



---

---

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA**

**INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGIA**

**MANUEL VELASCO SUAREZ**

**Medición Del Estigma Internalizado A Través De La Escala De Estigma De King En  
Pacientes Con Epilepsia Del INNN**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA**

**EN PSIQUIATRÍA**

**PRESENTA**

**KAREN MEJÍA MARTÍNEZ**

**TUTOR DE TESIS**

**DR. EDGAR DANIEL CRAIL MELÉNDEZ**



Ciudad de México, diciembre 2018



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.



---

**DR. PABLO LEON ORTIZ**  
**DIRECTOR DE ENSEÑANZA**

---

**DR. EDGAR DANIEL CRAIL MELÉNDEZ**  
**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE PSIQUIATRÍA**

---

**DR. EDGAR DANIEL CRAIL MELÉNDEZ**  
**TUTOR DE TESIS**

## Índice

- I. Marco Teórico
- II. Planteamiento del Problema
- III. Justificación
- IV. Objetivos
- V. Metodología
- VI. Resultados
- VII. Discusión
- VIII. Limitaciones
- IX. Conclusiones
- X. Referencias
- XI. Apéndice

## I. Marco Teórico

### Generalidades

El estigma es típicamente un proceso social, experimentado o anticipado, caracterizado por la exclusión, rechazo, culpa o devaluación que resulta de la experiencia, percepción o anticipación de un juicio social adverso sobre una persona o grupo. Goffman propone en 1963 que el término estigma se remonta desde la cultura griega quienes cortaban o marcaban la piel de criminales, esclavos y traidores con el fin de identificarlos como personas inmorales que se debían evitar. Actualmente, es un atributo (físico, discapacidad, conducta diferente o características de la enfermedad) que resulta en desaprobación social, una diferencia social que desacredita.<sup>1 2 3 4</sup>

La mayoría de las definiciones abarcan dos componentes fundamentales: reconocimiento de la diferencia y devaluación. El estigma ocurre en interacciones sociales, no reside en las personas sino en el contexto social. Desde la perspectiva de la psicología social puede tener varias funciones como: <sup>1</sup>

- Explotación y dominación para mantener desigualdades entre grupos
- Fomenta desviaciones para conformar normas de grupos excluyentes
- Evitar la enfermedad
- Desde un punto de vista evolutivo la exclusión de las desviaciones protege de las enfermedades infecciosas y por lo tanto, contribuye a la supervivencia.

El estigma es un proceso que involucra el reconocimiento de las diferencias, activación de estereotipos, prejuicios y discriminación hacia la persona o grupo con dicha diferencia. <sup>1</sup>

### Clasificación del estigma

Pryor y Reeder en el 2011 proponen un modelo construido con teorías previas que representa 4 manifestaciones principales de estigma dinámicamente interrelacionadas.

- Estigma social o público Es a nivel de grupos y representa las reacciones sociales y psicológicas de grandes grupos de personas hacia alguien que perciben con una diferencia, una condición estigmatizante. Comprende las reacciones cognitivas, afectivas y conductuales de aquellos que estigmatizan. Este es el núcleo del modelo porque en este nivel surge el entendimiento consensual de que un atributo social es devaluado.
- Estigma estructural es a nivel de sistemas. Se refiere a las reglas, políticas y procedimientos de entidades públicas y privadas, en posiciones de poder, que restringen los derechos y oportunidades de personas con una condición estigmatizante (por ejemplo, enfermedades mentales). La ideología cultural está plasmada en las prácticas institucionales por lo que estas diferencias en poder y estatus están legitimizadas y las desventajas y exclusión social son perpetuadas.
- Estigma por asociación implica reacciones sociales y psicológicas a las personas asociadas con personas estigmatizadas.

- Estigma internalizado, auto-estigma o estigma sentido, es a nivel individual y refleja el impacto social y psicológico de poseer el estigma, se puede describir como la internalización potencial de las creencias negativas (estereotipos) y emociones asociadas con la condición estigmatizada.

En el contexto de enfermedad mental se puede describir que surge de la aceptación de los prejuicios sociales, y es común a todos los sujetos que son pacientes psiquiátricos. Es un proceso maladaptativo en el que las personas aceptan los prejuicios sociales e integran esta evaluación a su autoconcepto.<sup>1</sup>

Livingston diferencia el estigma sentido del estigma internalizado. El estigma sentido se refiere a la descripción de las consecuencias negativas que se originan en el individuo estigmatizado al darse cuenta como la sociedad lo percibe y actúa hacia él o ella, y al grupo al que pertenece; el estigma internalizado se refiere al proceso de aceptar la evaluación negativa de la sociedad y a la incorporación de esta al sistema de valores e identidad personales.<sup>5</sup>

Con respecto al estigma internalizado relacionado a la salud Weiss en el 2006 menciona que es un proceso social experimentado o anticipado caracterizado por: exclusión, rechazo o devaluación que resulta de la experiencia, percepción o anticipación de un juicio social negativo.<sup>3</sup>

En síntesis, Livingston en el 2010 define al estigma internalizado como un proceso subjetivo en el contexto sociocultural que puede estar caracterizado por emociones negativas, acerca de uno mismo, comportamiento maladaptativo, transformación de la identidad o adjudicación de estereotipos que resulta de las

experiencias del sujeto, percepción o anticipación a las reacciones sociales negativas basadas en su enfermedad mental. Reconoce las fuerzas macrosocioculturales que influyen en el proceso subjetivo e individualizado.

El estigma internalizado se puede entender como una serie de etapas:

- 1) La persona toma conciencia de las etiquetas sociales
- 2) Está de acuerdo con las etiquetas
- 3) Aplica esas etiquetas así mismo
- 4) Subsecuentemente sufre de baja autoestima y autoeficiencia

El estigma internalizado está asociado a calidad de vida más baja, menores niveles de esperanza, bajo empoderamiento, disminución en el apoyo social y aumento en la severidad de síntomas psiquiátricos; está conectado con disminución en el funcionamiento social y laboral, con mayor discriminación, correlaciona con suicidios y conductas suicidas. <sup>5</sup>

## Epilepsia y Estigma

La epilepsia es uno de los problemas de salud pública más comunes e incapacitantes, afectando a aproximadamente 50 millones de personas en todo el mundo. Una de las principales características de la epilepsia son crisis convulsivas no provocadas y recurrentes, con un pronóstico bueno, pero en el 20 al 30% de las personas con epilepsia serán resistentes a tratamiento, que además estará asociado a un riesgo mayor de comorbilidad psiquiátrica y baja calidad de vida. <sup>6</sup>



La condición de epilepsia se encuentra atrapada entre 2 discursos: el biomédico y el social, ya que también es una etiqueta, lo que significa que las múltiples y evolucionadas construcciones de epilepsia tienen el potencial de moldear la forma en que la condición es conocida y experimentada.

Temkin refiere que, con algunas excepciones, la epilepsia ha sido un trastorno desacreditado a través del tiempo y el espacio, lo cual lleva al cuestionamiento si los seres humanos están predispuestos a la amenaza de las convulsiones, algunas explicaciones de esto se centran en el miedo que las convulsiones pueden generar en otros. Al perder el control, las personas con convulsiones son vistas como "con una regresión a lo primitivo" y, por lo tanto, representando un "terror anómico" a aquellos sin convulsiones. Al representar la debilidad humana y lo impredecible, ellos son vistos como "excepcionalmente peligrosos" y una afrenta a los valores sociales. Las convulsiones ultrajan el orden social a través de su impredecibilidad, presentación típicamente dramática y el sentido de impotencia que genera en otros. Dichas explicaciones se basan en un estereotipo poderoso en el que todas las convulsiones son generalizadas y que todos los pacientes tienen una epilepsia crónica e incapacitante, y la diversidad de la epilepsia y las convulsiones asociadas son ignoradas.

La propuesta de Goffman de que un amplio rango de imperfecciones será atribuido a la persona estigmatizada porque tienen un trastorno queda reflejada en las teorías biomédicas acerca de la epilepsia (por ejemplo, la relación entre epilepsia y conductas violentas o criminales). Dicho razonamiento ha sido central para la personalidad epiléptica, se ha pensado que las persona con epilepsia tiene un

repertorio indeseable de tendencias además de las convulsiones que incluye agresividad, hiperreligiosidad e hipersexualidad.

Estas ideas científicas acerca de la epilepsia, fundamentalmente defectuosas, son traspasadas por connotaciones públicas negativas como muestran varios estudios sobre el conocimiento y las actitudes de la epilepsia en la población general. Encuestas realizadas por Harrison y West, y Scambler reportan que las personas con epilepsia son comúnmente caracterizadas como agresivas y potencialmente violentas, retrasadas, débiles, perezosas, lentas, antisociales y físicamente no atractivas. Reis argumenta que a pesar de que estos estereotipos clásicos de la epilepsia han dejado de tener resonancia han dado lugar a estereotipos nuevos en los que las personas con epilepsia son consideradas como introvertidas, menos abiertas que otros, y más ansiosos. La aplicación generalizada de estos estereotipos, aunque, estén basados en evidencia biomédica actual, por ejemplo, asociaciones entre epilepsia y morbilidad psicológica, discapacidad del aprendizaje y alteraciones cognitivas relacionadas a los fármacos; continúan inquietando a las personas con epilepsia.<sup>7</sup>

El trabajo teórico en estigma ha tendido a enfatizar dos dimensiones importantes, visibilidad o encubrimiento y el curso o controlabilidad, cada una de estas tienen relevancia para la epilepsia. Las convulsiones, particularmente las que son generalizadas, pueden ser difíciles de ocultar y volverse más prominentes a lo largo del tiempo. Cuatro dimensiones adicionales del estigma se han propuesto: disruptividad, estética, origen y peligro, y cada uno se relaciona con el estigma asociado a la epilepsia. Las convulsiones son claramente disruptivas para la

interacción social; y dependiendo de sus manifestaciones específicas también pueden ser estéticamente displacenteras. El legado de la idea de que la epilepsia es un producto del pecado y posesión significa que la causa de la epilepsia sea ambigua, y a pesar de que las convulsiones representen el un peligro mucho mayor para quienes tiene epilepsia que para los que no. La cuestión del peligro se hace eco en viejas ideas de la epilepsia como un contagio y que comúnmente lleve a su ostracismo social. <sup>8 9</sup>

Das y colaboradores argumenta que mientras el sentido de pérdida es el foco de las personas con enfermedades crónicas no estigmatizantes o discapacidad, en aquellas con enfermedades estigmatizantes principalmente experimentan culpa y vergüenza. La idea de que los trastornos estigmatizantes simbolizan una amenaza a la moral del universo es sumamente relevante. Schneider y Conrad reportan que los informantes de su investigación, que eran conocedores de la epilepsia como una nueva "carga moral" y no como una simple etiqueta clínica, se percibían con una condición más allá que solo las convulsiones. También otros investigadores describen la manera en que los miembros de la familia actúan como árbitros del significado moral de tener epilepsia, repetidamente inculcando la sensación de vergüenza y culpa en aquellos que padecen el trastorno. <sup>7 10</sup>

Kleinman describió como en las culturas chinas la carga moral unida la epilepsia no solo afecta a la persona, sino también amenaza las aspiraciones familiares y las oportunidades de vida a través de un proceso de "estigma de cortesía": por miedo a la deshonra familiar, las personas con epilepsia eran aisladas en casa y su diagnóstico mantenido en secreto.<sup>7</sup>

En el análisis del estigma de Goffman, hace una distinción entre trastornos que son desacreditados y desacreditables: el primero es obvio para los otros, y en el último el estigma no es perceptible inmediatamente. Debido a que las manifestaciones de la epilepsia (convulsiones) son transitorias, la epilepsia es un trastorno desacreditable. La principal dificultad en el manejo de un trastorno desacreditable es el control de la información.<sup>7 11</sup>

Muchas personas con epilepsia generan historias complejas de sus síntomas para disfrazar el trastorno o los síntomas que saben serán estigmatizados, a pesar de que la clandestinidad impresiona ser la estrategia principal, parece que es específica a una situación dada más que una respuesta generalizada. Goffman también sugiere que las personas estigmatizadas tratarán de deshacerse del estigma –en el caso de la epilepsia buscarán tratamiento para el control de las crisis. El problema que Goffman vio al "ser alguien que alguna vez estuvo contaminado" puede que no afecte a las personas con epilepsia: si no es curable, solo controlable, la amenaza de "contaminación" podría no descartarse.<sup>7 12</sup>

Scambler hizo una importante distinción teórica entre el estigma sentido (es decir, la vergüenza de ser epiléptico y el miedo de encontrar el estigma promulgado), el estigma que es promulgado (es decir, episodios actuales de discriminación, formal e informal, en contra de las personas con epilepsia únicamente por el hecho de tener epilepsia). Scambler propone un modelo de "angustia oculta" en el que las personas con epilepsia temerosas de experimentar el estigma promulgado llevan una política activa de no revelación. Al hacerlo, ellos reducen la probabilidad de encontrar el estigma promulgado y aumenta el estrés del

manejo del trastorno, con el resultado de que el estigma ha tenido un efecto más destructivo en sus vidas.<sup>7 13</sup>

Jacoby en 1994 exploró la distinción entre el estigma sentido y promulgado en una cohorte de personas con epilepsia en remisión y encontró que mientras solo un porcentaje pequeño de los entrevistados atribuían problemas laborales específicos con tener epilepsia, un tercio pensó que por tener epilepsia les dificultaba obtener un trabajo. Scambler revisó recientemente su modelo de "angustia oculta" y concluyó que da una explicación creíble, tal vez limitada del estigma asociado a la epilepsia. Ciertamente, estudios realizados en países más desarrollados, el estigma sentido se reporta en el 50% de las personas con epilepsia, a pesar de los avances clínicos, sigue siendo una preocupación importante.<sup>7</sup>

En México se realizó un estudio cualitativo transversal con abordaje etnográfico con el objetivo de observar cómo opera el estigma en las personas con epilepsia en el nivel internalizado, interpersonal e institucional. Exploraron experiencias y puntos de vista en personas con epilepsia. Y reportan lo siguiente: <sup>14</sup>

- Los participantes describen que la epilepsia no es evidente a cada momento, pero cuando sucede una convulsión, es imposible ocultarla. Todos explican que, en sus contextos culturales, su condición es conocida por toda la comunidad. Incluso cuando las convulsiones son infrecuentes, el conocimiento de otros acerca de que padecen epilepsia evita que sean tratados como "normales".

- Describen que tener una crisis convulsiva en público es una situación muy estresante, el evento provoca impresiones negativas en otros, y las actitudes son de rechazo o miedo a tomar responsabilidad. La gente los percibe como peligrosos. Los observadores tienden a asociar las convulsiones con demonios, fuerzas sobrenaturales, pecado, locura, contagio y castigo divino.
- El estigma internalizado en las personas con epilepsia se vuelve evidente cuando indican que incluso sin convulsiones, sería imposible tener una vida normal. Los encuentros sociales diarios son eventos estresantes porque ellos perciben que la gente los trata fríamente, no quieren que estén allí. Consecuentemente, las personas con epilepsia evitan contactos sociales y se vuelven aislados. Guo y colaboradores reportan que el miedo a tener la siguiente crisis era el mayor problema psicológico en las personas con epilepsia; creen que este evento puede reforzar actitudes negativas en contextos en los que las personas saben que tienen una enfermedad o puede iniciar el proceso de estigmatización en situaciones sociales nuevas.
- La experiencia e internalización del estigma, la baja participación en actividades laborales y escolares, las escasas interrelaciones con pares y pareja pueden ser igual a pesar de la respuesta al tratamiento. <sup>15</sup>

La escala de estigma internalizado de King compuesta por 28 reactivos que se evalúan con una escala tipo Likert de cinco puntos que va de «muy de acuerdo» a «muy en desacuerdo» (0 a 4); para integrar 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, incluye actos de discriminación realizados por personal de salud, empresarios y policías. La subescala de divulgación interroga acerca de la vergüenza o el temor a divulgar o manejar la información acerca de la enfermedad para evitar la discriminación. La última subescala, la de aspectos positivos, determina cómo la gente acepta su enfermedad y muestra la forma en que los sujetos se perciben menos afectados por el estigma. A mayor puntaje total más alto es el nivel de estigma internalizado del paciente, pues se invierten las calificaciones de los reactivos que evalúan los aspectos positivos.<sup>16</sup>

La ISS original (en inglés) cuenta con adecuada consistencia interna con puntajes alpha de Cronbach de 0.87 para el total, de 0.87 para la subescala de discriminación, 0.85 en la de divulgación y 0.64 en la de aspectos positivos. Además, el análisis factorial confirmó la estructura hipotetizada al arrojar tres factores: el primero (discriminación) explica el 25.4% de la varianza en la puntuación, el segundo (divulgación) un 10.08% y finalmente el tercero, de aspectos positivos, el 7.24%.<sup>16</sup>

## II. Planteamiento del problema

Con base en estos antecedentes y las consecuencias que tiene el estigma internalizado como son: una calidad de vida más baja, menores niveles de esperanza, disminución en el apoyo social y aumento en la severidad de síntomas psiquiátricos; que a su vez están conectados con disminución en el funcionamiento social y laboral y con mayor discriminación consideramos trascendente evaluar cuantitativamente los niveles de estigma internalizado en pacientes mexicanos con epilepsia, con el fin de hacer un diagnóstico serio del fenómeno y con miras a proponer estrategias para su atención.<sup>5</sup>

"Lo esencial para la comprensión científica del estigma es nuestra capacidad de observarlo y medirlo"<sup>5</sup> a través de un instrumento clinimétricamente adecuado.



### III. Justificación

La epilepsia, que es una de las enfermedades neurológicas con mayor incidencia global, quienes la padecen enfrentan no solo problemas y limitaciones que surgen de factores orgánicos de la enfermedad, también estigma y prejuicio. El estigma es el problema más difícil de enfrentar, aun cuando se compara con las implicaciones clínicas de la enfermedad.<sup>17</sup>

Es importante mencionar que el estigma relacionado con la epilepsia no es solo un asunto privado de las personas que padecen esta enfermedad, sino que tiene implicaciones importantes en la salud pública, de modo que la reducción de las cargas individuales y sociales de la epilepsia debería ser una prioridad los gobiernos y los sistemas de salud en todo el mundo. Existen pocas investigaciones en las que se estudian las intervenciones para reducir el estigma.

MacInnes, y Lewis en el 2008 realizaron una investigación con el objetivo de determinar si un programa de seis sesiones con un enfoque cognitivo (con un énfasis específico en el desarrollo de autoaceptación incondicional) reduciría el estigma internalizado en un grupo de pacientes con trastornos mentales graves. Los resultados indican que, durante las 6 semanas del programa, hubo una reducción significativa en el estigma internalizado, así como un aumento en las creencias de autoaceptación, un aumento en la autoestima y una mejora en la psicología general salud. Los autores sugieren que el programa permitió a los participantes cuestionar la legitimidad percibida de la estigmatización.<sup>18</sup>

En Japón, Shimotsu y colaboradores en el 2014 evaluaron la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) grupal para reducir el estigma internalizado y examinaron la relación entre la reestructuración cognitiva y el estigma internalizado. Administraron un programa de TCC grupal de 10 sesiones a 46 pacientes japoneses ambulatorios con síntomas de ansiedad y depresión (36 hombres, 10 mujeres, edad media = 38.57 años, SD = 8.33; 20 con trastornos afectivos; 24 con trastorno relacionados al estrés o trastornos somatoformos, y 2 con otros trastornos). Se utilizó un diseño de prueba previa y posterior para examinar la relación entre la reestructuración cognitiva y el estigma internalizado. Los resultados se midieron utilizando las versiones japonesas de la Escala de Devaluación y Discriminación, la Escala de Actitud Disfuncional, el Inventario de Depresión Beck II y la Escala de Autoestima de Rosenberg. Los participantes mostraron mejoras significativas en depresión, ansiedad y el sesgo cognitivo inadaptado y la reducción del estigma internalizado. El sesgo cognitivo se correlacionó significativamente con el estigma internalizado, además concluyeron que la reducción del estigma internalizado desempeña un papel mediador en el alivio de los síntomas emocionales y la mejora de la cognición.<sup>19</sup>

En Suecia, Hasson, Lexén y Holmén en el 2017 investigaron la efectividad de una intervención contra el estigma internalizado basada en grupos, con reforzamiento narrativo y terapia cognitiva (NECT) como un complemento al tratamiento habitual, con respecto a cambios en el estigma internalizado, autoestima y calidad de vida subjetiva. Incluyeron a 106 participantes en un ensayo controlado aleatorizado que utilizó un grupo de control de lista de espera, de los

cuales 87 completaron el estudio. Las evaluaciones se realizaron al inicio del estudio, al finalizar la intervención y a los 6 meses de seguimiento (solo en el grupo de intervención). Los resultados mostraron que NECT fue eficaz para reducir el estigma internalizado y mejorar la autoestima en comparación con el tratamiento habitual. Los resultados de la escala de estigma internalizado de enfermedad mental versión corta, en el grupo de intervención previo y postratamiento fueron 81.49 y 67 respectivamente, con  $p = 0.013$ . No se mostraron diferencias con respecto a la calidad de vida subjetiva. Los cambios mostrados en el grupo de intervención al término de la intervención se mantuvieron estables en el seguimiento de 6 meses. Un análisis de regresión mostró que había una relación positiva entre la exposición a la intervención y la reducción del estigma internalizado.<sup>20</sup>

En el 2016 Sajatovic y colaboradores realizaron una revisión sistemática de la literatura con el objetivo de comprender los conceptos erróneos y estigma en torno a la epilepsia en las sociedades occidentales, además de identificar información clave para modificar estos conceptos erróneos a fin de limitar el estigma, y uno de los intereses principales de los autores fueron los estudios sobre las intervenciones para reducir el estigma. Ochenta y una publicaciones cumplieron los criterios de inclusión. La mayoría de los estudios fueron de América del Norte (N = 27), Europa / Turquía (N = 32) y América Central / del Sur (N = 19). Dos eran del Caribe y uno de Australia. Solo 12 estudios incluyeron una intervención, y de estos, solo uno se realizó en los Estados Unidos. El número de participantes en los estudios varió ampliamente, de 20 a más de 1300. La mayoría de los estudios (N = 9) fueron ensayos prospectivos no controlados; tres fueron ensayos controlados

aleatorizados. Las Intervenciones estuvieron dirigidas a estudiantes de primaria (N = 3), estudiantes de secundaria (N = 1) y estudiantes universitarios (N = 2), así como a maestros (N = 4) y profesionales de la salud (N = 2).<sup>21</sup>

En consonancia con los entornos pedagógicos y clínicos, las intervenciones se basaron en la comunicación de información sobre la salud a través de conferencias u otros planes de estudios formales y largos para capacitar o educar a su público objetivo. Los estudios presentaron información objetiva sobre el tratamiento de las convulsiones, las implicaciones de la epilepsia y los primeros auxilios para alguien que tuvo una convulsión a través de videos, conferencias y simulaciones para permitir la conformación cognitiva de las actitudes.

Una combinación de conferencias, cursos o seminarios fueron los enfoques de comunicación más utilizados (N = 4). Las combinaciones de seminarios, conferencias, capacitaciones y cursos se clasificaron bajo el mismo enfoque porque no había factores distintivos en las secciones de métodos breves en estos documentos de intervención.

Otra estrategia de intervención popular (N = 3) fue una modalidad audiovisual mixta que incluía la discusión y / o el juego de roles. A continuación, solo se utilizó una conferencia (N = 1) o una conferencia con discusión (N = 1). Otras estrategias incluyeron simulación [34] (N = 1), video solamente [26] (N = 1) y sesión educativa con kits educativos (N = 1). En general, los estudios demostraron mejoría en el conocimiento de la epilepsia y una mejor actitud hacia las personas con epilepsia.

Los resultados sugirieron mejores conocimientos y actitudes sobre la epilepsia para varios marcos de tiempo posteriores a la intervención (de inmediato a dos años). Sin embargo, estos estudios de intervención no evaluaron si este conocimiento adicional o cambio de actitud se tradujo en cambios conductuales mensurables en entornos del mundo real. Además, cómo se trató el estigma de la epilepsia no es consistentemente claro en las intervenciones de comunicación sobre la salud.<sup>21</sup>

Por lo anterior, es necesario contar con las herramientas necesarias para la medición del estigma con la finalidad de tener parámetros objetivos que nos puedan indicar que tan efectivas pueden ser las intervenciones para combatirlo.

#### IV. Objetivos

##### a. General

Identificar el grado de estigma internalizado en pacientes con epilepsia del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

##### b. Específicos

- Identificar el grado de discriminación a la cual son sometidos los pacientes con epilepsia
- Determinar el grado de divulgación de la enfermedad en pacientes con epilepsia
- Describir aspectos positivos de la enfermedad
- Presentar el grado de estigma internalizado en pacientes con epilepsia

## V. Metodología

Se diseñó un estudio exploratorio y descriptivo orientado a identificar, describir y determinar el estigma internalizado en paciente con epilepsia del INNN.

El muestreo de tipo no probabilístico, de casos consecutivos con cualquier tipo de epilepsia.

### a. Criterios de selección del estudio

#### - Criterios de inclusión

- Pacientes del INNN con diagnóstico de epilepsia
- Edad 15-80 años
- Saber leer y escribir
- Aceptar participar en el estudio
- Firma de consentimiento informado

#### - Criterios de exclusión

- Pacientes que no puedan contestar la escala

### b. Procedimiento

Se invitó a pacientes con epilepsia que se encontraban en el servicio de consulta del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez a participar en el estudio. A los que aceptaron se les solicitó su autorización con la firma del consentimiento informado.

A cada paciente se le entregó una copia de la escala auto aplicable y se completaron los datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes mediante la revisión de expedientes clínicos.

Para el análisis de resultados se utilizó el software SPSS versión 25 y se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión.

c. Consideraciones éticas

Los procedimientos se realizaron acorde a los estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Título segundo, capítulo I Artículo 17, Sección I, investigación sin riesgo, que requiere consentimiento informado. Ej.- cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos, etc.



## VI. Resultados

Se obtuvo una muestra total de 81 pacientes; de los cuales 59 fueron del sexo femenino y 22 del sexo masculino, con predominio del estado civil soltero. En la Tabla 1 se muestran las características sociodemográficas.

Tabla 1. Variables Sociodemográficas

Variable	Valor (N=81)
Sexo F/M	59/22 (72.8%/27.2%)
Edad <ul style="list-style-type: none"><li>• Media</li><li>• Mínima</li><li>• Máxima</li></ul>	35.7 años 16 años 67 años
Estado Civil <ul style="list-style-type: none"><li>• Soltero</li><li>• Casado</li><li>• Unión Libre</li><li>• Divorciado</li></ul>	76.5% N= 62 11.1% N= 9 1.2% N= 1
Escolaridad <ul style="list-style-type: none"><li>• Sin estudios</li><li>• Primaria</li><li>• Secundaria</li><li>• Preparatoria</li><li>• Licenciatura</li><li>• Posgrado</li></ul>	1.2% N= 1 9.9% N= 8 34.6% N= 28 28.4% N= 23 22.2% N= 18 2.7% N= 3
Ocupación <ul style="list-style-type: none"><li>• Empleado</li><li>• Estudiante</li><li>• Hogar</li></ul>	35.8% N= 29 11.1% N= 9 53.1% N= 43

Se describieron también las variables clínicas neurológicas y psiquiátricas para una mayor comprensión de la población estudiada. Con respecto a las variables neurológicas se dividieron a los pacientes de acuerdo con la etiología,

localización y tipo de crisis (ver Tabla 2); y las variables psiquiátricas se clasificaron según diagnósticos. (ver Tabla 4).

Tabla 2. Variables Clínicas Neurológicas.

Variable	Valor
Etiología	
• Estructural/Metabólica	28.4% N= 23
• Genética	1.2% N= 1
• Desconocida	61.7% N= 50
Foco Epiléptico	
• Sin Foco	11.1% N= 9
• Lóbulo Temporal	44.4% N= 36
• Lóbulo Frontal	8.6% N= 7
• Lóbulo Frontotemporal	6.2% N= 5
• Multifocal	1.2% N= 1
• Desconocido	28.4% N= 23

Tabla 3. Variables Clínicas Psiquiátricas.

Variable (Patología Psiquiátrica)	Valor
Ninguna	34.6% N= 28
Depresión	16% N= 13
Trastorno de Ansiedad	9.9% N= 8
Trastorno Conversivo	12.3% N= 10
Cambio de Personalidad	6.2% N= 5
Psicosis	2.5% N= 2
Depresión y Ansiedad	1.2% N= 1
Depresión y Trastorno Conversivo	3.7% N= 3
Depresión y Cambio de Personalidad	2.5% N= 2
Ansiedad y Psicosis	1.2% N= 1
Ansiedad y Trastorno Conversivo	1.2% N= 1
Ansiedad y Cambio de personalidad	1.2% N= 1
TEPT y Trastorno Conversivo	1.2% N=1
Cambio de personalidad y Psicosis	3.7% N= 3
Esquizofrenia	2.5% N=2

TEPT trastorno de estrés postraumático.

Las frecuencias de los puntajes de la escala total y de las subescalas se muestran en la Tabla 4.

Tabla 4. Puntajes Escala de Estigma Internalizado de King

	Escala de estigma (28 reactivos)	Subescala de discriminación (13 reactivos)	Subescala de divulgación (10 reactivos)	Subescala de aspectos positivos (5 reactivos)
Media	66.59	30.41	22.75	13.41
Desviación	16.30	9.98	8.24	3.35
Rango	76	49	36	19
Mínimo	28	3	4	1
Máximo	104	52	40	20

## VII. Discusión

La finalidad de este estudio fue la medición de los niveles de estigma internalizado a través de la Escala de Estigma de King, así como los niveles de divulgación, discriminación y aspectos positivos.

Los resultados obtenidos con respecto al puntaje total de la escala fue una media de 66.59 y con una desviación estándar de 16.30. En el estudio realizado por Flores Reynoso y colaboradores en pacientes con trastornos mentales graves y persistentes reportan un puntaje total 60.15 (media) con una desviación estándar 17.17, en el estudio realizado por King fue de 62.6 con una desviación estándar 15.4. A mayor puntaje total más alto es el nivel de estigma internalizado del paciente, pues se invierten las calificaciones de los reactivos que evalúan los aspectos positivos.<sup>16</sup>

En la subescala de discriminación la media en nuestros pacientes fue de 30.41 con una desviación estándar de 9.98, en el estudio de Flores Reynoso y colaboradores obtuvieron una media 27.69 con una desviación estándar 9.73 y King obtuvo una media de 29.1 con una desviación estándar de 9.1

En la subescala de divulgación obtuvimos una media 22.75 con una desviación estándar de 8.24, Flores Reynoso y colaboradores reportaron una media de 22.10 con una desviación estándar de 7.50, King y colaboradores describen una media de 24.7 con una desviación estándar 8.

La media obtenida en la subescala de aspectos positivos fue de 13.41 con una desviación estándar de 3.35. Flores Reynoso reportan una media de 10.36 con una

desviación estándar de 3.98 y King y colaboradores una media de 8.8 con una desviación estándar de 2.8

Los niveles de estigma internalizado en nuestra población de personas que viven con epilepsia son mayores a los datos proporcionados por otros autores. Pensamos que al ser la epilepsia una condición que se encuentra atrapada entre dos discursos: el biomédico y el social, que significa que también es una etiqueta, las múltiples y evolucionadas construcciones de esta tienen el potencial de moldear la forma en que la condición es conocida y experimentada. Además, el INNN al ser un centro de referencia nacional es posible que nuestra población sea conformada por cuadros clínicos de difícil manejo.

Ya que la epilepsia ha sido un trastorno desacreditado a través del tiempo y el espacio por representar la debilidad humana y lo impredecible, los que la padecen son vistos como "excepcionalmente peligrosos" y una afrenta a los valores sociales.

Las convulsiones ultrajan el orden social a través de su impredecibilidad, presentación típicamente dramática y el sentido de impotencia que genera en otros, además, la alta prevalencia de enfermedades mentales matiza la experiencia subjetiva de los individuos que viven con epilepsia que agrega más etiquetas, estereotipos, prejuicios y por supuesto discriminación.

De los efectos del estigma en las personas lo sufren se encuentran una calidad de vida más baja, menores niveles de esperanza, bajo empoderamiento, disminución en el apoyo social y aumento en la severidad de síntomas psiquiátricos;

está conectado con disminución en el funcionamiento social y laboral, con mayor discriminación, correlaciona con suicidios y conductas suicidas.

Y en las personas que viven con epilepsia se ha descrito por Jacoby y colaboradores en 1994 la distinción entre el estigma sentido y promulgado en una cohorte de personas con epilepsia en remisión. Un pequeño porcentaje atribuía problemas laborales específicos con tener epilepsia. Un tercio pensó que por tener epilepsia se les dificultaba obtener un trabajo. El estigma sentido se reporta en el 50% de las personas con epilepsia, a pesar de los avances clínicos, sigue siendo una preocupación importante.<sup>7</sup>

En México Espínola, Crail y Sánchez concluyen que el estigma internalizado en las personas con epilepsia se vuelve evidente cuando estas indican que, incluso sin convulsiones, sería imposible tener una vida normal. Las personas con epilepsia evitan contactos sociales y se vuelven aislados con miedo a tener la siguiente convulsión.<sup>14</sup>

Cómo se ha expuesto a lo largo de este trabajo es de vital importancia visibilizar este gran problema que es el estigma, que no solo es una consecuencia de padecer una enfermedad sino, también es una causa de enfermedad, las personas estigmatizadas tienen una gran exposición a factores de riesgo para la salud y un bajo acceso a factores de protección y tratamiento. El proceso de la enfermedad se ve agravado por el estrés relacionado con el estigma. El estigma es, por lo tanto, un contribuyente potencialmente importante, no fácilmente cuantificable, a la carga de la enfermedad.<sup>3 22</sup>

La mayoría de las intervenciones diseñadas para reducir el estigma relacionado con la discriminación manifiesta se han centrado en tres áreas detalladas por Corrigan y Penn (1999): protesta, educación y contacto; la protesta implica la supresión de las actitudes estigmatizadoras a través de la indignación moral, la educación implica reemplazar verdades a medias con concepciones más precisas sobre trastornos de salud, mientras que el contacto desafía las actitudes públicas a través de interacciones directas con personas que padecen una enfermedad. Corrigan y colaboradores (2002) sugieren que el contacto y, en menor medida, la educación ha tenido algún efecto en la generación de puntos de vista más positivos en el público en general.

Hayward y Bright (1997) sugirieron un enfoque para ayudar a reducir el estigma internalizado. Se proponen tres elementos principales:

1. Usar un enfoque cognitivo para evaluar y combatir las creencias estigmatizadoras específicas de los usuarios del servicio. Un enfoque utiliza el concepto de autoaceptación incondicional. La autoaceptación incondicional lleva al individuo con problemas de salud mental a aceptarse a sí mismo como ser humano falible y, por lo tanto, a no perturbarse o angustiarse por sus interacciones con otras personas (Ellis 1994, Dryden 2001). Se propone que el desarrollo de las creencias de autoaceptación incondicional ayudaría a reducir el estigma internalizado.

2. Compartir una concepción holística de la enfermedad mental con el usuario del servicio incorporando factores biológicos y psicológicos, y enfatizando el papel de los factores psicosociales. Esto ofrece al usuario una mayor

sensación de que se pueden tomar medidas para reducir los efectos de la enfermedad y del estigma.

3. Evitar cualquier demarcación entre salud y enfermedad, enfatizando que se encuentran en un continuo. El énfasis está en manejar un conjunto particular de problemas en lugar de manejar un diagnóstico. Esto ayuda a normalizar el problema de salud mental dentro de este continuo y reduce la sensación de anormalidad reportada por algunas personas con problemas de salud mental.<sup>18</sup>

En la literatura se han reportado varias estrategias para reducir el estigma, estas se describen en la siguiente tabla:<sup>23</sup>

Tabla 5.

Nivel	Estrategias
Intrapersonal	<ul style="list-style-type: none"><li>• Consejería individual</li><li>• Terapia Cognitiva Conductual</li><li>• Empoderamiento</li><li>• Consejería en grupo</li><li>• Grupos de auto-ayuda y apoyo</li></ul>
Interpesonal	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidado y apoyo</li><li>• Equipos de cuidado en casa</li><li>• Rehabilitación comunitaria</li></ul>



Institucional/Organizacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas de entrenamiento</li> <li>• Nuevas políticas, como enfoques integrales centrados en el paciente</li> </ul>
Comunitario	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación</li> <li>• Contacto</li> <li>• Apoyo público</li> <li>• Protesta</li> </ul>
Gubernamental/Estructural	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervenciones legales y políticas</li> <li>• Abordajes basados en derechos</li> </ul>

## VIII. Limitaciones

Varias limitaciones se deben considerar al interpretar los resultados de este estudio: primera, nuestra población de pacientes que viven con epilepsia tiene alguna comorbilidad psiquiátrica por lo que los niveles de estigma internalizado no se pueden adjudicar exclusivamente a la epilepsia. Segundo, al ser nuestra institución un centro de referencia nacional los pacientes tienen patologías más complicadas y en algunos casos refractarias lo que podría influir al estigma internalizado con mayores niveles; y tercero los pacientes y familiares del instituto probablemente poseen más información acerca de la enfermedad, ya que con frecuencia se organizan pláticas informativas sobre la epilepsia, en comparación con otras poblaciones de pacientes con epilepsia más desfavorecidas.

## IX. Conclusiones

Es esencial para la comprensión científica del estigma la capacidad de observarlo y medirlo. Este trabajo nos dio un acercamiento al entendimiento de este complejo concepto en una enfermedad altamente prevalente en el mundo como es la epilepsia.

Esta investigación fue un paso para el reconocimiento de la experiencia subjetiva de las personas que viven con epilepsia en nuestra institución y con miras a poder desarrollar estrategias para la atención integral de los que padecen esta enfermedad.

En nuestra población de pacientes que viven con epilepsia presentan mayores niveles de estigma internalizado, y en especial mostraron mayores niveles de discriminación.

En comparación con los estudios realizados por Flores Reynoso y King nuestros pacientes tienen mayores puntajes: totales, en la subescala de discriminación y en aspectos positivos.

## X. Referencias

1. Bos AER, Pryor JB, Reeder GD, Stutterheim SE. Stigma: Advances in Theory and Research. *Basic Appl Soc Psych.* 2013;35(1):1-9. doi:10.1080/01973533.2012.746147.
2. Cronan SB, Key KD, Vaughn AA. Beyond the dichotomy: Modernizing stigma categorization. *Stigma Heal.* 2016;1(4):225-243. doi:10.1037/sah0000031.
3. Weiss MG, Ramakrishna J. Stigma Interventions and Research for International Health Stigma Interventions and Research for International Health. 2001;367(2):1-15. doi:10.1016/S0140-6736(06)68189-0.
4. Gray AJ. Stigma in psychiatry. *J R Soc Med.* 2002;95:c. doi:10.1258/jrsm.95.2.72.
5. 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(12):2150-2161. doi:10.1016/j.socscimed.2010.09.030.
6. St. Louis EK, Cascino GD. Diagnosis of epilepsy and related episodic disorders. *Contin Lifelong Learn Neurol.* 2016;22:15-37. doi:10.1212/CON.0000000000000284.
7. Jacoby A, Snape D, Baker GA. Epilepsy and social identity: The stigma of a chronic neurological disorder. *Lancet Neurol.* 2005;4(3):171-178. doi:10.1016/S1474-4422(05)01014-8.
8. Boer HM De. Epilepsy stigma : Moving from a global problem to global

solutions. *Seizure Eur J Epilepsy*. 2010;19(10):630-636.

doi:10.1016/j.seizure.2010.10.017.

9. Fernandes PT, Snape DA, Beran RG, Jacoby A. Epilepsy stigma: What do we know and where next? *Epilepsy Behav*. 2011;22(1):55-62.  
doi:10.1016/j.yebeh.2011.02.014.
10. Aydemir N, Kaya B, Yıldız G, et al. Determinants of felt stigma in epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2016;58:76-80. doi:10.1016/j.yebeh.2016.03.008.
11. Van Brakel WH. Measuring health-related stigma—A literature review. *Psychol Health Med*. 2006;11(3):307-334. doi:10.1080/13548500600595160.
12. de Boer HM, Mula M, Sander JW. The global burden and stigma of epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2008;12(4):540-546. doi:10.1016/j.yebeh.2007.12.019.
13. Scambler G. Health-related stigma. *Sociol Heal Illn*. 2009;31(3):441-455.  
doi:10.1111/j.1467-9566.2009.01161.x.
14. Espínola-Nadurille M, Crail-Melendez D, Sánchez-Guzmán MA. Stigma experience of people with epilepsy in Mexico and views of health care providers. *Epilepsy Behav*. 2014;32:162-169.  
doi:10.1016/j.yebeh.2013.12.007.
15. Viteva E. Impact of stigma on the quality of life of patients with refractory epilepsy. *Seizure*. 2013;22(1):64-69. doi:10.1016/j.seizure.2012.10.010.
16. Flores Reynoso S, Medina Davalos R, Robles García R. Estudio de traducción al español y evaluación psicométrica de una escala para medir el

estigma internalizado en pacientes con trastornos mentales graves. [Study of translation into Spanish and psychometric evaluation of a scale for measuring the internal. *Salud Ment.* 2011;34(4):333-339.

17. Hopker C del C, Berberian AP, Massi G, Willig MH, Tonocchi R. A pessoa com epilepsia: percepções acerca da doença e implicações na qualidade de vida. *CoDAS.* 2017;29(1):1-8. doi:10.1590/2317-1782/20172015236.
18. MacInnes DL, Lewis M. The evaluation of a short group programme to reduce self-stigma in people with serious and enduring mental health problems. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2008;15(1):59-65. doi:10.1111/j.1365-2850.2007.01212.x.
19. Shimotsu S, Horikawa N, Emura R, et al. Effectiveness of group cognitive-behavioral therapy in reducing self-stigma in Japanese psychiatric patients. *Asian J Psychiatr.* 2014;10:39-44. doi:10.1016/j.ajp.2014.02.006.
20. Hansson L, Lexén A, Holmén J. The effectiveness of narrative enhancement and cognitive therapy: a randomized controlled study of a self-stigma intervention. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2017;52(11):1415-1423. doi:10.1007/s00127-017-1385-x.
21. Kaddumukasa M, Kaddumukasa MN, Buwembo W, et al. Epilepsy & Behavior Epilepsy misconceptions and stigma reduction interventions in sub-Saharan Africa , a systematic review. *Epilepsy Behav.* 2018;85:21-27. doi:10.1016/j.yebeh.2018.04.014.
22. Bautista RED, Shapovalov D, Shoraka AR. Factors associated with

increased felt stigma among individuals with epilepsy. *Seizure*. 2015;30:106-112. doi:10.1016/j.seizure.2015.06.006.

23. Heijnders M, Meij S Van Der. The fight against stigma : An overview of stigma-reduction strategies and interventions. 2007;(October 2013):37-41. doi:10.1080/13548500600595327.

XI. Apéndice



Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía  
Manuel Velasco Suárez

SALUD



Ciudad de México, México, D. F. a 07 de marzo de 2018  
OFICIO N° DIC/123/18

*Alcise*

**DR. EDGAR DANIEL CRAIL MELENDEZ**  
**INVESTIGADOR PRINCIPAL**  
**P R E S E N T E**

La presente es para informarle que su protocolo de investigación No. 27/18 intitulado: "ESTIGMA INTERNALIZADO EN PACIENTES CON EPILEPSIA Y COMORBILIDADES PSIQUIATRICAS", ha sido APROBADO por el Comité Científico. No obstante, el desarrollo del protocolo queda sujeto a la aprobación por el Comité de Ética en Investigación.

**ATENTAMENTE**

*[Handwritten signature]*  
**DRA. MA. LUCINDA AGUIRRE CRUZ**  
**DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN**



c.c.p. Dr. Daniel San Juan Orta.- Jefe del Depto. de Investigación Clínica



Insurgentes Sur # 3877 Col. La Fama 14269 México, D.F. Tel. (55) 56063822

[www.innn.salud.gob.mx](http://www.innn.salud.gob.mx)



**INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA**  
**MANUEL VELASCO SUÁREZ**



**Comité de Ética en Investigación**

OFICIO N° CEI/052/18  
 ASUNTO: PROTOCOLO N° 27/18

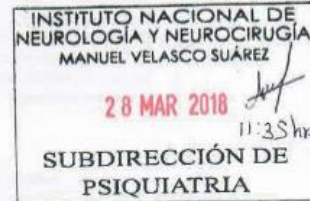
Dr. Ricardo Colín Piana  
 Presidente

Ciudad de México, 28 de marzo del 2018.

Dra. Helgi Jung Cook  
 Vicepresidenta

**DR. EDGAR DANIEL CRAIL MELÉNDEZ**  
**INVESTIGADOR PRINCIPAL**  
**PRESENTE**

M. en C. Adriana Ochoa  
 Secretaria



**Vocales:**

Titular  
 Dra. Marie-Catherine Boll W.  
 Suplente  
 Dra. Iris Martínez Juárez

**Estimado Dr. Crail Meléndez:**

Titular  
 Dr. Daniel San Juan Orta  
 Suplente  
 M. en C. Iván Pérez Neri

Con fecha 20 de marzo 2018, recibimos el oficio No. DIC/124/18, firmado por la Dra. María Lucinda Aguirre Cruz, Directora de Investigación, en que solicita la valoración de este Comité al Protocolo de Investigación No. 27/18 intitulado: "ESTIGMA INTERNALIZADO EN PACIENTES CON EPILEPSIA Y COMORBILIDADES PSIQUIÁTRICAS", en virtud de que fue aprobado por el Comité de Investigación.

Titular  
 Dra. Mariana Espinola Nadarille  
 Suplente  
 Dr. Luis Manuel Pesci Egus

La opinión de nuestros evaluadores concuerda con que el proyecto, -desde la perspectiva Bioética- tiene valor social, científico y los métodos son adecuados para llevarlo a cabo.

Titular  
 Dra. Zoila Trujillo de los Santos  
 Suplente  
 M.E. Guadalupe Nava Galán

La capacidad del equipo de investigación, así como los medios disponibles son idóneos y la selección de los sujetos participantes es justa y equitativa, responde a las interrogantes científicas incluidas en la investigación, intenta reducir al mínimo los riesgos y maximizar los beneficios sociales y científicos de los resultados.

Titular  
 Dra. Alejandra Sánchez Guzmán  
 Suplente  
 Mtra. Claudie García Pastrana

El procedimiento para obtener el consentimiento informado es el adecuado, así como los mecanismos previstos para la protección de los datos. Le pedimos incluir en la carta de consentimiento, los nombres completos, horarios de atención y teléfonos tanto de los investigadores como del presidente de este Comité con el propósito de poder ser contactados por cualquier participante.

Titular  
 Dra. Yaneth Rodríguez Agudelo  
 Suplente  
 M. en C. Mireya Chávez Oliveros

En consecuencia, este Comité **APRUEBA** que el proyecto se ejecute en los términos mencionados. Se recuerda al investigador que al llevar a cabo este proyecto contrae una serie de compromisos con respecto al Comité (Anexo)

**Representante de Servicios de Salud:**

Dr. Antonio Torres Ruiz

Quedamos de usted

**Consejo Consultivo:**

Dr. Tinso Zúñiga Santamaría  
 M. en C. T.S. Francisco Calzada Lemas  
 Rosario Corona Cao Romero

**ATENTAMENTE**

**DR. RICARDO COLIN PIANA**  
**PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA**  
**EN INVESTIGACIÓN.**

**M. en C. ADRIANA OCHOA MORALES**  
**SECRETARIA**





**ANEXO: Compromisos contraídos por el investigador con respecto al Comité de Ética en Investigación:**

Se recuerda al investigador que la ejecución del proyecto de investigación le supone los siguientes compromisos con el Comité:

1. Ejecutar el proyecto de acuerdo a lo especificado en el protocolo, tanto en los aspectos científicos como en los aspectos éticos.
2. Notificar al Comité todas las modificaciones o enmiendas en el proyecto y solicitar una nueva evaluación de las enmiendas relevantes.
3. Enviar al Comité un informe final al término de la ejecución del proyecto. Este informe deberá incluir los siguientes apartados:
  - a) Memoria final del proyecto.
  - b) Relación de las publicaciones científicas generadas por el proyecto.
  - c) El tipo y modo de información transmitida a los sujetos participantes del proyecto sobre los resultados que afecten directamente su salud, si procede.
  - d) El tipo y modo de información transmitida a los sujetos participantes del proyecto sobre los resultados generales del proyecto, si procede.

Enterado

Investigador Principal

Nombre completo

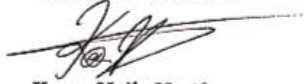
c.p. Ma. Lucinda Aguirre Cruz. - Directora de Investigación  
c.p. Dr. Daniel San Juan Orta. - Jefe del Depto. de Investigación Clínica  
c.p. Dr. Alberto Ruiz Chow - Titular de la Unidad de Apoyo al Predicamen  
c.p. Archivo RCP/mtch.

Ciudad de México, a 05 de DICIEMBRE 2018.

**DR. PABLO LEÓN ORTIZ**  
**DIRECTOR DE ENSEÑANZA**  
**P R E S E N T E**

Los que suscriben aprovechamos este conducto para manifestar que el trabajo de tesis: MEDICIÓN DEL ESTIGMA INTERNALIZADO A TRAVÉS DE LA ESCALA DE ESTIGMA DE KING EN PACIENTES CON EPILEPSIA DEL INNN es de autoría propia y es una obra original e inédita; motivo por el cual, en goce de los derechos que me confiere la Ley Federal del Derecho de Autor y conforme a lo estipulado en el artículo 30 de la misma, se otorga licencia de uso de este trabajo al **INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUAREZ**, a través de la Dirección de Enseñanza para que, en caso necesario, se utilice el contenido total o parcial de la obra para realizar actividades o diseñar materiales de educación y fomento a la salud; en el entendido de que éstas acciones, no tendrán fines de lucro. La licencia de uso **NO EXCLUSIVA** que se otorga al **INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUAREZ**, tendrá vigencia de forma indefinida, el cual inicia a partir de la fecha en que se extiende y firma la presente. Asimismo, se releva de toda responsabilidad al **INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUAREZ**, ante cualquier demanda o reclamación que llegará a formular persona alguna, física o moral, que se considere con derecho sobre la obra, asumiendo todas las consecuencias legales y económicas.

**MEDICO RESIDENTE**



**Karen Mejía Martínez**

**NOMBRE Y FIRMA**

**TUTOR DE TESIS**



**Dr. Edgar Daniel Crail Meléndez**

**NOMBRE Y FIRMA**