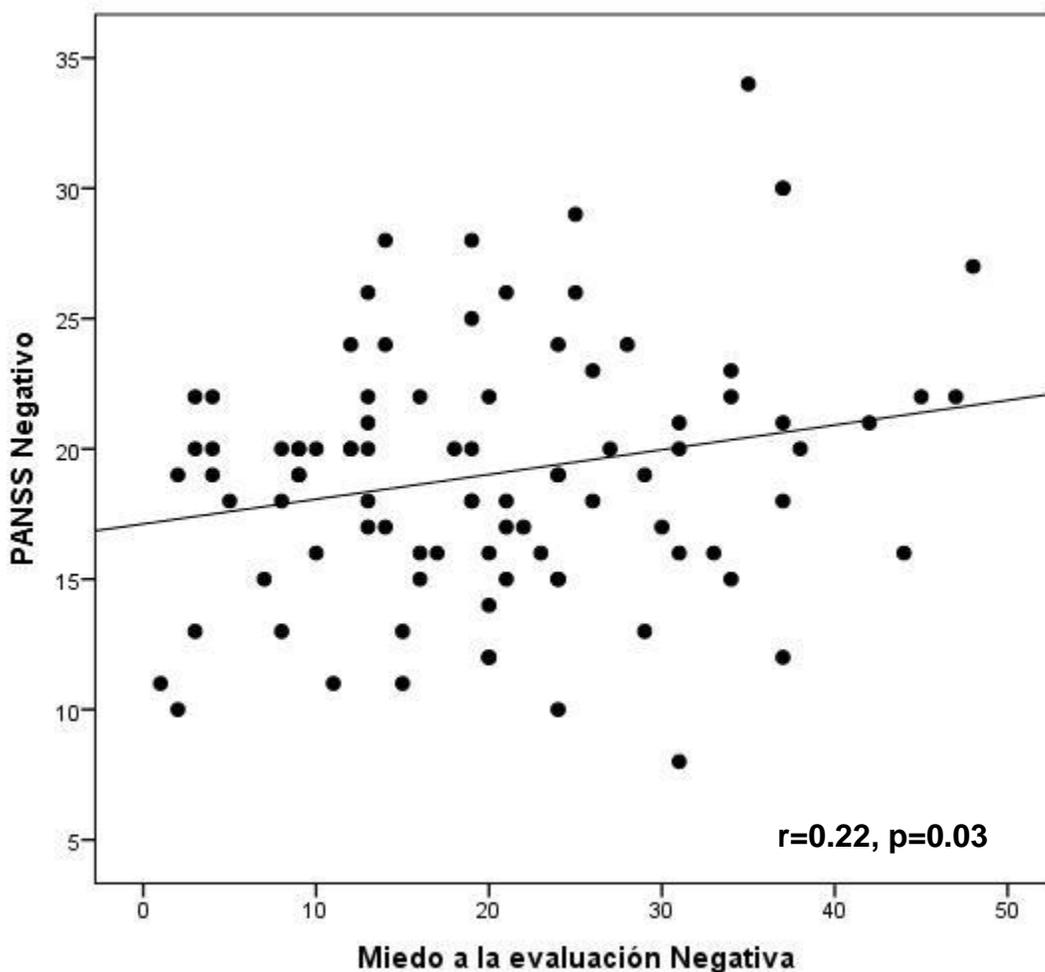
Tabla 6. Asociación entre el estigma internalizado y la gravedad sintomática por género.

	Hombres		Mujeres	
	r	p	r	p
PANSS Positivo	-0.06	0.60	-0.27	0.15
PANSS Negativo	0.04	0.71	-0.34	0.07
PANSS Cognitivo	-0.05	0.66	-0.34	0.07
PANSS Excitabilidad	-0.18	0.14	-0.08	0.67
PANSS Depresión/Ansiedad	-0.04	0.72	-0.29	0.13
PANSS TOTAL	-0.05	0.68	-0.34	0.07

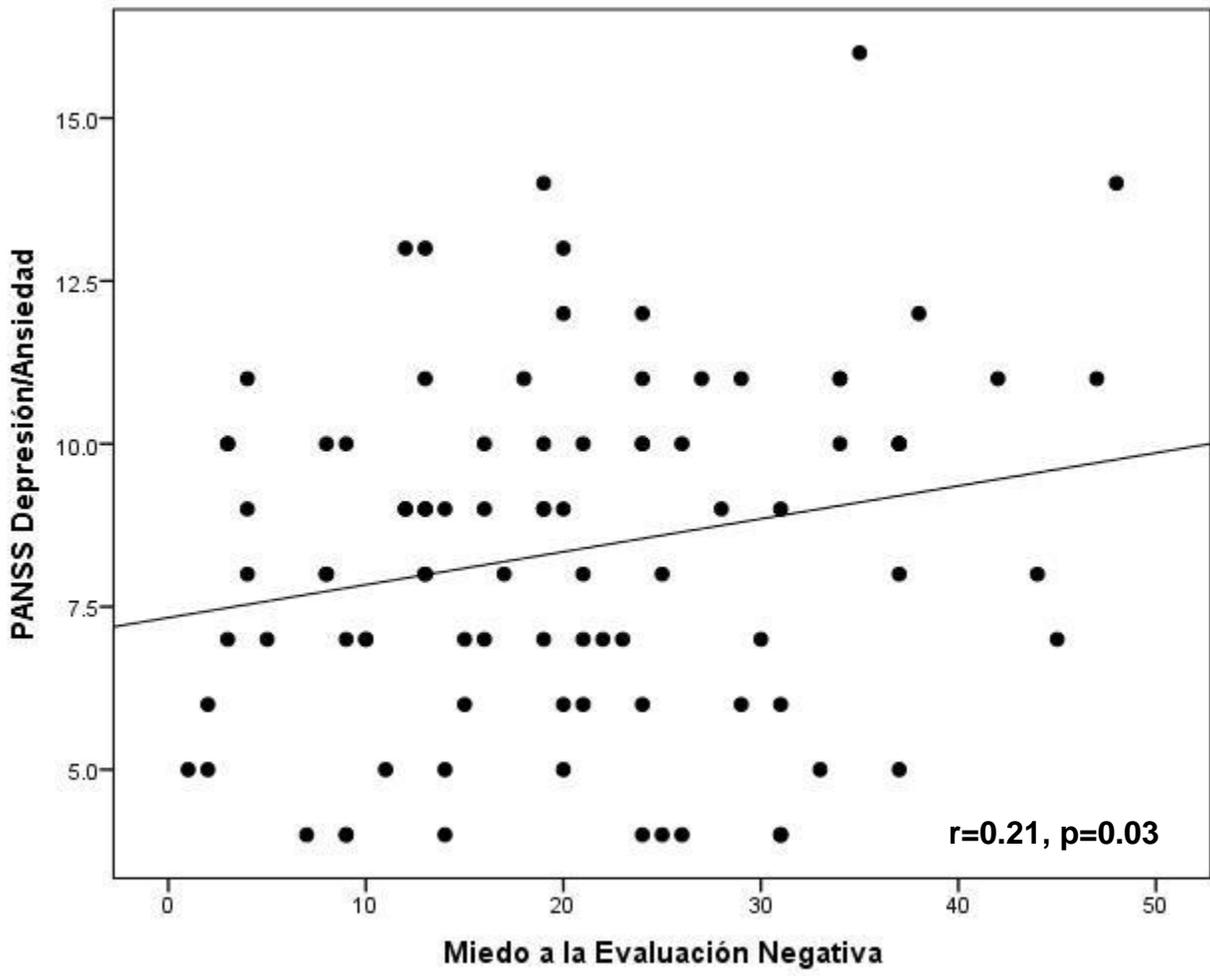
6.1.6. Asociación lineal entre el miedo a la evaluación negativa y la gravedad sintomática.

No se observaron asociaciones entre el miedo a la evaluación negativa y la gravedad de los síntomas positivos ($r=0.16$, $p=0.11$), cognitivos ($r=0.15$, $p=0.14$) y excitabilidad ($r=0.09$, $p=0.36$) en el total de la muestra. No obstante, se observaron asociaciones significativas con la gravedad de los síntomas negativos (Gráfica 2), síntomas de depresión/ansiedad.

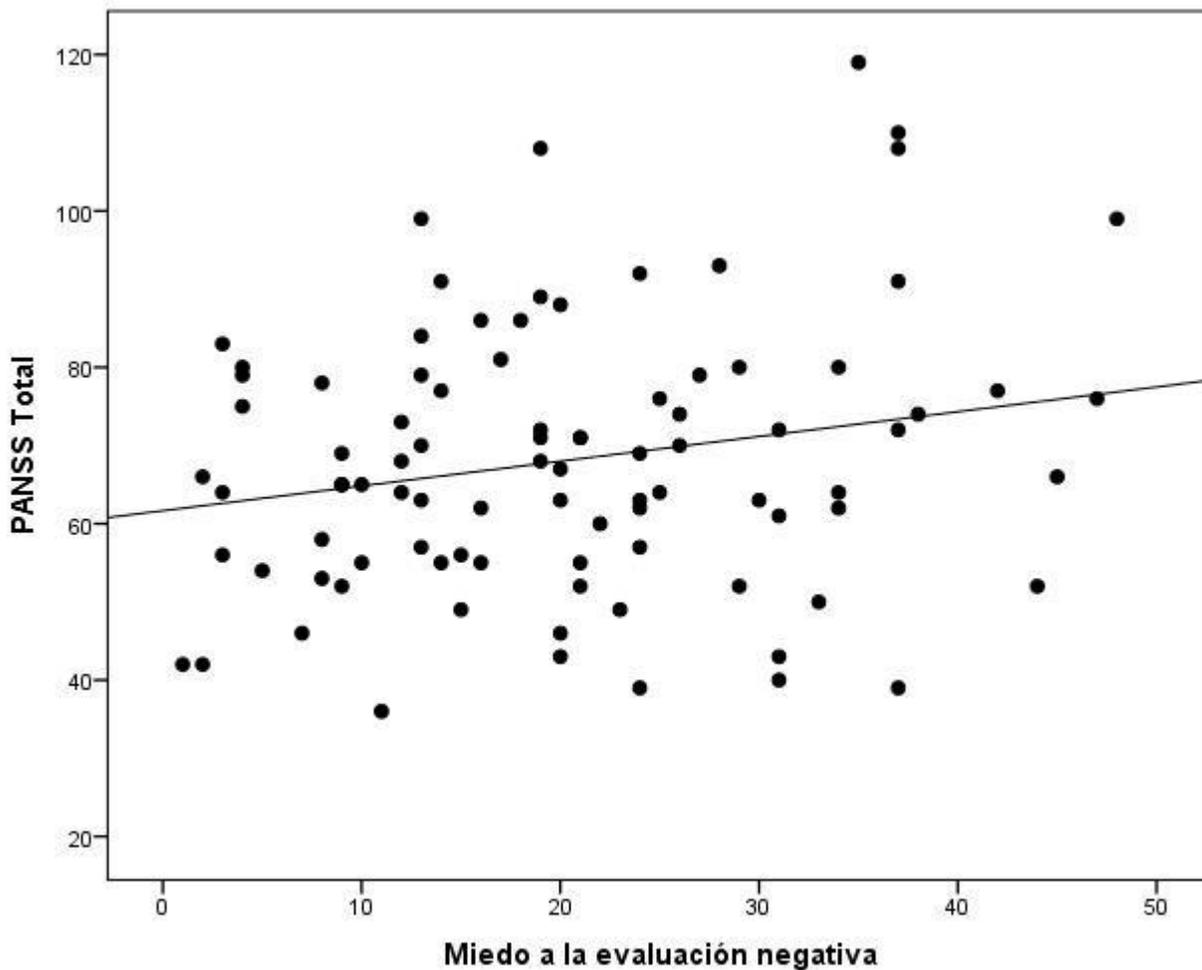
Gráfica 2. Miedo a la evaluación negativa y gravedad de los síntomas negativos.



Gráfica 3. Miedo a la evaluación negativa y gravedad de los síntomas de depresión/ansiedad.



Gráfica 4. Miedo a la evaluación negativa y puntuación total de la PANSS.



En el análisis por género, el miedo a la evaluación negativa solo mostró una asociación significativa con la gravedad de la sintomatología global (PANSS total, $r=0.25$, $p=0.04$) exclusivamente en los hombres. El resto de las asociaciones no fueron significativas ($p>0.05$).

6.1.7. Asociación lineal entre el estigma internalizado y el miedo a la evaluación negativa.

Se observó una asociación inversa entre el estigma internalizado y el miedo a la evaluación negativa tanto en la totalidad de la muestra ($r=-0.40$, $p<0.001$) como en los hombres ($r=-0.39$, $p=0.001$) y las mujeres ($r=-0.43$, $p=0.02$); indicativo de que a mayor estigma internalizado por parte de los pacientes menor es el miedo a la evaluación negativa.

Capítulo 7

7.1. Discusión.

El objetivo principal de esta investigación fue determinar la asociación entre el estigma internalizado y el miedo a la evaluación negativa con la gravedad de los síntomas psicóticos en aquellos pacientes con esquizofrenia paranoide crónica.

La esquizofrenia es una enfermedad crónica que en la mayoría de los casos solo llega a ser controlable; la detección temprana y atención oportuna de la enfermedad juegan un papel importante en el impacto que el padecimiento puede generar en el paciente, la familia y la sociedad.²⁶ Este trastorno suele tener una edad de inicio temprana, en más del 70% durante la adolescencia y en la adultez temprana.²⁶ Nuestros hallazgos coinciden con la edad de inicio del padecimiento, los casos reportados iniciaron en promedio a los 22.9 años (D.E.= 7.3; rango 9-45 años).

La presentación sintomática de la esquizofrenia se caracteriza por alteraciones del pensamiento, sensopercepción, afecto y conducta. El impacto económico de la enfermedad es importante debido a los altos porcentajes de discapacidad que llega a ocasionar y los costos que por consecuencia acarrea a la sociedad. En nuestra muestra solo el 22% de los pacientes mantenía una actividad laboral económicamente remunerada.

Se estima que la prevalencia de la esquizofrenia es de 1% en la población mayor de 15 años, lo que representaría 45 millones de personas en el mundo que padecen esquizofrenia. En México la prevalencia de la esquizofrenia es de 0.7%, lo que coincide con los reportes de la OMS sobre este padecimiento en el mundo. Se estima que hasta 50% de los pacientes no son tratados adecuadamente muchos de ellos nunca han tenido contacto con un psiquiatra y un 90% de ellos habitan en países subdesarrollados, esto

coincide con nuestros datos donde encontramos que los pacientes tenían un promedio de 98.7 semanas (D.E.=163.3, rango 1-832 semanas), equivalente a casi dos años de duración de la psicosis no tratada. Este déficit de los servicios de atención en lo referente a la detección temprana y la atención oportuna conlleva a un mayor deterioro y cronicidad de la enfermedad lo cual puede reflejarse en una mayor necesidad de hospitalizaciones por el inadecuado manejo ambulatorio; esto se observa claramente en el hecho de que de los pacientes incluidos, 41.7% (n=38) había sido internado en algún hospital psiquiátrico debido a la gravedad de los síntomas del padecimiento y teniendo un promedio de 2 hospitalizaciones hasta el momento de la evaluación.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México los hombres presentan prevalencias globales más altas de cualquier trastorno en comparación con las mujeres alguna vez en la vida (30.4% y 27.1%, respectivamente) este fenómeno también fue visto en nuestro estudio en donde se incluyeron un total de 100 pacientes con esquizofrenia, el 69.2% (n=63) fueron hombres y el 30.8% (n=28) restante, mujeres.

El estigma internalizado implica que las personas con esquizofrenia sean conscientes no solo de los estereotipos públicos negativos que existen en torno a ellos, sino que además estén de acuerdo con ello. Esto trae por consecuencia reacciones emocionales negativas, disminución de la auto-estima y autoeficacia además de retraso en la búsqueda de la atención y pobre apego terapéutico. La relación entre el estigma internalizado y la sintomatología depresiva y ansiosa en la esquizofrenia ha sido reportada en estudios previos, sin embargo la relación que existe entre este fenómeno y el resto de la sintomatología psicótica continua sin ser clarificada.²⁷ Evidencia reciente sigue apuntando a que el estigma internalizado funciona como una variable moderadora y mediadora en el contexto de la relación que existe entre la conciencia de enfermedad y la sintomatología

del paciente. En nuestro estudio en lo referente a la evaluación de la asociación lineal del estigma internalizado y la gravedad de los síntomas psicóticos, no se observaron asociaciones entre el estigma internalizado y la gravedad de los síntomas positivos ($r=-0.12$, $p=0.25$), negativos ($r=-0.07$, $p=0.49$), cognitivos ($r=-0.14$, $p=0.17$), excitabilidad ($r=-0.16$, $p=0.12$), depresión/ansiedad ($r=-0.10$, $p=0.30$) ni con el PANSS total ($r=-0.13$, $p=0.19$). Estos resultados son consistentes con estudios como el de Stephanie G. Park y colaboradores en 2013 donde tampoco se encontró una asociación entre el estigma internalizado y la sintomatología antes mencionada, sin embargo si se encontró relación con disminución en la autoestima, autoeficacia, desesperanza así como en la motivación para enrolarse en un empleo y conservarlo.²⁸

La esquizofrenia y los síntomas ansiosos han sido temas relacionados desde las primeras observaciones hechas por Krapelin y Bleuler quienes desde entonces reportaron una inusualmente alta ocurrencia de síntomas ansiosos tales como preocupación excesiva, miedo y evitación entre los pacientes con esquizofrenia. Consistente con lo antes mencionado, estudios recientes han encontrado tasas altas de trastorno por ansiedad social en pacientes con esquizofrenia de entre 13% a 36% comparado con la prevalencia en población general de 3% a 13%.

El trastorno por ansiedad social constituye un problema significativo para las personas con psicosis pero aún es incierto si este es el origen o la consecuencia del pensamiento persecutorio.³³ La depresión y la ansiedad social son síndromes observados a lo largo del curso de la esquizofrenia, incluyendo la fase prodrómica; inclusive se ha observado que en 30 a 50% de los individuos presentan depresión post psicótica y que hasta un tercio de los pacientes continúan cumpliendo criterios para trastorno por ansiedad social cuando

la psicosis remite.³⁴ El primer año después del primer episodio psicótico se ha reportado que una tasa de 29% de los pacientes presentan trastorno por ansiedad social.³⁵

El origen y naturaleza del trastorno de ansiedad social en psicosis no está bien entendido sin embargo en el intento por conocer mejor este síndrome se han hecho estudios que comparan el trastorno por ansiedad social en depresión sin psicosis y el trastorno por ansiedad social en psicosis, observándose que el trastorno es cualitativamente diferente en estos trastornos.³⁶ Se observa que cuando el trastorno de ansiedad social se presenta en pacientes psicóticos es atípico ya que en lugar de ocasionar sintomatología autonómica se asocia en su lugar a mayor referencialidad a su entorno condicionando una disminución de la cognición social.^{33,35}

A raíz de estas y otras observaciones como las reportadas en el estudio de alto riesgo de Edimburgo donde se considera a la ansiedad situacional como un factor de alto riesgo en la transición a psicosis³⁷, ha aumentado el interés por la relación entre ansiedad y psicosis particularmente en el papel que esta juega en los delirios persecutorios. Freeman sostiene que la ansiedad es inherente a la paranoia y que es probable que desempeñe un papel importante en la formación y mantenimiento de los delirios persecutorios.³⁸

El miedo a la evaluación negativa es considerado como una de las características principales del trastorno por ansiedad social, considerándose que es este entre otras características el que contribuye a evitar o escapar prematuramente de situaciones sociales que generan la respuesta ansiosa. Aunque el trastorno por ansiedad social guarda una evidente relación con la psicosis, el papel que el miedo a la evaluación negativa juega en la sintomatología psicótica aun es controversial, ya que aquellos estudios realizados evaluando pacientes mediante juegos de rol donde el evaluador

considera variables como el contacto visual, latencia de respuestas, inquietud, temblor etc.; muestran que el miedo a la evaluación negativa se asocia a la sintomatología negativa, pero cuando el miedo a la evaluación negativa se evalúa mediante auto reportes se asocia con sintomatología positiva.

En un estudio donde se evaluó, cualitativamente, el trastorno por ansiedad social en pacientes psicóticos y en pacientes no psicóticos se observó que no existían diferencias en cuanto a la sintomatología positiva entre aquellos pacientes psicóticos con y sin trastorno por ansiedad social en lo referente a ideas delirantes de daño y referencia; sin embargo cuando eran evaluados mediante el cuestionario de detalles de Riesgo (DoT) acerca de la creencia de si alguien podría dañarles, un alto número de los pacientes con trastorno por ansiedad social respondió afirmativamente.³³

Los resultados de estos dos estudios son de particular interés ya que se relacionan con los resultados obtenidos en nuestro estudio y que sugieren que es altamente probable que la ansiedad social no está “contaminada” por las ideas delirantes y que probablemente tampoco la sintomatología positiva sea contaminada por las características de la ansiedad social. Esto toma sentido clínico cuando observamos que la ansiedad social es generalizada a todas las personas y situaciones sociales a diferencia de las ideas delirantes que quedan limitadas a ciertas personas o situaciones.

En nuestro estudio al igual que lo reportado en la literatura no se observaron asociaciones entre el miedo a la evaluación negativa y la gravedad de los síntomas positivos, cognitivos y excitabilidad. No obstante, si se observaron asociaciones significativas con la gravedad de los síntomas negativos y síntomas de depresión/ansiedad como ha sido reportado anteriormente. Las implicaciones de estos resultados.

Las implicación que tienen estos resultados es que al ser consistentes con lo reportado por otros estudios que también concuerdan en que el trastorno por ansiedad social guarda una cercana relación con la esquizofrenia pero que cuando se intenta asociar las características clínicas de la ansiedad social con los síntomas positivos no se encuentra relación estadísticamente significativa entre ellos y que por otro lado solo se observa asociación con la sintomatología negativa y depresiva/ansiosa. Esto nos orienta a pensar que no existe interrelación entre estos trastornos al menos en lo referente a la sintomatología positiva y que la presencia de dicho trastorno nos puede explicar poco acerca del origen de los síntomas psicóticos.

Un dato interesante que arrojo la presente investigación, es la observación de una asociación inversa entre el estigma internalizado y el miedo a la evaluación negativa tanto en la totalidad de la muestra ($r=-0.40$, $p<0.001$) como en los hombres ($r=-0.39$, $p=0.001$) y las mujeres ($r=-0.43$, $p=0.02$). Esto no ha sido anteriormente reportado en la literatura y probablemente es indicativo de que a mayor estigma internalizado por parte de los pacientes menor es el miedo a la evaluación negativa. Un estudio realizado por Cavelti y colaboradores en 2012 asoció el estigma internalizado en la esquizofrenia con un mayor “insight” de la enfermedad y a ambos los asoció con un peor pronóstico de la enfermedad con respecto a mayor desesperanza y baja autoestima. Esta asociación inversa entre el miedo a la evaluación negativa y el estigma internalizado, da la impresión de que a estos pacientes ya no les interesa la impresión que los demás guardan de ellos, sería por tanto interesante relacionar estas dos variables con la conciencia de enfermedad.

7.2. Limitaciones y Fortalezas.

Entre las fortalezas de este estudio podemos mencionar que este es uno de los primeros estudios que busca detallar el papel que miedo a la evaluación negativa y el autoestigma juegan en la gravedad de los síntomas psicóticos. Aunque nosotros establecimos que el miedo a la evaluación negativa y el autoestigma no están asociados a la gravedad de síntomas psicóticos no podemos descartar la posibilidad de que las dificultades en las interacciones sociales y la evitación social activa se desarrollen como producto de la alogia, anhedonia y el afecto embotado.

Así mismo otra fortaleza es que una diferencia entre esta investigación y otros estudios como el de Pallanti y colaboradores³⁹ donde no se encuentra una asociación entre el trastorno por ansiedad social y la sintomatología negativa, nuestro estudio encontró una asociación lineal significativa entre el miedo a la evaluación negativa y los síntomas negativos. Nuestro estudio a diferencia de los otros mencionados solo evaluó una característica del trastorno por ansiedad social lo que nos sugeriría que este fenómeno tiene que seguir siendo investigado por la alta asociación que existe entre estos trastornos y la inconsistencia que continua en el reporte de resultados. Es importante mencionar también que como fortaleza de este estudio está el que la investigación arrojará nueva información con respecto a la relación inversa que existe entre el miedo a la evaluación negativa y el estigma internalizado lo que brinda nuevas áreas para investigación con respecto a la interrelación que se guarda entre estas tres entidades.

Existen varias limitaciones en este estudio. En primer lugar, su carácter transversal no permite realizar conclusiones en cuanto a si las características que encontramos en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia han sido constantes a lo largo de la evolución

de los pacientes o si han variado dependiendo del estadio en el que se encontraban. En segundo lugar la evaluación del autoestigma y el miedo a la evaluación negativa se basó en auto-informe, por tanto, no es objetivo. En tercer lugar, puesto que nuestra muestra no fue aleatoria basada en el muestreo de la comunidad, es posible que ciertos sesgos de muestreo existan, ya que la población era cautiva a un servicio que ofrece psicoeducación a pacientes y familiares así como terapia ocupacional en algunos de ellos por lo que es probable que los pacientes con mejores condiciones generales fuesen los que se interesaban en el estudio. Por último, los pacientes con esquizofrenia eran en su mayoría crónicos, lo que impidió la extrapolación de los resultados a paciente con reciente diagnóstico.

7.3. Conclusiones.

Los presentes resultados indican que la gravedad de la sintomatología psicótica no guarda una estrecha relación con el estigma internalizado o con un mayor miedo a la evaluación negativa. Sin embargo, como ha sido reportado en otros estudios, el miedo a la evaluación negativa sí mostró relación específicamente con la sintomatología negativa y los síntomas de depresión/ansiedad. Es la ansiedad social y el estigma internalizado dos malestares frecuentemente observados en los pacientes con esquizofrenia paranoide, por lo que investigaciones dirigidas a indagar estos fenómenos y las relaciones que guardan con la enfermedad, ya que la frecuencia de estos hallazgos ha sido asociada con una peor calidad de vida en los pacientes y una menor adaptación al medio. Un resultado interesante que arrojó esta investigación fue la asociación inversa entre el miedo a la evaluación negativa y el estigma internalizado, este dato sugiere que el paciente al momento de internalizar el estigma disminuye el temor a la evaluación negativa. Es interesante por tanto continuar investigando esta relación ya que ambas variables han

sido se han investigado asociadas a la esquizofrenia pero no existen reportes de estudios que las asocien entre sí.

Bibliografía

1. Sadock BJ, Sadock SV. Sinopsis de Psiquiatría. Décima edición. España: Ed. Wolters Kluwer; 2008: 467-49.
2. Mueser K, McGurk S. Schizophrenia. Lancet 2004;363:2063-2072.
3. Jablensky. A. Epidemiology of Schizophrenia: the global burden of disease and disability. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2000;250:274-285.
4. Tandon R, Keshavan M. Schizophrenia, "just the facts" 4. Clinical features and conceptualization. Schizophr Res 2009;110:1-23.
5. Mazeh D, Aizenberg D. Patients with very-late-onset schizophrenia-like psychosis: A follow-up study. Am J Geriatr Psychol 2005;13:417.
6. Fung K, Tsang H. Self-Stigma of People with Schizophrenia as Predictor of Their Adherence to Psychosocial Treatment. Psychiat Rehabil J 2008;32:95-104.
7. Mak W, Poon C et al. Meta-analysis of stigma and mental health. Soc Sci Med 2007;65:245-261.
8. Link B, Struening E et al. The Consequences of Stigma for the Self-Esteem of People With Mental Illnesses. Psychiat Serv 2001;52:1621-1626.

9. Yanos P, Roe D et al. Pathways Between Internalized Stigma and Outcomes Related to Recovery in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Psychiat Serv* 2008;59:1437-1442.
10. Muñoz M, Sanz M et al. Proposal of a socio-cognitive-behavioral structural equation model of internalized stigma in people with severe and persistent mental illness. *Psychiatry Res* 2010;1-7.
11. King M, Dinos S et al. The stigma Scale: development of a standardized measure of the stigma of mental illness. *Br J Psychiatry* 2007;190:248-254.
12. Corrigan P, Watson A. The Paradox of Self-stigma and mental illness. *Clin Psychol Sci Pract* 2002;9:35-53.
13. Fung K, Thang H. Self-stigma, stages of change and psychosocial treatment adherence among Chinese people with schizophrenia: a path analysis. *Soc Psychiat Epidemiol* 2010;45:561-568.
14. Karidi M, Stefanis C et al. Perceived social stigma, self-concept, and self-stigmatization of patient with schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2010;51:19-30.
15. Corrigan P, Watson A et al. The Self-Stigma of mental illness: implication for self-esteem and self-efficacy. *J Soc Clin Psychol* 2006;25:875-884.
16. Watson D, Fried R. Measurement of social-evaluative anxiety. *J Consult Clin Psychol* 1969;4:448-457.

17. Pilkonis P. Shyness, public and private and its relationship to other measures of social behavior. *J Personality* 1977;45:585-595.
18. Goldberg. J. Shyness, sociability and social dysfunction in schizophrenia. *Schizophr Res* 2001;48:343-349.
19. Freeman D, Garety P et al. Acting on persecutory delusions: the importance of safety seeking. *Behav Res Ther* 2007;45:89-99.
20. Carleton R, Collimore K et al. Asmundson. Social anxiety and fear of negative evaluation: construct validity of the BFNE-II. *J Anxiety Disord* 2007;21:131-141.
21. Flores S, Medina R. Estudio de traducción al español y evaluación psicométrica de una escala para medir el estigma internalizado en pacientes con trastornos mentales graves. *Salud Mental* 2011;34:333-339.
22. Fresan A, De la Fuente-Sandoval C, Loyzaga C. A forced five-dimensional factor analysis and concurrent validity of the Positive and Negative Syndrome Scale in Mexican schizophrenic patients. *Schizophr Res* 2005;72:123–129.
23. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13(2): 261-76.

24. Kay SR, Opler LA, Lindenmayer JP. Reliability and validity of the positive and negative syndrome scale for schizophrenics. *Psychiatry Res* 1988; 23: 99-110.
25. Robles-Garcia R, Paez F, Fresan A. Is it me? Fears of Causing Discomfort to others and of negative evaluation as predictors of social anxiety in men and women from a community sample of Mexico. *Trait Anxiety: Psychology of emotions, motivations and actions*. Nova Science Publishers 2012;155-169.
26. Camisa KM, Bockbrader MA, Lysaker P. Personality traits in schizophrenia and related personality disorders. *Psychiatry Res* 2005;133:23–33.
27. Park S, Bennett M, Couture S, Blanchard J. Internalized stigma in schizophrenia: Relations with dysfunctional attitudes, symptoms, and quality of life. *Psychiatry Res* 2013;205: 43–47.
28. James D, Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 2010;71:2150e2161.
29. Arranz T, Bellido J, Bosque O, et al. Comorbilidad en los trastornos de personalidad. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr*. 1993; 21: 33-38.
30. Baron M, Gruen R, Asnis L, et al. Age of onset in Schizophrenia and Schizotypal Disorders. Clinical and Genetic Implications. *Neuropsychobiology* 1983; 10: 199-204.

31. Berenbaum H, Fujita F. Schizophrenia And Personality: Exploring The Boundaries Arid Connections Between Vulnerability And Outcome. *J Abnorm Psychol* 1994; 103:148- 156.
32. Ti-laker C, Adami H, Moran M, et al. Psychiatric Illnesses In Families Of Subjects With Schizophrenia-Spectrum Personality Disorders: High Morbidity Risks For Unespecilfied Functional Psychosis And Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 66-71.
33. Michail M, Birchwood M. Social anxiety disorder in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry* 2009;195: 234–241.
34. Davidson J, Hughes D, George L, Blazer D. The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychol Med* 1993; 23: 709–18.
35. Birchwood M, Trower P, Brunet K, Gilbert P, Iqbal Z, Jackson C. Social anxiety and the shame of psychosis: a study in first-episode psychosis. *Behav Res Ther* 2007; 45: 1025–37.
36. Pallanti S, Quercioli L, Hollander E. Dr Pallanti and colleague reply (letter). *Am J Psychiatry* 2005; 162: 400–1.
37. Johnstone CE, Ebmeier KP, Miller P, Owens DGC, Lawrie SM. Predicting schizophrenia: findings from the Edinburgh High-Risk Study. *Br J Psychiatry* 2005; 186: 18–25.
38. Freeman D Garety PA, Kuipers E. Persecutory delusions: developing the understanding of belief maintenance and emotional distress. *Psychol Med* 2001; 31: 1293–306.

39. Birchwood M, Trower P, Brunet K, Gilbert P, Iqbal Z, Jackson C. Social anxiety and the shame of psychosis: a study in first-episode psychosis. *Behav Res Ther* 2007; 45: 1025–37.

Anexos

ESTIGMA INTERNALIZADO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE Y SU ASOCIACION CON EL MIEDO A LA EVALUACION NEGATIVA Y LA GRAVEDAD DE LOS SINTOMAS PSICOTICOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

Nombre _____ del
Paciente: _____

Lo estamos invitando a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, este estudio requiere de su consentimiento voluntario. Lea cuidadosamente la siguiente información y no dude en preguntar todo aquello que no entienda claramente.

Programa a Efectuar

El objetivo es estudiar por medio de entrevistas y escalas a pacientes que han sido diagnosticados con esquizofrenia. Nos interesa estudiar el fenómeno del estigma internalizado en este tipo de padecimientos.

Para el estudio, requerimos de su cooperación con el objeto de contar con la mayor cantidad posible de información sobre su padecimiento actual. Para el diagnóstico y evaluación de sus síntomas, se utilizarán entrevistas médicas y escalas clínicas.

Procedimientos del estudio

Si usted acepta participar en este estudio, será entrevistado por psiquiatras expertos para el establecimiento del diagnóstico clínico. Una vez establecido el diagnóstico, se le realizarán algunas preguntas relacionadas a la forma en la que se ha sentido y se le pedirá contestar un cuestionario dirigido a conocer algunas de sus experiencias o sentimientos estigmatizantes. La realización de estas entrevistas no tiene riesgo alguno para usted.

- 1.- Se le pedirá su cooperación para realizar las entrevistas.
- 2.- Si usted cambia de domicilio o teléfono, avise al 551 930 8364. Estos datos servirán para poder asegurar que las evaluaciones se cumplan.
- 3.- No se le cobrará ningún recargo económico por la realización de las evaluaciones relacionadas con esta investigación.
- 4.- Su participación es voluntaria y previa consulta con los investigadores asignados, podrá retirarse del estudio en el momento que lo desee sin que esto afecte su atención y tratamiento en esta Institución.

Ventajas Posibles

- 1.- Las evaluaciones realizadas en este estudio permitirán conocer mejor la naturaleza de la enfermedad.
- 2.- Usted podrá discutir con el responsable del estudio sobre los hallazgos de las entrevistas y estudios que se le realicen.
- 3.- Indirectamente usted ayudará a otros pacientes al contribuir en el conocimiento sobre la naturaleza y evolución de estas enfermedades mentales y su relación con la personalidad.

Confidencialidad

Los datos obtenidos a partir de estas entrevistas son confidenciales. Se asignará un código a los expedientes, por lo que su nombre no aparecerá en ninguno de los reportes o artículos científicos que se elaboren con la información obtenida.

Disposiciones Generales

Si usted tiene necesidad de informaciones complementarias no dude en comunicarse con la responsable del proyecto, Dra. Ana Fresán o el Dr. Francisco Osorio, durante horas regulares de trabajo al 56552811.

Carta de Consentimiento

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Entiendo que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier etapa del estudio.

Basado sobre esta información, acepto voluntariamente participar en este estudio.

Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi cuidado médico. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además, recibí una copia de la hoja de información.

• Contacto

Si tengo alguna pregunta, puedo contactar a Dra. Ana Fresán o al Dr. Francisco Osorio al teléfono 56552811

Firma del Paciente

Fecha

Nombre del Paciente

Firma del Testigo

Fecha

Nombre del Testigo

Firma del Testigo

Fecha

Nombre del Testigo

Firma del Investigador

Fecha

Nombre del Investigador