

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO PARA LA ESQUIZOFRENIA EN EL HOSPITAL VÍCTOR
LARCO HERRERA – 2017**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

NÚÑEZ ALCOCER SHIRLEY ALEJANDRA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

LIMA – PERÚ

2019

ASESORA:
MSc VIZCARRA ZEVALLOS KARLA ALEJANDRA

AGRADECIMIENTO

Al Hospital Víctor Larco Herrera por el apoyo y la confianza.
A la Universidad Privada San Juan Bautista por sus enseñanzas.
A mi asesor de tesis por su motivación.

DEDICATORIA

A Dios por darme la bendición de llegar hasta esta etapa de mi vida.

A mis padres por su amor y apoyo incondicional.

A mi hermana por su compañía.

A mi compañera de vida, Sofía, por sus palabras de aliento.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la influencia de la depresión en la adherencia al tratamiento para la esquizofrenia en el Hospital Víctor Larco Herrera (HVLH) - 2017.

Método: Estudio descriptivo correlacional donde 104 pacientes esquizofrénicos que acudieron a consulta externa en el HVLH de junio a noviembre de 2017 fueron evaluados con la Escala de Calgary para la depresión en esquizofrenia y el cuestionario de Morisky – Green para la adherencia al tratamiento. Se analizó con la prueba exacta de Fisher en SPSS 25.

Resultados: La Escala de Calgary muestra que del total de esquizofrénicos (n=104), el 49% (n=51) tuvo depresión y el cuestionario de Morisky – Green indica que de estas personas con depresión el 76,47% (n=39) no era adherente al tratamiento mientras que el 23,52% (n=12) si lo era. Entonces, aplicando el test exacto de Fisher, la asociación tuvo un $P=0,000$ considerando verdadera la hipótesis planteada.

Conclusión: La depresión influye en la adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera – 2017. Los síntomas depresivos son la alteración en el estado de ánimo, desesperanza, autodevaluación, idea de referencia culposa, culpa patológica, depresión matutina, despertar temprano, suicidio y depresión observada siendo la desesperanza el síntoma depresivo más frecuente. Más de la mitad de los pacientes tienen mala adherencia y más del 50% de estos tiene depresión.

Palabras claves: Depresión, adherencia al tratamiento, esquizofrenia.

ABSTRACT

Objective: Determine the influence of depression on adherence to treatment for schizophrenia at Víctor Larco Herrera Hospital (HVLH) - 2017.

Method: Correlational descriptive study where 104 schizophrenic patients who attended an external consultation at HVLH from June to November 2017 were evaluated with the Calgary Scale for depression in schizophrenia and Morisky's questionnaire for adherence to treatment. It was analyzed with the exact test of Fisher in SPSS 25.

Results: The Calgary Scale shows that of the total schizophrenic (n=104), 49% (n=51) had depression and Morisky's questionnaire – Green indicates that of these people with depression 76,47% (n=39) were not adherent to treatment while 23,52% (n=12) were adherent. Then, applying the exact Fisher test, the association had a P=0,000 considering the hypothesis raised true.

Conclusion: Depression influences adherence to treatment in patients with schizophrenia at Victor Larco Herrera Hospital, 2017. Depressive symptoms are mood disturbance, hopelessness, self-devaluation, idea of culpable reference, pathological fault, morning depression, wake up early, suicide, and observed depression being hopelessness the most frequent depressive symptom. More than half of patients have poor adherence and most of these have depression.

Keywords: Depression, adherence to treatment, schizophrenia.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio tiene como finalidad dar a conocer la influencia de la depresión y su relación con la adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia, definiéndola como la existencia de síntomas depresivos en pacientes esquizofrénicos en las dos últimas semanas que afectan la toma de medicamentos indicadas por el médico tratante, evaluando los síntomas depresivos a través de la Escala de Calgary y la adherencia con el cuestionario de Morisky – Green.

La elaboración de este estudio se dio por el interés de demostrar un factor causal relevante con respecto a la mala adherencia al tratamiento en una de las enfermedades más frecuentes de salud mental, además de resaltar una problemática que lleva al mal estado del paciente profundizando a detalle la frecuencia de los síntomas depresivos y la relación con la mala adherencia al tratamiento para tomar nuevas y mejores medidas de intervención.

El estudio se realizó con una metodología observacional ya que se midieron las variables sin manipularlas, transversal debido a que la recolección de datos se realizó en un solo momento y prospectivo porque la información recopilada vino de una fuente primaria. Se pretende correlacionar las variables y analizar los resultados para encontrar una asociación significativa.

En el capítulo I se formula el problema de interés, se justifica su investigación, se mencionan las delimitaciones, limitaciones, objetivos y el propósito de su realización. En el capítulo II se muestra la base teórica, se formula la hipótesis y se operacionalizan las variables. En el capítulo III se aborda la metodología de la investigación. En el capítulo IV se analizan los resultados para que, en el último capítulo que es el V, se llegue a las conclusiones y las recomendaciones pertinentes.

ÍNDICE

CARÁTULA	I
ASESOR	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	VII
ÍNDICE	VIII
LISTA DE TABLAS	X
LISTA DE GRÁFICOS	XI
LISTA DE ANEXOS	XIII
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.2.1. GENERAL.....	2
1.2.2. ESPECÍFICOS.....	2
1.3. JUSTIFICACIÓN	3
1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO.....	4
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.6. OBJETIVOS	5
1.6.1. GENERAL.....	5
1.6.2. ESPECÍFICOS.....	5
1.7. PROPÓSITO.....	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	7
2.2. BASE TEÓRICA.....	12
2.3. MARCO CONCEPTUAL.....	18
2.4. HIPÓTESIS.....	18

2.4.1. GENERAL.....	18
2.4.2. ESPECÍFICAS.....	19
2.5. VARIABLES.....	19
2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.....	20
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	22
3.1. DISEÑO METODOLÓGICO	22
3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	22
3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	22
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	23
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	24
3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	24
3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	25
3.6. ASPECTOS ÉTICOS.....	26
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	28
4.1. RESULTADOS.....	28
4.2. DISCUSIÓN.....	33
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	36
5.1. CONCLUSIONES.....	36
5.2. RECOMENDACIONES.....	36
BIBLIOGRAFÍA.....	38
ANEXOS.....	43

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Frecuencia de los 9 síntomas depresivos en los pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera – 2017.....	28
Tabla 2: Frecuencia de la adherencia al tratamiento en los pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera – 2017.....	30
Tabla 3: Relación de depresión con la adherencia al tratamiento en los pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera – 2017.....	31
Tabla 4: Resumen de procesamiento de casos	56
Tabla 5: Estadísticas de fiabilidad.....	56

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Frecuencia de la adherencia al tratamiento en los pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera – 2017.....	30
Gráfico 2: Relación de depresión con la adherencia al tratamiento en los pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera – 2017.....	32
Gráfico 3: Frecuencia del primer ítem “estado de ánimo” en pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera – 2017.....	62
Gráfico 4: Frecuencia del segundo ítem “desesperanza” en pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera – 2017.....	63
Gráfico 5: Frecuencia del tercer ítem “autodevaluación” en pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera – 2017.....	64
Gráfico 6: Frecuencia del cuarto ítem “idea de referencia culposa” en pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera – 2017.....	65
Gráfico 7: Frecuencia del quinto ítem “culpa patológica” en pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera – 2017.....	66
Gráfico 8: Frecuencia del sexto ítem “depresión matutina” en pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera – 2017.....	67

Gráfico 9: Frecuencia del séptimo ítem “despertar temprano” en pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera – 2017.....	68
Gráfico 10: Frecuencia del octavo ítem “suicidio” en pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera – 2017.....	69
Gráfico 11: Frecuencia del noveno ítem “depresión observada” en pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera – 2017.....	70

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Operacionalización de variables.....	44
Anexo 2: Instrumentos:.....	47
a) Escala de Calgary.....	47
b) Cuestionario de Morisky – Green	52
Anexo 3: Validez de instrumentos – consulta de expertos:.....	53
Anexo 4: Confiabilidad de instrumentos - estudio piloto.....	56
Anexo 5: Matriz de consistencia.....	57
Anexo 6: Consentimiento informado.....	60
Anexo 7: Autorización de hospital correspondiente.....	61
Anexo 8: Frecuencia del primer ítem “estado de ánimo” en pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera – 2017.....	62
Anexo 9: Frecuencia del segundo ítem “desesperanza” en pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera – 2017.....	63
Anexo 10: Frecuencia del tercer ítem “autodevaluación” en pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera – 2017.....	64

Anexo 11: Frecuencia del cuarto ítem “idea de referencia culposa” en pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera – 2017.....	65
Anexo 12: Frecuencia del quinto ítem “culpa patológica” en pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera – 2017.....	66
Anexo 13: Frecuencia del sexto ítem “depresión matutina” en pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera – 2017.....	67
Anexo 14: Frecuencia del séptimo ítem “despertar temprano” en pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera – 2017.....	68
Anexo 15: Frecuencia del octavo ítem “suicidio” en pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera – 2017.....	69
Anexo 16: Frecuencia del noveno ítem “depresión observada” en pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera – 2017.....	70

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud mental en el mundo se ha vuelto con el tiempo un tema de gran importancia debido a que las enfermedades psiquiátricas ocupan el 13% de la carga mundial¹. La depresión es una de las alteraciones mentales más frecuentes a nivel mundial afectando al 4,4% de la población². A nivel de América Latina y el Caribe ocupa el 5% de la población adulta y a nivel nacional alrededor de 1'700,000 personas³.

Por otro lado, la esquizofrenia es un trastorno que afecta la salud mental de más de 21 millones de personas a nivel mundial ocupando el 1%⁴. Estas personas son víctimas de estigmatización llegando a violarse sus derechos, lo que podría generar depresión en muchas de ellas. En el Perú, afecta al 1% de la población (280 mil personas)⁵.

Las personas con esquizofrenia pueden mejorar luego de un año de tratamiento y con apoyo familiar⁶. Sin embargo, ninguno de los dos puntos antes mencionados se cumple cabalmente. La adherencia al tratamiento en los pacientes esquizofrénicos es un punto relevante, ya que una mala adherencia dificultaría su inclusión en la sociedad pudiendo ocasionar graves repercusiones médicas⁷.

Diversos estudios han comprobado que las personas con esquizofrenia en sus distintas fases padecen de síntomas depresivos, teniendo mayor relación con las que se encuentran en fase aguda de la esquizofrenia⁸. Así mismo, se han estudiado también los factores relacionados a la no adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos encontrándose a los síntomas depresivos como uno de ellos que a la larga se diagnostica como depresión⁹.

En Perú, la depresión y la esquizofrenia son enfermedades de mayor consulta y hospitalización ^{10,11}. Diversas investigaciones, como se había mencionado, han demostrado que existen personas con esquizofrenia y depresión a la par, lo que lo hace más preocupante¹².

Es cierto que para que se dé un buen resultado en el tratamiento de la esquizofrenia, se debe educar a la familia y brindarle un ambiente agradable al paciente, pero si hay síntomas depresivos, se requiere más que eso. Se vienen realizando programas psicoeducativos gratuitos para los familiares como el brindado por el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM), pero no para los pacientes con síntomas depresivos o depresión y sobre todo los que no cuentan con familia¹³.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Luego del planteamiento presentado, se llega a lo siguiente:

1.2.1. GENERAL

¿Cuál es la influencia de la depresión en la adherencia al tratamiento para la esquizofrenia en el Hospital Víctor Larco Herrera - 2017?

1.2.2. ESPECÍFICOS

1) ¿Cuáles son los síntomas depresivos más frecuentes en los pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera -2017?

2) ¿Cuál es la adherencia al tratamiento en los pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera - 2017?

1.3. JUSTIFICACIÓN

La depresión es una de las alteraciones mentales más frecuentes que afecta a las personas en su vida pudiendo llevar a serias consecuencias¹¹. Esta enfermedad podría también influir en las actividades diarias como el llevar un adecuado tratamiento.

La adherencia al tratamiento controla las posibles complicaciones de una enfermedad pudiendo hacer que la persona tenga una mejor calidad de vida. Sin embargo, la depresión podría tener una relación inversamente proporcional con la toma adecuada de la medicación^{12,13}.

Por otro lado, la esquizofrenia sin algún control adecuado puede ser catastrófico tanto en la persona que lo padece como en su entorno¹³. Si a esta enfermedad se le adiciona el diagnóstico de depresión podría tener peores consecuencias debido a las características que ambas poseen.

En la actualidad, se ha confirmado la existencia y la alta frecuencia de depresión en la esquizofrenia en diversos estudios siendo estudiada como uno de los factores relacionados a la falta de adherencia al tratamiento. Sin embargo, escasas investigaciones estudian a la depresión de manera específica para dirigirnos a un solo factor causal y empezar desde ahí a tratar la enfermedad.

Las investigaciones, internacionales y nacionales, con respecto a la relación entre la depresión y la esquizofrenia son limitadas. A nivel nacional, la asociación entre estas dos enfermedades ha sido estudiada solo en dos ocasiones, es por este motivo que es pertinente realizar este estudio.

Además, los programas educativos del Estado, como los del Instituto Nacional de Salud Mental en la enfermedad de esquizofrenia, están centrados en la familia y/o comunidad, pero no en una posible depresión en el paciente manifestado en síntomas sin tratar; y esto, es debido a que las investigaciones también están centradas en las mismas personas y no en el paciente en sí.

Esta investigación resuelve la problemática acerca de los distintos factores en la adherencia al tratamiento en pacientes con la enfermedad de esquizofrenia. Además, se piensa en el Hospital Víctor Larco Herrera porque es un hospital netamente psiquiátrico en el que hay un número más elevado de pacientes que acuden a consulta externa. Por otro lado, según las estadísticas del mes de marzo del 2017 realizadas en este nosocomio, la esquizofrenia es la quinta causa de enfermedad más frecuente en los consultorios externos de pacientes adultos.

1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

-Delimitación espacial: Hospital Víctor Larco Herrera.

-Delimitación temporal: Periodo de junio –noviembre del año 2017.

-Delimitación social: Pacientes con esquizofrenia que llegan a la consulta externa.

-Delimitación Conceptual: La relación entre la depresión y la adherencia al tratamiento en la esquizofrenia.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- La capacidad cognitiva para la resolución de preguntas ya sea de los síntomas depresivos o adherencia al tratamiento, medidas a través de las escalas y/o encuestas debido al avance de la enfermedad.
- La no cooperación de pacientes con esquizofrenia que se ubican en la base de datos de consulta externa junio – noviembre 2017 para la resolución de encuestas y/o escalas.
- El acceso a los pacientes con esquizofrenia que acudieron a consultorio externo de junio – noviembre 2017 para la realización de

encuestas y/o escalas debido a la atención simultánea y a la cantidad de horas que ocupaba la atención en el día.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. GENERAL

Determinar la influencia de la depresión en la adherencia al tratamiento para la esquizofrenia en el Hospital Víctor Larco Herrera – 2017.

1.6.2. ESPECÍFICOS

- Determinar los síntomas depresivos en los pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera -2017.
- Identificar la adherencia al tratamiento en los pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera – 2017.

1.7. PROPÓSITO

El propósito de esta investigación es evaluar si la depresión es el factor causal de la mala adherencia al tratamiento de los pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera para brindar una información actualizada e incentivar a que se tomen mejores medidas de prevención como dar charlas de sensibilización al personal de salud o buscar el enfoque en el apoyo al paciente y no solo en la familia realizando entrevistas estructuradas o más detalladas ya sea en consultorio externo o en las terapias.

Además, se quiere identificar la frecuencia de personas esquizofrénicas que tengan depresión en dicho nosocomio para tener un control más preciso de los datos con respecto a la relación entre ambas enfermedades y así, dejar un

precedente para llevar un monitoreo de mejora con respecto a las nuevas estrategias que se tomen. Por otro lado, se pretende mostrar los resultados para que los centros dedicados a la salud mental tomen en cuenta la realización de un cambio que mejore la calidad de vida del paciente.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Xu et. al.¹⁴ realizaron un estudio en un hospital de China para determinar la prevalencia de los síntomas depresivos en pacientes varones chinos con esquizofrenia y su relación con ciertas actitudes, además de las características sociodemográficas. Para hallar la existencia de síntomas depresivos dos psiquiatras aplicaron la escala de Calgary en 349 personas encontrándose en el 41,8% (n=146) y hallándose a estos síntomas como causantes de tener más síntomas psicóticos y síndromes de trastorno del movimiento tardíos. Se incluyeron a los mayores de 18 años hospitalizados y se excluyeron a los que tenían alguna enfermedad física, dependencia de alguna sustancia o al tabaco y algún desorden mental orgánico. La escala de Calgary tuvo un 97% de especificidad y un 84% de sensibilidad para predecir la presencia de un episodio de depresión mayor. Se concluyó en que los síntomas depresivos son comunes en varones chinos con el diagnóstico de esquizofrenia e influyen en la aparición de actitudes negativas con respecto a su enfermedad.

Kocatürk et. al.¹⁵ realizaron un estudio entre abril y febrero sobre la relación que había entre las ideas suicidas, las funciones cognitivas y la depresión en pacientes con esquizofrenia comparando 70 pacientes esquizofrénicos con (n=27) y sin historia suicida (n=43) a través de varias escalas como la Escala de Calgary e información sociodemográfica. Los criterios de inclusión eran tener entre 18 y 65 años, no tener terapia electroconvulsiva en los últimos 6 meses, no tener dependencia de drogas ni alcohol y no tener una historia traumática o alteración orgánica mental. Como resultados se tuvo que la edad promedio era de 38.2 años, 65,7% eran hombres, sin diferencias

sociodemográficas y alto número de hospitalizaciones y síntomas como probable causa de depresión en el grupo de esquizofrénicos con ideas suicidas.

Misdrahi et. al.¹⁶ realizaron un estudio de tipo descriptivo en pacientes esquizofrénicos con el objetivo de realizar una nueva clasificación de los perfiles de adherencia basados en la Escala de Calificación de Adherencia a Medicamentos (MARS, por sus siglas en inglés). Se tuvo como muestra a 319 pacientes franceses esquizofrénicos que acudían a diferentes 10 centros de salud y como herramientas se utilizaron las entrevistas y registro médico electrónico, teniendo como resultado la identificación de dos grupos distintos en relación con la adherencia que tenían una actitud negativa a la medicación. Se encontró a 117 pacientes con mala adherencia siendo en su mayoría los más jóvenes. Por otro lado, hubo alta frecuencia de depresión relacionada con la mala adherencia al tratamiento concluyéndose en que lo mejor sería una intervención de primera línea para mejorar la adherencia.

Llanes et. al.¹⁷ realizaron un estudio de tipo descriptivo y transversal en pacientes esquizofrénicos ingresados a los servicios psiquiátricos del Hospital de La Habana - Cuba con el objetivo de evaluar si había depresión en la fase temprana de la esquizofrenia, analizar las posibles causas y elaborar estrategias de tratamiento más eficaces. La investigación tuvo como muestra a 73 pacientes entre los 23 y 62 años, siendo el sexo masculino el más frecuente (n=38). Los criterios de inclusión fueron el tener diagnóstico de esquizofrenia y estar hospitalizado ≤ 7 días. Por otro lado, los criterios de exclusión fueron los problemas cognitivos severos y la no cooperación. Las herramientas utilizadas en este estudio fueron: Un cuestionario validado y los algoritmos del DSM-IV, ambos para comprobar si había esquizofrenia como diagnóstico; la escala Calgary para evaluar los síntomas depresivos; y la "Entrevista estructurada" donde se obtenían datos clínicos, psicosociales y sociodemográficos a través de la palabra hablada, ademanes, expresiones,

etc. El análisis estadístico fue a través del programa SPSS versión 20.0. y los resultados dieron que de todos los pacientes con esquizofrenia el 35.6% padecía de depresión; llegando a la conclusión de que las personas con depresión llevan un peor afrontamiento de la enfermedad y que en algunos casos la depresión podría ser parte de la esquizofrenia, pero las características psicosociales también nos hacen ver que no podrían serlo necesariamente.

Franco et. al.¹⁸ realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo, observacional y transversal en pacientes con esquizofrenia en fase tardía ingresados en el Hospital de La Habana - Cuba con el objetivo de evaluar la depresión en personas con esquizofrenia que se encuentran hospitalizadas por un periodo mayor a 5 años. La población era de 144 pacientes y la muestra aleatoria estratificada (por sexo) fue de 30 pacientes (15 mujeres y 15 varones) en un rango de edad de 33 a 56 años. La investigación tuvo variables clínicas y sociodemográfica. Las herramientas utilizadas en este estudio fueron: Escala de Calgary que determina la ausencia/presencia de depresión en personas diagnósticas con la enfermedad de esquizofrenia, la Escala de los síndromes positivos y negativos y psicopatología general que evalúa los síntomas positivos para identificar la categoría y gravedad; y por último la entrevista semiestructurada. La asociación de variables fue realizada con la prueba de FISHER, las variables cualitativas fueron realizadas con Fisher y las cuantitativas con T-Student dando como resultado que el 20% de los pacientes con esquizofrenia padecía de depresión, porcentaje bajo a comparación de otros estudios, el 70% era raza blanca, 33.3% nivel secundaria, 80% solteros, 10% intentos de suicidios, 13.3% ideas de suicidio, 73% pérdida familiar, 96.7% esquizofrenia paranoide, tiempo promedio de hospitalización 7.5 años y edad promedio de diagnóstico 21.8 años. Se concluyó que la depresión en personas con esquizofrenia por un periodo de más de cinco años de hospitalización, tenían un porcentaje bajo diferenciándose de otros estudios y que no se asociaba o relacionaba con las

características estudiadas, pero si con los síntomas negativos, positivos y psicopatología general de la esquizofrenia.

Misdrahi et. al.¹⁹ realizaron un estudio de corte transversal en pacientes franceses esquizofrénicos con el objetivo de determinar la asociación de dos dimensiones: percepción (cognitiva y clínica) y depresión. La muestra era de 61 pacientes ambulatorios de un hospital psiquiátrico en Bordeaux. Las herramientas utilizadas fueron: Escala para evaluar el desconocimiento del trastorno mental (SUMD, por sus siglas en inglés), el elemento de Escala de síndromes positivos y negativos G12 y la Escala de percepción cognitiva de Beck (BCIS, por sus siglas en inglés). Los resultados mostraron una media de 39 años, sexo masculino (65,6%), intento de suicidio (41,0%) y que la mayoría de los pacientes con más alta percepción clínica tenían síntomas depresivos como desesperanza e intentos de suicidio y más probabilidades de haber recibido psicoeducación. En conclusión, el vínculo entre la depresión y la percepción en la esquizofrenia plantea una serie de problemas clínicos importantes, por lo que se recomienda mejores estrategias por paciente para determinar las fortalezas y debilidades que son de gran importancia en el tratamiento.

Majadas et. al.²⁰ realizaron un estudio transversal en pacientes españoles esquizofrénicos con el objetivo de determinar la prevalencia de depresión y su relación con otras características clínicas. La muestra fue de 95 pacientes ambulatorios que no tenían depresión como diagnóstico. Las herramientas utilizadas fueron la Escala de Calgary, la Escala de síndromes positivos y negativos, la escala para la evaluación de síntomas negativos (SANS, por sus siglas en inglés), la escala para evaluar el desconocimiento del trastorno mental (SUMD, por sus siglas en inglés), la escala de Simpson Angus (SAS, por sus siglas en inglés) y la escala de evaluación de Akathisia de Barnes (BARS, por sus siglas en inglés). Los resultados mostraron que la prevalencia de depresión era del 31%, la correlación del puntaje total de la

escala de Calgary con los síntomas negativos fue moderada usando la escala de evaluación de síntomas negativos y bajo con la escala de síndrome positivos y negativos. No hubo correlación entre los síntomas depresivos y los síntomas positivos, la percepción y los síntomas extrapiramidales; y la correlación con la acatisia fue baja. En conclusión, los pacientes esquizofrénicos que no tenían el diagnóstico de depresión presentaron con frecuencia síntomas de este pudiendo influir en el manejo de la enfermedad.

ANTECEDENTES NACIONALES

Un estudio casos y controles realizado por Angulo²¹ en pacientes peruanos esquizofrénicos determinó cuáles eran los factores asociados a la mala adherencia al tratamiento en pacientes del Hospital Cayetano Heredia de Piura entre el periodo diciembre 2013- enero 2014 con el fin de desarrollar la estrategia más conveniente de disminuirlos. La investigación tuvo como muestra a 45 casos y 45 controles, que cumplían con el diagnóstico de esquizofrenia, eran menores de 65 años y acudían a consultorio externo de psiquiatría. El registro de datos fue procesado en el programa estadístico SPSS 20. Los resultados de la investigación mostraron que de los casos (no adherencia) la edad promedio era 28.8, el sexo que predominaba era el masculino y los porcentajes de los factores de riesgo eran: menor grado de instrucción (71%), uso de antidepresivos (67%), uso de estupefacientes (47%), uso previo de ansiolíticos (49%) y nivel socioeconómico bajo (40%). Los controles tuvieron (adherencia) tuvieron como resultado: edad promedio 30.1, predominancia del sexo masculino y los porcentajes de los factores de riesgo: Menor grado de instrucción (44%), uso previo de antidepresivos (42%), uso previo de ansiolíticos (24%), nivel socioeconómico bajo (20%) y uso de estupefacientes (18%). En conclusión, estos factores de riesgo tenían relación en la no adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia siendo el menor grado de instrucción el más frecuente.

Una investigación descriptiva realizada por Paucar²² en pacientes peruanos esquizofrénicos en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen EsSalud-2010 determinó los factores relacionados a la mala adherencia al tratamiento. Se utilizó una muestra de 100 pacientes esquizofrénicos ambulatorios y con un tratamiento mayor o igual a 3 años. Se realizó la revisión de historias clínicas y las herramientas empleadas fueron las encuestas. Los resultados obtenidos fueron: Media de edad (40,67%), sexo masculino (57%), solteros (89%), adherencia al tratamiento (67%), sin trabajo (78%), necesidad de hospitalización por discontinuación de medicación (37%), estresores emocionales (34%) y causas diversas (11%). En conclusión, existe relación o vínculo entre cada uno de los factores antes mencionados, unos más que otros como el no laborar, con la falta de adherencia al tratamiento.

2.2. BASE TEÓRICA

DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN

Es un grupo multicausal de diferentes anormalidades afectivas que se caracteriza por tristeza patológica, anhedonia, minusvalía, ansiedad, insomnio, apatía, anorexia e ideación suicida^{23,24}.

CARACTERÍSTICAS DE DEPRESIÓN

Se puede dar a cualquier edad con mayor frecuencia entre los 15 y 45 años afectando el estilo de vida que llevan de acuerdo con la edad. Estos varían con la edad reflejándose a través de la actitud en los más jóvenes y en síntomas somáticos para los más adultos²⁵.

Los factores de riesgo con respecto a la depresión y la relación entre ellos son innumerables debido a las distintas etapas de vida y a sus circunstancias. Estos pueden confundirse viéndose como causa o efecto de la enfermedad^{24,25}. Las variables que incrementan el riesgo de depresión se

pueden clasificar en factores personales, sociales, cognitivos, familiares y genéticos²⁶.

DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN

Los criterios diagnósticos de la depresión más usados donde se hace mención a los síntomas depresivos son la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima revisión (CIE-10) y la clasificación de la American Psychiatric Association (DSM).

CRITERIOS DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN SEGÚN CIE-10

Criterios diagnósticos de un episodio de depresión a través del CIE-10:

- A. Debe darse por lo menos catorce días.
- B. Ninguna relación con trastorno mental orgánico o abuso de sustancias psicoactivas.
- C. Síndrome somático:

Cuando existen a la par por lo menos cuatro o más de los puntos siguientes:

- Anhedonia.
- Apatía.
- Despertar matutino de más de dos horas antes de lo usual.
- Empeoramiento del estado depresivo en las mañanas.
- Enlentecimiento o aceleración motora.
- Disminución notoria de las ganas de comer.
- Pérdida de masa corporal ($\geq 5\%$ en el último mes).
- Desinterés sexual.

CRITERIOS DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN SEGÚN LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA- V EDICIÓN

Clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría, quinta edición (DSM-5):

- A. Igual o mayor a cinco de los síntomas a mencionar por lo menos dos semanas; al menos uno es estado de ánimo depresivo o anhedonia.

- (1) Estado de ánimo deprimido casi todo el día o todos los días (Por información o ectoscopia).
 - (2) Anhedonia casi todo el día o todos los días (Por información u ectoscopia).
 - (3) Pérdida o aumento notorio de la masa corporal, o pérdida del apetito.
 - (4) Insomnio o sueño excesivo de manera frecuente.
 - (5) Aceleración o enlentecimiento psicomotor.
 - (6) Fatiga o pérdida de energía.
 - (7) Sentimiento minusvalía o culpabilidad.
 - (8) Desconcentración (Por información u observación).
 - (9) Pensamientos de muerte de manera frecuente, ideas suicidas no planeadas, intento de suicidio o un planeamiento de ello.
- B. Alteración significativa en áreas importantes de la vida social.
- C. No relacionado a efectos fisiológicos de alguna sustancia o afección.
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Jamás ha habido un episodio hipomaniaco o maniaco.

Estos síntomas forman parte de muchas de las escalas o encuestas realizadas para la evaluación de depresión en pacientes con ciertas enfermedades crónicas como la esquizofrenia, entre ellas la que ha seleccionado para esta investigación es la Escala de depresión de Calgary.

ESCALA DE CALGARY

Esta escala es un instrumento creado a partir de la escala de depresión de Hamilton y el Examen del Estado Actual en 1990 por el Dr. Donald Addington en la Universidad de Calgary en Canadá. Se encarga de determinar la presencia de depresión en pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia en cualquiera de sus fases. Además, logra apreciar la diferencia entre síntomas depresivos y síntomas negativos característicos de la esquizofrenia con el fin

de ser la escala más precisa a diferencia de las otras que tienen el mismo objetivo.

Hace algún tiempo, esta escala contaba con otra versión en la que se encontraba compuesta por 11 ítems con puntuación de 0 a 5. Sin embargo, después de varios análisis en cada uno de los 11 ítems, se llegó a la conclusión que dos de ellos (ideas delirantes de culpa y pérdida de peso) no eran necesarios o no eran de gran relevancia para el objetivo que se tenía, por lo que se decidió omitirlos de la escala.

Con los cambios realizados en la Escala de Calgary, se tenían 9 ítems con menores puntajes por cada ítem donde los 8 primeros son de exploración y el último de observación. En estos ítems se puede apreciar de forma global la evaluación de síntomas cognitivos de la depresión con puntajes de 0 a 3 en los que se tiene la valoración de ausente, leve, moderado y grave respectivamente.

El rango de esta escala es de 0-27 puntos. Las respuestas por cada ítem poseen una valoración distinta que es sumada y evaluada teniendo como punto de guía el valor mayor a 5 puntos para la determinación de presencia o ausencia de depresión.

Por otro lado, esta escala requiere de la ayuda de un personal de salud competente para la entrevista estructurada junto a un nivel estándar previo en cada paciente de aproximadamente dos semanas, no existen criterios de categorización por severidad, tiene una sensibilidad del 75% y una especificidad próxima al 100%, por lo que es de gran relevancia para determinar el mejor manejo terapéutico.

ESQUIZOFRENIA:

La esquizofrenia es un trastorno mental que presenta una grave distorsión de la realidad, alucinaciones, aislamiento, irritabilidad, entre otros síntomas que afectan distintos aspectos de la vida. Se da con más frecuencia en hombres y en la adolescencia. Se desconoce la causa de esta patología, pero se tiene

una idea acerca de la combinación de factores genéticos y ambientales que la desencadenen²⁷.

El control de esta enfermedad, evitando factores desencadenantes y cumpliendo con el tratamiento prescrito, permite a las personas a desarrollar una vida independiente con responsabilidades como cualquier otra.

Los criterios diagnósticos de la esquizofrenia más usados son la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima revisión (CIE-10) y la clasificación de la American Psychiatric Association (DSM).

CRITERIOS DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE SEGÚN CIE-10

ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

Las características son las siguientes:

- a)** Ideas delirantes de persecución, de referencia, de celos, genealógicas, de tener una misión especial o de transformación corporal.
- b)** Alucinaciones auditivas dando órdenes o sin contenido verbal.
- c)** Alucinaciones olfatorias, gustatorias, sexuales o de otro tipo de sensaciones corporales. Pueden presentarse también alucinaciones visuales (rara vez dominan).

El curso puede ser episódico, con remisiones parciales o completas, o crónico.

Clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría, quinta edición (DSM-5):

- A. Dos o más de los siguientes síntomas durante un mes (o menos si se trató). Por lo menos uno de ellos debe ser (1), (2) o (3):
 - (1) Delirios.
 - (2) Alucinaciones.

- (3) Discurso desorganizado.
- (4) Comportamiento desorganizado.
- (5) Síntomas negativos (disminución de expresión emotiva).

B. Alteración de las relaciones inter e intrapersonales.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) muestra una definición de la adherencia al tratamiento como el cumplimiento de este de acuerdo con lo prescrito y a su persistencia. Además, enfatiza que el manejo de la adherencia al tratamiento se debe dar a través de un enfoque multidisciplinar. También, muestra que solo el 50% de la población con enfermedades crónicas de los países desarrollados tienen adherencia al tratamiento²⁸.

El tratamiento para la esquizofrenia debe ser integral para que pueda haber un control y disminución de los síntomas positivos y negativos; y así, llegar a tener una mejor calidad de vida.

Hay una enorme variedad en la práctica clínica con respecto a las intervenciones psicoterapéuticas. El médico tratante es el que decide cual es la mejor intervención de acuerdo con los factores demográficos, sociales, etc^{29,30}.

En este estudio la evaluación de una buena o mala adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos se realizará a través de un cuestionario que suele ser puesto en práctica en distintas enfermedades crónicas.

TEST DE MORISKY-GREEN

Este test realizado por Morisky, Green y Levine, fue creado con el fin de detectar la buena o mala adherencia en la hipertensión arterial, pero con el tiempo se adecuo a diversas enfermedades crónicas. El test consta de 4 preguntas con respuesta dicotómica en el que se tiene en cuenta que, si se tiene una o más respuestas incorrectas, se considera incumplidor al

tratamiento. Además, nos puede brindar, a través de sus preguntas, las causas de este incumplimiento.

Para que la evaluación y el análisis de respuestas sean fáciles, algunos autores suelen cambiar el sentido a la segunda pregunta, ya que esta es la única excepción que tiene como respuesta correcta al “Sí” teniendo como pregunta: “¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?”. En este caso, al orientar la pregunta para que tenga como respuesta correcta el “no”, se consideraría que quien tenga las 4 respuestas como “no”, es un cumplidor o tiene una buena adherencia al tratamiento.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

DEPRESIÓN: Conjunto de alteraciones afectivas afectando el modo de vivir de cada persona sin importar cualquier eventualidad².

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: Según la OMS es aquella administración de la medicación independientemente de la vía de acceso y cumplimiento de este de acuerdo a lo indicado por el médico tratante⁶.

PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS: Son aquellas personas que cumplen con los puntos dados por el CIE-10 y el DSM-V de acuerdo a los criterios que se consideren como suficientes afirmados por un especialista en psiquiatría⁹.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. GENERAL

H1: La depresión influye en la adherencia al tratamiento para la esquizofrenia en el Hospital Víctor Larco Herrera – 2017.

Ho: La depresión no influye en la adherencia al tratamiento para la esquizofrenia en el Hospital Víctor Larco Herrera – 2017.

2.4.2. ESPECÍFICAS

HIPÓTESIS ESPECÍFICA 1

H1: Existen síntomas depresivos en los pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera -2017.

H0: No existen síntomas depresivos en los pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera -2017.

HIPÓTESIS ESPECÍFICA 2

H2: Existe mala adherencia al tratamiento en los pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera – 2017.

H0: No existe mala adherencia al tratamiento en los pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera – 2017.

2.5. VARIABLES

Variable dependiente: Adherencia al tratamiento

- Olvido de la toma de medicamentos
- Toma de medicamentos dentro del horario
- Abandono de los medicamentos por mejoría
- Abandono de los medicamentos por empeoramiento

VARIABLES INDEPENDIENTES: Depresión

- Estado de ánimo
- Desesperanza
- Autodevaluación
- Ideas de referencia culposas
- Culpa patológica

- Depresión matutina
- Despertar temprano
- Suicidio
- Depresión observada

2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

ESTADO DE ÁNIMO: Según el autor de la escala de Calgary es aquella alteración excesiva del estado anímico de forma negativa.

DESESPERANZA: Según el autor de la escala de Calgary es aquella apreciación negativa que se tiene de uno mismo con respecto al futuro.

AUTODEVALUACIÓN: Según el autor de la escala de Calgary es aquella apreciación que se tiene sobre uno mismo de forma negativa.

IDEAS DE REFERENCIA CULPOSAS: Según el autor de la escala de Calgary es la sensación de culpa sin causa aparente ya sea por uno mismo o por terceros.

CULPA PATOLÓGICA: Según el autor de la escala de Calgary es la sensación excesiva de culpabilidad por hechos que ocurrieron en el pasado.

DEPRESIÓN MATUTINA: Según el autor de la escala de Calgary es la tristeza marcada en la mañana en un tiempo igual o mayor a 14 días.

DESPERTAR TEMPRANO: Según el autor de la escala de Calgary es la acción de despertar una o más horas antes de lo usual.

SUICIDIO: Según el autor de la escala de Calgary es sentir que la vida no vale, pensar en cómo terminarla e intentar terminarla.

DEPRESIÓN OBSERVADA: Según el autor de la escala de Calgary es la apreciación de tristeza que se tiene de la persona a la que se entrevista.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: Administración y cumplimiento de lo indicado por el médico tratante que se evaluará con el cuestionario de Morisky – Green.

ADHERENTE: Aquella persona que cumple o es adherente al tratamiento de la esquizofrenia.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Este proyecto de tesis es un estudio observacional, transversal y prospectivo.

Observacional: Solo se miden las variables tal cual se presentan en la realidad y no se interviene de manera experimental en el estudio.

Transversal: La recolección de datos a través de la escala de Calgary y el cuestionario de Morisky - Green se realizan en un momento específico de la investigación sin realizar seguimiento alguno a la posterioridad.

Prospectivo: La información recopilada proviene de una fuente primaria como la escala de Calgary y el cuestionario de Morisky – Green que se realizan durante el estudio para determinar la presencia o ausencia de síntomas depresivos y la presencia de buena o mala adherencia.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El trabajo de investigación en mención es de nivel descriptivo correlacional.

Descriptivo: Se describen las respuestas dadas

a cada variable a través de los instrumentos (escala y cuestionario).

Correlacional: Se busca determinar la relación entre las dos variables en estudio, en este caso la depresión y la adherencia al tratamiento, de acuerdo a la recopilación de respuestas que se tengan por cada instrumento.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población:

La población estuvo conformada por 283 pacientes con esquizofrenia, que acudieron a consulta externa en el Hospital Víctor Larco Herrera en los meses de junio a noviembre de 2017.

Muestra:

El tamaño muestral fue de 104 pacientes con esquizofrenia, que acudieron a consulta externa en el Hospital Víctor Larco Herrera de junio a noviembre en el año 2017 para evaluar la depresión y el comportamiento de adherencia.

La muestra se seleccionó de forma aleatoria o probabilística a través de sorteo hasta completar la cantidad necesitada con un nivel de confianza del 95%.

Datos:

N		=	283	Población
Z=	2	Z ² =	3.8416	Nivel confianza
E=	0.1	E ² =	0.0025	Margen Error
P		=	0.50	Que ocurra
Q		=	0.50	Que no ocurra

Fórmula:

$$n = \frac{Z^2 N p q}{E^2 (N-1) + Z^2 p q}$$

$$n_0 = \frac{3.8416 * 283 * 0.50 * 0.50}{0.0025 * (283 - 1) + 3.8416 * 0.50 * 0.50} = \frac{271.79}{1.67} = 163$$

Muestra corregida:

$$n = \frac{n_0}{1+n_0 / N}$$

$$n = \frac{163}{1.58} = 104$$

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes que tengan el diagnóstico de esquizofrenia.
- Pacientes que acudan a consultorio externo.
- Pacientes que cuenten con el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Pacientes menores de edad.
- Pacientes que no tengan esquizofrenia.
- Pacientes con problemas cognitivos severos.
- Pacientes que no deseen participar.
- Pacientes que no cuenten con el consentimiento informado.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Esta investigación se realizó a través la revisión de historia clínica y aplicación de instrumentos (Escala de Depresión de Calgary para la Esquizofrenia y Cuestionario de adherencia al tratamiento Test Morisky – Green).

3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Instrumentos:

Se utilizó la Escala de Depresión de Calgary para la Esquizofrenia (CDSS, por sus siglas en inglés) modificado por Shirley Núñez y el cuestionario para adherencia al tratamiento Morisky.

Técnicas:

A través de la Historia clínica en consultorio externo se confirmó el diagnóstico de esquizofrenia. Luego, por medio de la Escala de Depresión de Calgary para la Esquizofrenia (CDSS, por sus siglas en inglés) modificado por Shirley Núñez se aplicó este instrumento validado que cuenta con 9 ítems y 4 respuestas cada uno (ausente, leve, moderado y grave) para evaluar la depresión en las personas con el diagnóstico de esquizofrenia diferenciándola de los síntomas positivos, síntomas negativos y extrapiramidales que pudiera haber. Esta escala ha sido modificada de acuerdo a la cultura del país en investigación, conservando los criterios y puntajes de los autores para evitar alteraciones en el análisis. A través de los resultados de esta escala se pudo diferencia a dos grupos de personas con depresión y sin depresión.

Además, se empleó el cuestionario de adherencia al tratamiento Morisky – Green, el cual se encuentra validado y cuenta con 4 preguntas cerradas para valorar la adherencia al tratamiento de la esquizofrenia tanto en personas con depresión como en las que se encuentran sin depresión y así, identificar a través de los resultados, la influencia de esta. Este test se realizó sin alguna modificación y conservando los criterios de los autores para evitar alteraciones en el análisis.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizó la base de datos de Excel versión 2017 para la tabulación de datos obtenidos de la muestra y se procesó por el programa estadístico SPSS statistics 25.0. de acuerdo a las variables en estudio.

En el programa IBM SPSS 25.0 se añadió como base de datos el diagnóstico de esquizofrenia, la Escala de Calgary orientada a la presencia de síntomas depresivos en pacientes esquizofrénicos (9 ítems con 4 alternativas representado en grados ausente, leve, moderado y grave como respuesta,

cada una de 0 a 3 puntos respectivamente) y el test de Morisky-Green para detectar la mala adherencia al tratamiento (4 preguntas con respuestas dicotómicas).

La base de datos de la Escala de Calgary tuvo como variables a sus 9 ítems: Estado de ánimo, desesperanza, autodevaluación, ideas de referencia culposas, culpa patológica, depresión matutina, despertar temprano, suicidio y depresión observada con las respuestas para cada una de ausente, leve, moderado y grave.

La base de datos del cuestionario de Morisky-Green tuvo como variables a sus 4 ítems: Olvido de la toma de medicamentos, toma de medicamentos dentro del horario, abandono de los medicamentos por mejoría y abandono de los medicamentos por empeoramiento con las respuestas para cada una de Sí/No.

ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó la conciliación de datos y el análisis de los mismos a través del programa estadístico test exacto de Fisher relacionando las variables cualitativas.

En el programa estadístico Fisher se asociaron las variables cualitativas por medio de las tablas de contingencia. De esta manera, se comprobó la hipótesis planteada y se determinó la relación entre las variables en estudio.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio fue realizado con la aprobación del Comité de ética de investigación del Hospital Víctor Larco Herrera y la Universidad Privada San Juan Bautista. Los autores declaran no tener conflicto de interés. Además, se respetaron los principios éticos dados en la declaración de Helsinki acerca de

las investigaciones en seres humanos, se siguieron los estándares del código de ética y deontología del Colegio Médico del Perú para una debida investigación y se respetaron los derechos humanos dados en la Constitución Política del Perú. Muestra de ello, se procedió a la firma del consentimiento informado con el anonimato correspondiente como respeto y protección a la intimidad.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

Tabla 1: Frecuencia de los principales síntomas depresivos en los pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera – 2017.

SÍNTOMAS DEPRESIVOS		Frecuencia	Porcentaje
ESTADO DE ÁNIMO	Ausente	36	34.62%
	Leve	42	40.38%
	Moderado	20	19.23%
	Grave	6	5.77%
	Total	104	100%
DESESPERANZA	Ausente	30	28.80%
	Leve	49	47.10%
	Moderado	22	21.20%
	Grave	3	2.90%
	Total	104	100%
AUTODEVALUACIÓN	Ausente	42	40.40%
	Leve	44	42.30%
	Moderado	14	13.50%
	Grave	4	3.80%
	Total	104	100%
IDEA DE REFERENCIA CULPOSA	Ausente	58	55.80%
	Leve	39	37.50%
	Moderado	7	6.70%
	Total	104	100%
CULPA PATOLÓGICA	Ausente	38	36.50%
	Leve	47	45.20%
	Moderado	16	15.40%
	Grave	3	2.90%
	Total	104	100%
DEPRESIÓN MATUTINA	Ausente	61	58.70%
	Leve	35	33.70%
	Moderado	5	4.80%
	Grave	3	2.90%
	Total	104	100%
DESPERTAR TEMPRANO	Ausente	67	64.40%

	Leve	27	26%
	Moderado	7	6.70%
	Grave	3	2.90%
	Total	104	100%
SUICIDIO	Ausente	57	54.80%
	Leve	40	38.50%
	Moderado	6	5.80%
	Grave	1	1%
	Total	104	100%
DEPRESIÓN OBSERVADA	Ausente	40	38.50%
	Leve	47	45.20%
	Moderado	16	15.40%
	Grave	1	1%
	Total	104	100%

Fuente: Escala de Calgary para la depresión en esquizofrenia.

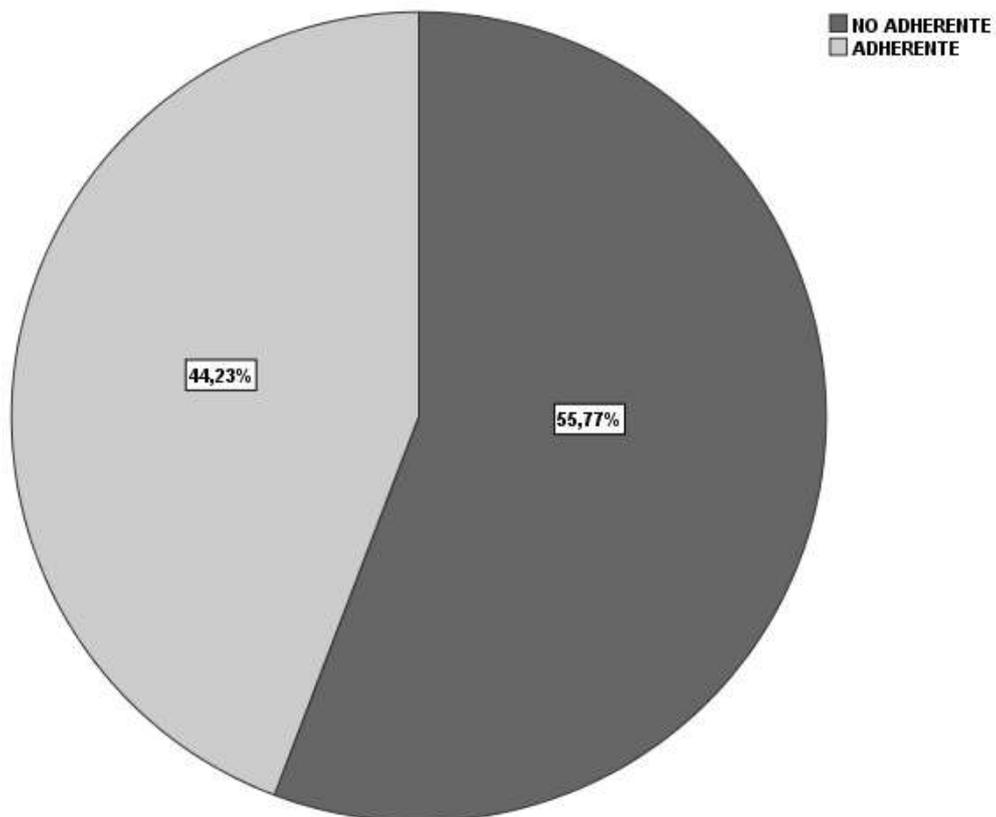
Interpretación: La tabla 1 indica los 9 ítems o síntomas depresivos evaluados a través de la Escala de Calgary para la depresión en esquizofrenia donde se halla la frecuencia y porcentaje de cada uno de los ítems con cada uno de los grados establecidos en la escala (ausente, leve, moderado y grave). Además, se logra apreciar que el síntoma con mayor frecuencia es el segundo “desesperanza” con el 71,15% y el menos frecuente el despertar temprano en 37 personas (35,6%). Los porcentajes más altos por cada ítem son: Estado de ánimo tiene el 40,8% en grado leve, desesperanza 47,10% en grado leve, autodevaluación 42,30% en grado leve, idea de referencia culposa 55,8% en grado ausente, culpa patológica 45,20% en grado leve, depresión matutina 58,7% en grado ausente, despertar temprano 64,4% en grado ausente, suicidio 54,8% en grado ausente y depresión observada 45,2% en grado leve.

Tabla 2: Frecuencia de la adherencia al tratamiento en los pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera – 2017.

	Frecuencia	Porcentaje
NO ADHERENTE	58	55.80%
ADHERENTE	46	44.20%
Total	104	100%

Fuente: Elaboración propia del autor.

Gráfico 1: Frecuencia de la adherencia al tratamiento en los pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera – 2017.



Fuente: Elaboración propia del autor.

Interpretación: En la tabla 2 y gráfico 1 se observa la frecuencia de adherentes al tratamiento al tratamiento en los 104 pacientes esquizofrénicos del HVLH teniendo como dato que la mayoría de pacientes (n=58), es decir, el 55,8% son no adherentes y que el 44,2% (n=46) son adherentes.

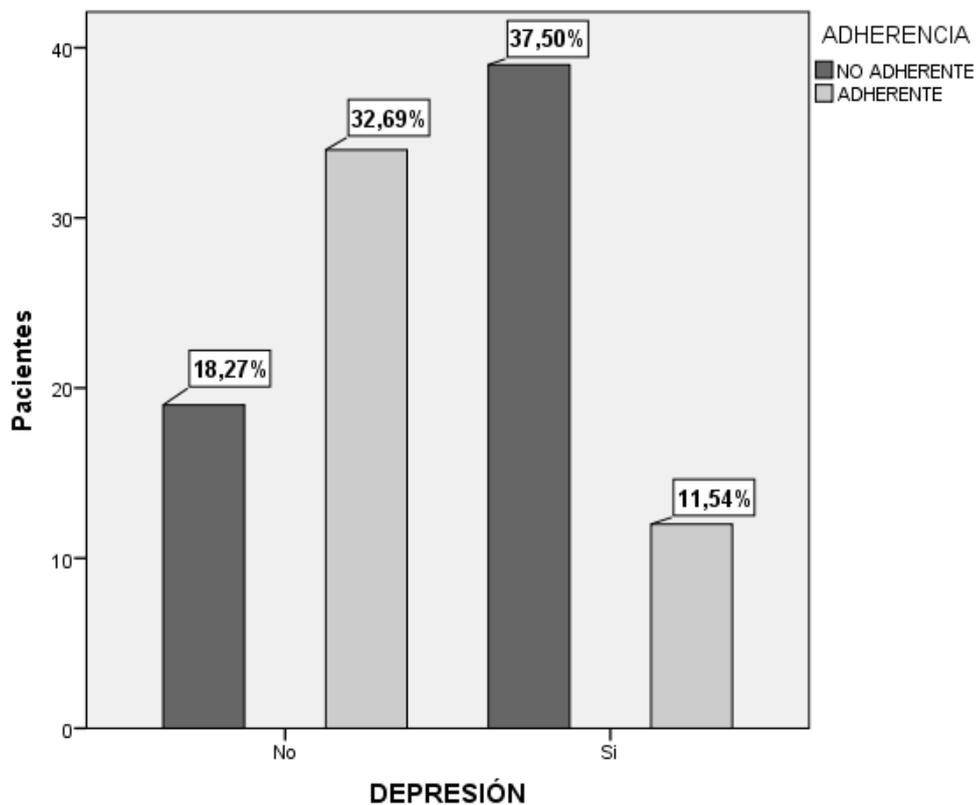
Tabla 3: Relación de depresión con la adherencia al tratamiento en los pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera – 2017.

		ADHERENCIA		Total	P ($\leq 0,05$)
		NO ADHERENTE	ADHERENTE		
DEPRESIÓN	No	19	34	53	0,000
	Si	39	12	51	
Total		58	46	104	

Fuente: Elaboración propia del autor.

Interpretación: La tabla 3 muestra la asociación entre la depresión y la adherencia al tratamiento en los pacientes con esquizofrenia del HVLH – 2017 y confirma la hipótesis planteada a través de la prueba exacta de Fisher mostrando que la depresión influye en la mala adherencia al tratamiento en estos pacientes donde P es 0.000 (menor a 0.05) .

Gráfico 2: Relación de depresión con la adherencia al tratamiento en los pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera – 2017.



Fuente: Elaboración propia del autor.

Interpretación: El gráfico 2 se observa la relación entre la depresión y la adherencia al tratamiento en los pacientes con esquizofrenia del HVLH – 2017 donde se muestra que la mayoría de los 104 pacientes con esquizofrenia en estudio, es decir, 58 pacientes tienen mala adherencia al tratamiento mientras que la minoría (46) tienen buena adherencia. De los pacientes que tienen mala adherencia (58), la mayoría tienen el diagnóstico de depresión (37,50%) mientras que la minoría (18,27%) no. De los que tienen buena adherencia (n=46), la mayoría no tiene el diagnóstico de depresión (32,69%) mientras que la minoría (11,54%) sí.

4.2. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente estudio en relación a la frecuencia de existencia de depresión en pacientes con esquizofrenia (49%) concuerdan con varias investigaciones como la que se realizó en China por Xu Y. et al. donde se señala que la depresión es común en estos pacientes con un 41,8%¹⁴. A diferencia de nuestro estudio, la investigación realizada en China fue solo en varones debido a los antecedentes de prevalencia en sexo.

En un estudio elaborado en Cuba por Llanes et al. los resultados confirman que la depresión en la esquizofrenia es frecuente y tiene un alto nivel de asociación debido a un gran conjunto de causantes psicosociales como la culpa patológica, ideas y actitudes suicidas, desesperanza, entre otros causantes¹⁷. Estos han sido evaluados en esta investigación a través de la Escala de Calgary para la depresión en la esquizofrenia llegando a la misma conclusión.

Esta investigación muestra que la depresión influye en la adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia y que se presenta en más de la mitad de los que padecen esquizofrenia pudiendo ocasionar complicaciones propias de la enfermedad, así como “recaídas, pobre recuperación, mayor número de hospitalizaciones, mayor cronicidad y deterioro del funcionamiento social”, tal como se muestra en un estudio realizado por Apiquian et al. en México a través del mismo instrumento¹².

Por otro lado, en un estudio realizado por Paucar en el Hospital Guillermo Almenara en Perú se hace referencia a otros factores que también llevan a la mala adherencia en pacientes con esquizofrenia como el no notar una mejora con respecto a la enfermedad, punto similar al que se evalúa en esta investigación a través del cuestionario de Morisky – Green para la adherencia al tratamiento donde se pudo encontrar 58 personas sin seguir el tratamiento indicado²².

Lo cierto es que, la mala adherencia al tratamiento no es un factor permanente, puede ser modificada para beneficiar al paciente en su evolución partiendo desde el manejo de los síntomas depresivos que se suelen encontrar en niveles elevados en pacientes con esquizofrenia tal como se coincide en el estudio de Misdrahi et al. donde también se hace hincapié en que “la depresión es más frecuente en pacientes con esquizofrenia con mala adherencia” como se pudo encontrar también en esta investigación ¹⁶.

Las cifras altas de la existencia de depresión en esquizofrenia en la mayoría de las investigaciones nos hacen pensar que esta asociación podría superar a cualquier otra, por lo que es de urgencia tomar medidas para su prevención o mejor control¹⁴. Si no se realizan estos cambios, la frecuencia con respecto a la mala adherencia se incrementaría y las complicaciones serían críticas pudiendo llegar a escenarios muchos más graves como la ideación o el intento de suicidio hasta su realización.

Es relevante resaltar que hay investigaciones que realizan diferencias con respecto a la frecuencia de depresión en las dos fases de esquizofrenia mencionando que es más frecuente en la fase aguda y que, si bien en la fase crónica es menor, también se pueden hallar la existencia de síntomas depresivos como intentos suicidas, ideas suicidas, entre otros ítems evaluados en la Escala de Calgary para la depresión en esquizofrénicos como describe Franco et al. a través de un estudio realizado en Cuba ¹⁸.

En este estudio se analizan ambas fases sin algún tipo de distinción en todo paciente con el diagnóstico de esquizofrenia que acudía a consultorio externo debido a problemas de tiempo. Sin embargo, el porcentaje encontrado con respecto a la asociación de la depresión en la esquizofrenia y su relación con la adherencia al tratamiento no se ha visto afectado de alguna manera con lo que se quiso demostrar, por lo que sería interesante la realización de un estudio con la agrupación de fases más adelante en nuestro país.

A diferencia del estudio realizado por Paucar, en esta investigación se dejó de lado la evaluación de otros factores relacionados a la mala adherencia como la existencia de otras comorbilidades, factor económico, características sociodemográficas, el cuidado del paciente o factores de accesibilidad al medicamento, entre otros, debido al enfoque del autor.

La mejor manera de abordar esta problemática es a través de un enfoque multidisciplinario teniendo en cuenta la eficacia, efectividad y eficiencia para optar por la mejor medida de solución como menciona Crespo en un estudio realizado en España con respecto a la mejor manera de adquirir la buena adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia⁶.

Diversos estudios mencionan que la Escala de Calgary para la depresión en la esquizofrenia es el ideal para encontrar esta alteración mental y que existe una relación entre las puntuaciones y la cantidad de veces con las que ingresa a hospitalización la persona que padece de esquizofrenia, es decir, a mayor puntuación en la Escala, mayor cantidad de reingresos, por lo que la implementación de la Escala en la consulta externa serviría como intervención⁸.

Esta investigación nos exhorta a intervenir de manera más específica y a un punto de partida como lo es la depresión para evitar o cambiar la alteración que se pueda dar en la adherencia al tratamiento. Además, tratar los síntomas depresivos y orientar a la persona que padece de esquizofrenia con respecto al tratamiento indicado mejoraría la calidad de vida en ella y en su entorno.

La familia, el personal de salud y el paciente son las personas clave para que la idea de este estudio sea realizada. La falta de colaboración de alguna de las partes generaría el fracaso en el pronóstico de evolución en el paciente.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

1. Del total de esquizofrénicos (n=104), el 49% (n=51) tuvo depresión y de estas personas con depresión el 76,47% (n=39) no era adherente al tratamiento, por lo que la depresión influye y se relaciona con la adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera – 2017.
2. Los síntomas depresivos en los pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera - 2017 son: la afectación en el estado de ánimo, desesperanza, autodevaluación, ideas de referencia culposa, culpa patológica, depresión matutina, el despertar temprano, ideas y actitudes suicidas y la depresión observada, siendo el síntoma depresivo más frecuente la alteración en el estado de ánimo en 74 personas (71,2%) y el menos frecuente el despertar temprano en 37 personas (35,6%).
3. La adherencia al tratamiento en los pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera – 2017 es mala, ya que el 55,8% tiene mala adherencia sin importar el diagnóstico de depresión mientras que los pacientes con buena adherencia solo ocupan el 44,2%.

5.2. RECOMENDACIONES

1. Vigilar el estado mental y afectivo de la persona que padece esquizofrenia a través de una entrevista más detallada orientada a encontrar depresión para evitar las complicaciones que conlleva esta enfermedad como la mala adherencia al tratamiento que ha sido comprobada en esta y otras investigaciones como la más frecuente en la asociación de depresión y esquizofrenia.

2. Promover la evaluación y el análisis de los síntomas depresivos a través de una mayor utilidad de los 9 ítems de la Escala de Calgary para la depresión en esquizofrenia incluyéndola en los consultorios externos como una nueva estrategia e intervenir de alguna manera de acuerdo al resultado que se obtenga.

3. Fomentar e informar acerca de la importancia del tratamiento en la esquizofrenia abordando la eficacia, la efectividad y la eficiencia a través de charlas programadas cada cierto tiempo, ya sea individual o grupal con respecto al paciente y a la familia para llevar un mejor control y precaución de las complicaciones propias de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization [base de datos en línea]. Washington, D.C.: La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad; 2016. [Fecha de acceso 12 de setiembre de 2017] URL disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es>
2. Organización Mundial de la Salud - Organización Panamericana de la Salud [base de datos en línea]. Washington, D.C.: Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales; 2017 [Fecha de acceso 12 de setiembre de 2017] URL disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHON_MH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” [Nota de Prensa N°048]. Lima: Para atender la alta demanda de atención en salud mental en el Perú tenemos que transmitir el saber psiquiátrico a médicos generales y profesionales de la salud; 2014. [Fecha de acceso 12 de setiembre de 2017] URL disponible en: <http://www.inism.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2014/048.html>
4. World Health Organization [base de datos en línea]. Washington, D.C.: Esquizofrenia; 2018. [Fecha de acceso 12 de setiembre de 2017] URL disponible en: <http://www.who.int/topics/schizophrenia/es/>
5. Orozco P, Núñez R. Adaptación laboral de las personas con esquizofrenia a través del programa de Adaptación Laboral (AL). *Revista de Psicología*. 17(2), 70-79, 2015.
6. Crespo B, Bernardo M, Argimon JM, Arrojo M, Bravo M, Cabrera A et al. Eficacia, eficiencia y efectividad en el tratamiento multidimensional de la esquizofrenia: proyecto Rethinking. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (España)* 2017; 10, 4-20.

7. Ramos Pozón S. La calidad de vida en pacientes con esquizofrenia y sus familias. Análisis bioético, conceptual y psicopatológico. Universidad de Barcelona. Facultad de Filosofía (España) 2014; 42: 46-56.
8. García J, Ahunca L, Bohórquez A, Gómez C, Jaramillo L, Palacios C. Tratamiento con intervenciones psicoterapéuticas en la fase aguda y de mantenimiento del paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia. Revista colombiana de psiquiatría (Colombia) 2014;44(S1):90–100.
9. Ministerio de sanidad y consumo [base de datos en línea]. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009. [Fecha de acceso 12 de setiembre de 2017] URL disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_495_Esquizofr_compl_cast_2009.pdf
10. Hospital Víctor Larco Herrera. Oficina de Estadística e informática. [base de datos en línea]. Lima: Sala situacional; mayo 2017. [Fecha de acceso 12 de setiembre de 2017] URL disponible en:<http://www.larcoherrera.gob.pe/estadisticas/estadistica/433-2017/sala-situacional.html>
11. Ministerio de Sanidad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia [base de datos en línea]. Galicia: Servicios Sociales e Igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014. [Fecha de acceso 12 de setiembre de 2017] URL disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf
12. Apiquian R, Fresán A, Ulloa R, García M, Lóyzaga C, Nicolini H, et al. Estudio comparativo de pacientes esquizofrénicos con y sin depresión. Revista Salud Mental. (México) 2001; 24 (5),25-29.

13. Ministerio de Salud [base de datos en línea]. Lima: INSM inicia programa psicoeducativo gratuito para familiares de pacientes con esquizofrenia; 2015. [Fecha de acceso 12 de setiembre de 2017]URL disponible en: <http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2015/004.html>
14. Xu Y, Li F, Liu X, Liang B. Depressive symptoms in Chinese male inpatients with schizophrenia: prevalence and clinical correlates, *Revista Psychiatry Research (China)*; 2018; 264:380-384.
15. Kocatürk B, Eşsizoğlu A, Aksaray G, Akarsu F, Musmul A. Relationship Suicide, Cognitive Functions, and Depression in Patients with Schizophrenia. *Revista Arch Neuropsychiatric (Turkey)* 2015; 52: 169-173.
16. Misdrahi D, Tessier A, Swendsen J, Berna F, Brunel L, Capdevielle D, et al. Determination of Adherence Profiles in Schizophrenia Using Self-Reported Adherence: Results From the FACE-SZ Dataset. *Revista The Journal of Clinical Psychiatry* 2016;77(9): e1130–e1136.
17. Llanes Y, Barrios Y, Oliva I, De la Caridad S, Calvo E. Depresión en pacientes con esquizofrenia ingresados en servicios de agudos del Hospital Psiquiátrico de La Habana. *Revista de Psicología (Cuba)* 2015, 33: 131-151.
18. Franco N, Lorenzo A, Oliva I, De la Caridad X. La depresión en pacientes esquizofrénicos de larga evolución ingresados en el Hospital Psiquiátrico de La Habana. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana (Cuba)* 2015; 12 (3), 1-9.
19. Misdrahi D, Denard S, Swendsen J, Jaussent I, Courtet P. Depression in schizophrenia: The influence of the different dimensions of insight. *Revista Psychiatry Research* 2014, 216(1), 12-16.
20. Majadas S, Olivares J, Galan J, Diez T. Prevalence of depression and its relationship with other clinical characteristics in a sample of patients

- with stable schizophrenia. *Revista Comprehensive Psychiatry* 2012, 53(2), 145-151.
21. Angulo Celestino A. Factores asociados a no adherencia al tratamiento antipsicótico en pacientes del Hospital Cayetano Heredia de Piura-Perú 2013-2014 [Tesis de grado]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2014, 1-45.
 22. Paucar Ayllón JM. Factores relacionados a la no adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos adultos en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen-EsSalud -2010 [Tesis de grado]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2011, 1-43.
 23. Butler R, Carney S, Cipriani A, Geddes J, Hatcher S, Price J et al. Depressive disorders. *Revista American Family Physician (Nueva Zelanda)* 2006 73(11):1999-2004.
 24. Bellón JA, Moreno B, Torres F, Montón C, Gil de Gómez MJ, Sánchez M, et al. Predicting the onset and persistence of episodes of depression in primary health care. The predictD-Spain study: Methodology. *Revista BioMed Central (España)* 2008; 8:256
 25. Ravindran AV, Lam RX, Filteau MJ, Lespérance F, Kennedy SH, Parikh SV, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical Guidelines for the Management of Major Depressive Disorder in Adults. V. Complementary and alternative medicine treatments. *Journal of affective disorders (Canadá)* 2009;117(1): S54-S64.
 26. Hegeman JM, Kok RM, Van der Mast RC, Giltay EJ. Phenomenology of depression in older compared with younger adults: meta-analysis. *Revista The British journal of Psychiatry: The journal of mental science (Gran Bretaña)* 2012;200(4):275-281.
 27. Reed GM, Mendonca J, Esparza P, Saxena S, Maj M. The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification. *Revista World Psychiatry (Italia)* 2011;10(2):118-131.

28. III FORO Diálogos PFIZER -pacientes [base de datos en línea]. Madrid: La Adherencia Al Tratamiento: Cumplimiento Y Constancia Para Mejorar La Calidad De Vida. [Fecha de acceso 12 de setiembre de 2017] URL disponible en: https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones_pacientes/2009/FOROpfizer_2009.pdf
29. Marcus M, Yasamy MT, Van M, Chisholm D, Saxena S. Depression. A Global Public Health Concern. WHO Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva: 2012 [Fecha de acceso 12 de setiembre de 2017] URL disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf
30. Serby M, Yu M. Overview: depression in the elderly. Revista The Mount Sinai Journal of medicine (EE. UU) 2003;70(1):977-986.

ANEXOS

Anexo 1: Operacionalización de Variables

Alumno: NÚÑEZ ALCOCER, Shirley Alejandra.

Asesor: Msc. VIZCARRA ZEVALLOS, Karla.

Local: San Borja.

Tema: Influencia de la depresión en la adherencia al tratamiento para la esquizofrenia en el Hospital Víctor Larco Herrera - 2017.

VARIABLE INDEPENDIENTE: DEPRESIÓN			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Estado de ánimo	Ausente/leve/moderado/grave	ordinal	Escala de depresión de calgary para la esquizofrenia (CDSS)
Desesperanza	Ausente/leve/moderado/grave	ordinal	Escala de depresión de calgary para la esquizofrenia (CDSS)
Autodevaluación	Ausente/leve/moderado/grave	ordinal	Escala de depresión de calgary para la esquizofrenia (CDSS)
Ideas de referencia culposas	Ausente/leve/moderado/grave	ordinal	Escala de depresión de calgary para la esquizofrenia (CDSS)
Culpa patológica	Ausente/leve/moderado/grave	ordinal	Escala de depresión de calgary para la esquizofrenia (CDSS)
Depresión matutina	Ausente/leve/moderado/grave	ordinal	Escala de depresión de calgary para la esquizofrenia (CDSS)

Despertar temprano	Ausente/leve/moderado/grave	ordinal	Escala de depresión de calgary para la esquizofrenia (CDSS)
Suicidio	Ausente/leve/moderado/grave	ordinal	Escala de depresión de calgary para la esquizofrenia (CDSS)
Depresión observada	Ausente/leve/moderado/grave	ordinal	Escala de depresión de calgary para la esquizofrenia (CDSS)

VARIABLE DEPENDIENTE: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO			
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Olvido de toma de medicamentos.	Sí/No	nominal	Cuestionario de morisky – green
Toma de medicamentos dentro del horario.	Sí/No	nominal	Cuestionario de morisky – green
Abandono de los medicamentos por mejoría.	Sí/No	nominal	Cuestionario de morisky – green
Abandono de los medicamentos por empeoramiento.	Sí/No	nominal	Cuestionario de morisky – green

Anexo 2: a) Encuesta de recolección de datos modificado por Shirley Núñez.

ESCALA DE DEPRESIÓN DE CALGARY PARA LA ESQUIZOFRENIA (CDSS)

Entrevistador. Haga la primera pregunta como está escrita. Use las frases siguientes a su criterio. Revise los incisos y califique de acuerdo a su criterio. El último ítem N°9 debe basarse en las observaciones de toda la entrevista.

Identificación:.....**Fecha:**.....

1.- ESTADO DE ÁNIMO:

- ¿Cómo describiría su estado de ánimo durante las últimas 2 semanas?
- ¿Se ha sentido triste en estas 2 últimas semanas?

Ausente (0 ptos)

Leve (1 pto): Expresa alguna tristeza o desaliento sobre la pregunta.

Moderado(2ptos): Claro humor deprimido que persiste menos de la mitad del tiempo durante las dos últimas semanas; presencia diaria.

Grave(3ptos): Marcado humor deprimido que persiste diariamente más de la mitad del tiempo e interfiere con el funcionamiento motor y social normal.

2.- DESESPERANZA:

- ¿Cómo ve el futuro para usted?
- ¿Tiene planes para su futuro?
- ¿Se ha dado por vencido o todavía parece haber alguna razón para intentar hacer algo en la vida?

Ausente(0ptos)

Leve(1pto): Ha sentido alguna vez desesperanza durante la última semana, pero aún tiene algún grado de esperanza para el futuro.

Moderado(2ptos): Sentimiento de desesperanza persistente y moderado durante la última semana. Puede ser persuadido a reconocer la posibilidad de que la cosas vayan mejor.

Grave(3ptos): Sentimiento de desesperanza persistente y doloroso.

3.- AUTODEVALUACIÓN:

- ¿Cuál es su opinión sobre sí mismo comparado con las demás personas?
- ¿Se siente inferior a los demás?

Ausente(0ptos)

Leve(1pto): Algún sentimiento de inferioridad, pero sin llegar a sentirse inútil.

Moderado(2ptos): El sujeto se siente inútil, pero menos del 50% del tiempo.

Grave(3ptos): El sujeto se siente inútil más del 50% del tiempo. De otra manera, puede ser cuestionado o reconocerlo.

4.- IDEAS DE REFERENCIA CULPOSAS:

- ¿Ha tenido la sensación de que lo están culpando por algo o tal vez que lo están acusando injustamente?, ¿de qué lo culpan? (no incluir acusación justificada). Se excluyen ideas delirantes de culpa.

Ausente(0ptos)

Leve(1pto): El sujeto se siente culpado, pero no acusado, menos del 50% del tiempo.

Moderado(2ptos): Sentimiento persistente de ser culpado y/o sentimientos ocasionales de ser acusado.

Grave(3ptos): Sentimiento persistente de ser acusado. Cuando se le cuestiona reconocer que no es así.

5.- CULPA PATOLÓGICA:

- ¿Tiende usted a culparse a sí mismo de pequeñas cosas que pudo haber hecho en el pasado?
- ¿Piensa que debe preocuparse tanto por esto?

Ausente(0ptos)

Leve(1pto): El sujeto, a veces, se siente excesivamente culpable de algún pequeño error, pero menos del 50% del tiempo.

Moderado(2ptos): El sujeto normalmente (más de 50% del tiempo) siente culpa acerca de hechos pasados, cuya significación exagera.

Grave(3ptos): El sujeto normalmente cree que es culpable de todo lo que ha ido mal, individuo cuando no es por su culpa.

6.- DEPRESIÓN MATUTINA:

- Si se ha sentido deprimido durante las 2 últimas semanas, ¿ha notado si la depresión empeora a una hora especial del día?

Ausente(0ptos)

Leve(1pto): Depresión presente, pero sin variaciones diurnas.

Moderado(2ptos): Se menciona espontáneamente que la depresión es peor por la mañana.

Grave(3ptos): Depresión marcada peor durante la mañana, con funcionamiento dificultado que mejora por la tarde.

7.- DESPERTAR TEMPRANO:

- ¿Despierta más temprano de lo que es normal para usted?
- ¿Cuántas veces a la semana pasa esto?

Ausente(0ptos)

Leve(1pto): Ocasionalmente (hasta 2 veces a la semana) se despierta una hora o más tiempo antes de a hora normal de despertarse o de sonar el despertador.

Moderado(2ptos): A menudo (hasta 5 veces a la semana) se despierta una hora o más tiempo antes de la hora normal de despertarse o de sonar el despertador.

Grave(3ptos): Diariamente se despierta una hora o más tiempo antes de la hora normal de despertarse o de sonar el despertador.

8.- SUICIDIO:

- ¿Ha sentido que la vida ya no tiene sentido?
- ¿Alguna vez sintió deseo de terminar con su vida?
- ¿De qué manera pensó hacerlo?
- ¿Lo ha intentado realmente?

Ausente(0ptos)

Leve(1pto): Frecuentes pensamientos de estar mejor muerto o pensamientos ocasionales de suicidio.

Moderado(2ptos): Ha pensado deliberadamente en el suicidio, con un plan, pero no ha hecho ningún intento.

Grave(3ptos): Intento de suicidio aparentemente diseñado para acabar en muerte (p.e. descubrimiento accidental o medios ineficaces).

9.- DEPRESIÓN OBSERVADA:

Basado en las observaciones del entrevistador a lo largo de la entrevista.

La pregunta ¿siente deseos de llorar?, utilizada en momentos apropiados de la entrevista puede proporcionar información útil para esta observación.

Ausente(0ptos)

Leve(1pto): El sujeto aparece triste y afligido, incluso durante las partes de la entrevista en las que tratan temas afectivamente neutros.

Moderado(2ptos): El sujeto aparece triste y afligido a lo largo de toda la entrevista, con una voz triste y monótona y está lloroso o próximo a llorar por momentos.

Grave(3ptos): El sujeto se sofoca con temas dolorosos, con frecuencia suspira profundamente y llora abiertamente o permanece persistentemente en un estado de completa desdicha.

PUNTUACIÓN:

Puntuación en cada subvariable (de 0 a 3). El rango es de 0-27.

Para identificar la existencia de síntomas depresivos, los autores sugieren como punto de guía más de 5 puntos en total.

GUÍA DE ENTREVISTA PARA LA ESCALA DE CALGARY PARA DEPRESIÓN EN ESQUIZOFRENIA

Nombre del paciente:				
Entrevistador:			Fecha:	
	Ausente	Leve	Moderado	Severo
1. Depresión	0	1	2	3
2. Desesperanza.	0	1	2	3
3. Autodevaluación.	0	1	2	3
4. Ideas de referencia culposas.	0	1	2	3
5. Culpa patológica.	0	1	2	3
6. Depresión matutina.	0	1	2	3
7. Despertar temprano.	0	1	2	3
8. Suicidio.	0	1	2	3
9. Depresión observada.	0	1	2	3
	Total			

Anexo 2: b) Cuestionario de Morisky – Green

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?

Sí

No

2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas por su doctor?

Sí

No

3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicina?

Sí

No

4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

Sí

No

Incumplidor: Aquel que responde de forma inadecuada una o más de las cuestiones planteadas.

INFORME DE OPINIÓN DEL EXPERTO

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y nombres del informante:
 1.2. Institución donde labora: Hospital Víctor Larco Herrera
 1.3. Tipo de experto: Metodólogo Especialista Estadística
 1.4. Nombre del instrumento:
 Escala de depresión de Calgary para la esquizofrenia
 Cuestionario de Morisky – Green
 Consentimiento informado
 1.5. Autor del instrumento: NÚÑEZ ALCOCER, Shirley Alejandra.

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Buena 41- 60%	Muy buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro					98/
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					98/
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances de teoría sobre el tema					98/
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems					98/
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad					98/
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la relación entre las variables					98/
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos					98/
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores					98/
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítica					98/

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplicable

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

98/

Lugar y Fecha: Lima, 22 de mayo del 2019

Shirley Alejandra Núñez Alcocer
 Firma del experto informante

D.N.I. N° 44397666

Teléfono 926 546 320

INFORME DE OPINIÓN DEL EXPERTO

I. DATOS GENERALES:

1.1. Apellidos y nombres del informante:

1.2. Institución donde labora: Hospital Víctor Larco Herrera

1.3. Tipo de experto: Metodólogo Especialista Estadística

1.4. Nombre del instrumento:

Escala de depresión de Calgary para la esquizofrenia

Cuestionario de Morisky - Green

Consentimiento informado

1.5. Autor del instrumento: NÚÑEZ ALCOCER, Shirley Alejandra.

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Buena 41- 60%	Muy buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro					85%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					85%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances de teoría sobre el tema					85%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems					85%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad					85%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la relación entre las variables					85%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos					85%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores					85%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítica					85%

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

ES APLICABLE

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

85%

Lugar y Fecha: Lima, 22/01/19

LIC. SARA GISELA AQUINO DOLOMNER
COBEXPE 23

Firma del experto *[Firma]*

D.N.I. N° 07498001

Teléfono 993083992

Anexo 4: Confiabilidad de instrumentos - Estudio piloto

ALFA DE CRONBACH

TABLA 4: RESUMEN DE PROCESAMIENTO DE CASOS

		N	%
CASOS	VÁLIDO	20	100,0
	EXCLUÍDO^a	0	,0
	TOTAL	20	100,0

56

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

En la tabla 4 se muestra que el estudio Piloto se realizó en 20 pacientes con esquizofrenia (100%) sin algún problema para ser evaluados, por lo que hay 0 excluidos.

TABLA 5: ESTADÍSTICAS DE FIABILIDAD

ALFA DE CRONBACH	N DE ELEMENTOS
,808	9

En la tabla 5 se muestra el alfa de Cronbach igual a 0,808; lo que significa que es bueno y que la escala de medida de los 9 ítems es fiable.

Anexo 5: Matriz de consistencia

Alumno: NÚÑEZ ALCOCER, Shirley Alejandra.

Asesor: Msc. VIZCARRA ZEVALLOS, Karla.

Local: San Borja

Tema: Influencia de la depresión en la adherencia al tratamiento para la esquizofrenia en el Hospital Víctor Larco Herrera - 2017.

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>General:</p> <p>PG: ¿Cuál es la influencia de la depresión en la adherencia al tratamiento para la esquizofrenia en el Hospital Víctor Larco Herrera - 2017?</p>	<p>General:</p> <p>OG: Determinar la influencia de la depresión en la adherencia al tratamiento para la esquizofrenia en el Hospital Víctor Larco Herrera - 2017.</p>	<p>General:</p> <p>HIPOTESIS GENERAL:</p> <p>HG: La depresión influye en la adherencia al tratamiento para la esquizofrenia en el Hospital Víctor Larco Herrera – 2017.</p>	<p>Variable Independiente:</p> <p>Depresión</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estado de ánimo - Desesperanza - Autoevaluación - Ideas de referencia - Culpa patológica - Depresión matutina - Despertar temprano - Suicidio - Depresión observada

<p>Específicos: PE 1: ¿Cuáles son los síntomas depresivos más frecuentes en los pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera - 2017?</p> <p>PE2: ¿Cuál es la adherencia al tratamiento en los pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera - 2017?</p>	<p>Específicos: OE1: Determinar los síntomas depresivos en los pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera -2017.</p> <p>OE2: Identificar la adherencia al tratamiento en los pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera – 2017.</p>	<p>HIPOTESIS ESPECIFICA:</p> <p>HE1: Existen síntomas depresivos en los pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera -2017.</p> <p>HE2: Existe mala adherencia al tratamiento en los pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera – 2017.</p>	<p>Variable Dependiente: Adherencia al tratamiento.</p> <p>Indicadores: -Olvido de toma de medicamentos. -Toma de medicamentos dentro del horario. -Abandono de los medicamentos por mejoría. -Abandono de los medicamentos por empeoramiento.</p>
---	--	--	--

Diseño metodológico	Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos
<p>- Nivel: Descriptivo correlacional</p> <p>- Tipo de Investigación: Observacional, prospectivo y transversal.</p>	<p>Población: N = 283</p> <p>Criterios de Inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pacientes mayores de 18 años. -Pacientes que tengan el diagnóstico de esquizofrenia. -Pacientes que acudan a consultorio externo. -Pacientes que cuenten con el consentimiento informado. <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pacientes menores de edad. -Pacientes que no tengan esquizofrenia. -Pacientes con problemas cognitivos severos. -Pacientes que no deseen participar. -Pacientes que no cuenten con el consentimiento informado. <p>Tamaño de muestra: 104</p> <p>Muestreo: Probabilístico</p>	<p>Técnica: Entrevista y cuestionario</p> <p>Instrumentos: Encuesta</p>

Anexo 6: Consentimiento informado para participantes de investigación

El propósito de este consentimiento es dar a los participantes de esta investigación una clara explicación de la misma, así como de su rol en ella. Esta es realizada por Shirley Alejandra Núñez Alcocer, estudiante de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista.

La idea de este estudio es identificar la influencia de la depresión y su relación con la adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia crónica del Hospital Víctor Larco Herrera.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas serán anónimas.

Si tiene alguna duda, puede hacer preguntas en cualquier momento. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si algunas de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación elaborada por Shirley Alejandra Núñez Alcocer. He sido informado (a) de que la idea de este estudio es identificar la influencia de la depresión y su relación con la adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia crónica del Hospital Víctor Larco Herrera.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos.

Reconozco que la información que yo dé en esta investigación es confidencial y no será usada para ningún otro propósito. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que eso me perjudique. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la autora de la investigación al teléfono 943214232.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Shirley Alejandra Núñez Alcocer al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

.....

Fecha

Anexo 7: Autorización del hospital correspondiente

 **PERU** **MINISTERIO DE SALUD** Hospital Nacional "Victor Larco Herrera"

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

CARGO

Magdalena del Mar, ²⁷ de diciembre del 2017

OFICIO N° 121-2017-DG/HVLH/MINSA

CARGO OADI

Mag.
Vladimir David Guerra Alvarado
Decano
Facultad de Medicina Humana
Universidad Privada San Juan Bautista
Av. José Antonio Lavalle s/n (Ex Hacienda Villa)
Chorrillos.-

Asunto : Proyecto de Investigación
Referencia : Carta N° 092-EPMH-2017-UPSJB
Atención : Directora de la Escuela Profesional de Medicina Humana

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted saludándolo cordialmente, y a la vez informarle que esta Dirección General, autoriza la ejecución del Proyecto de Investigación titulado: "Influencia de la Depresión y su Relación con la Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera 2017", presentado por la Bachiller **Shirley Alejandra Núñez Alcocer**, en tanto cumple con los estándares técnicos y éticos respectivos.

Sin otro particular, le reitero mi cordial saludo.

Atentamente,

Ministerio de Salud
Hospital Víctor Larco Herrera

Med. Elizabeth M. Rivera Chávez
Directora General
C.M.P. 24232 R.N.E. 10693



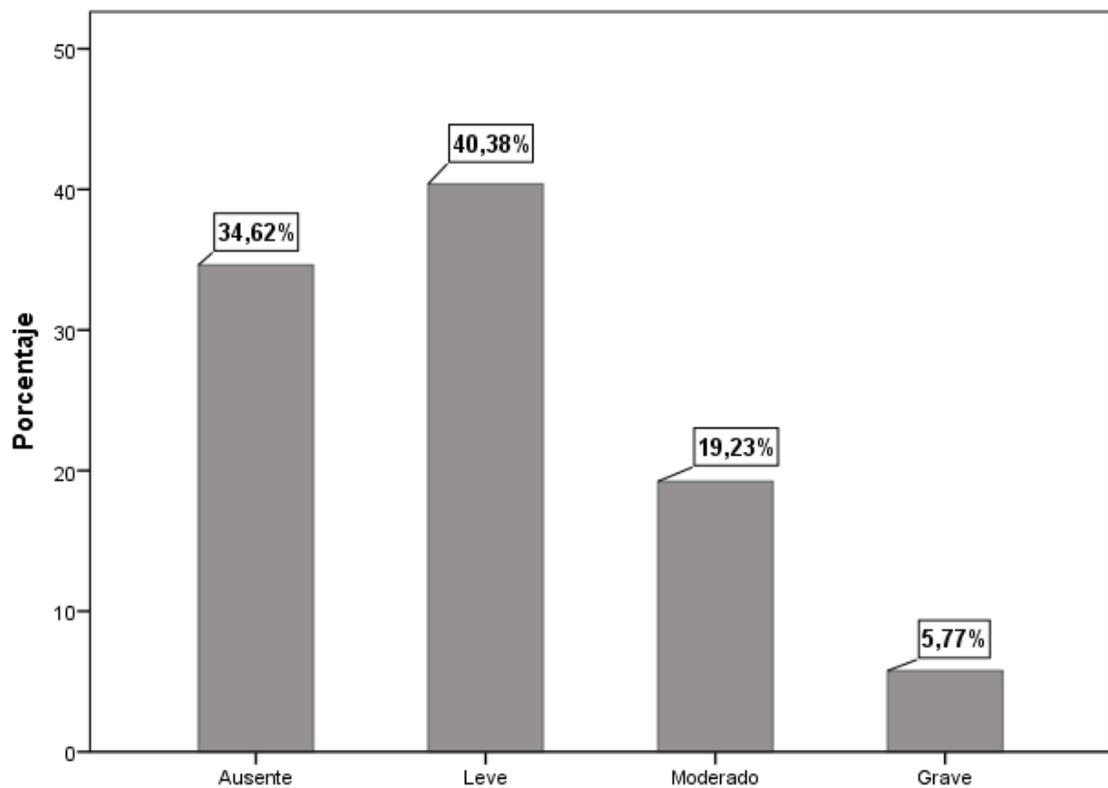
21 DIC 2017
6.339


EMRCH/RAH/mbrg,
c.c.: Archivo



Av. El Ejército N° 500
Magdalena del Mar, Lima
17, Perú
Telef. (511) 2615516 -1048

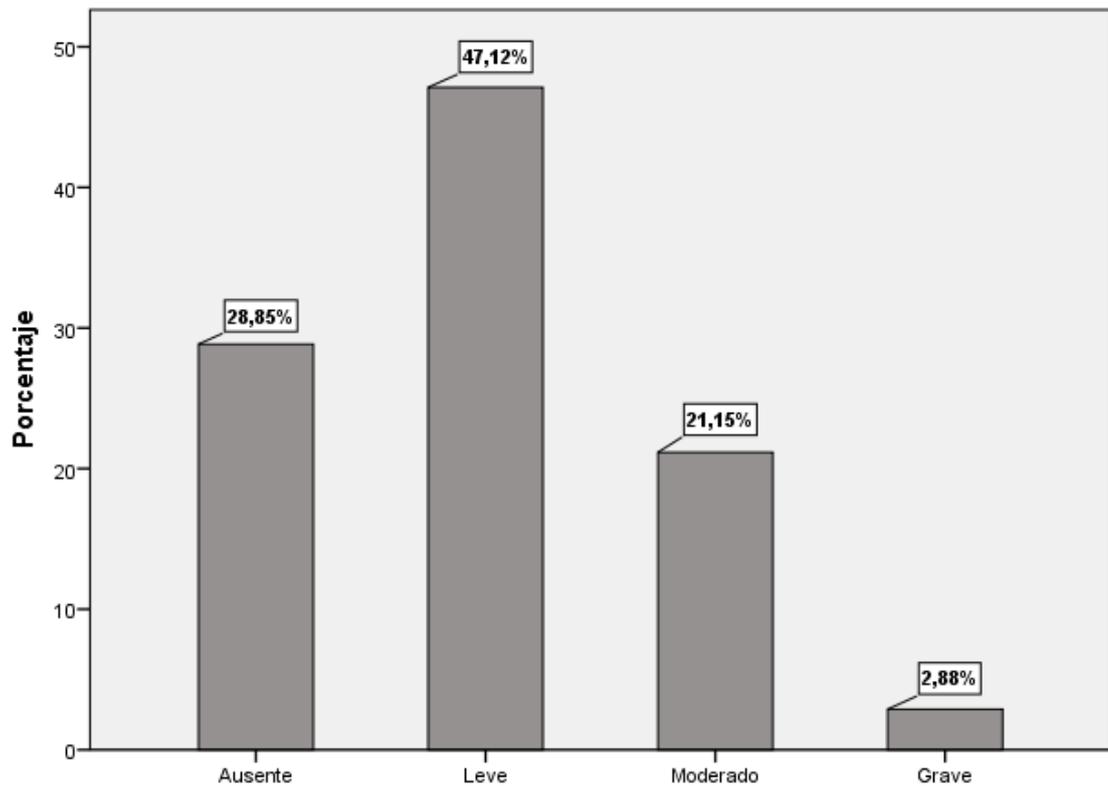
Anexo 8: Gráfico 3: Frecuencia del primer ítem “estado de ánimo” en pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera – 2017



Fuente: Elaboración propia del autor.

Interpretación: El gráfico 3 indican que el primer ítem de la Escala de Calgary para la depresión en esquizofrenia “estado de ánimo” se encuentra alterado en 68 pacientes (65,38%) independientemente del grado, mientras que 36 pacientes no tienen alteración de este. Se puede observar entonces que, el 34,62% (n=36) de pacientes se encuentran con un estado de ánimo de grado “ausente” o sin alteración de este, el 40,38% (n=42) en el grado “leve”, el 19,23% (20) en el grado “moderado” y el 5,77% (6) en el grado “grave”.

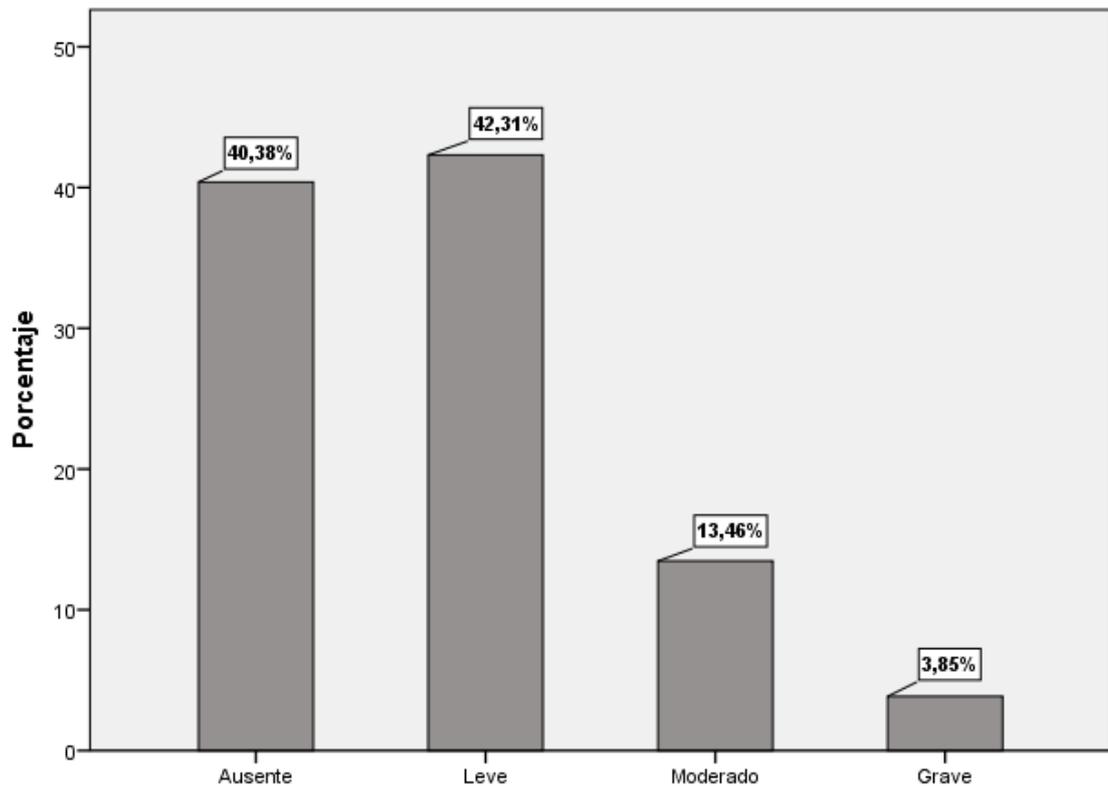
Anexo 9: Gráfico 4: Frecuencia del segundo ítem “desesperanza” en pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera – 2017



Fuente: Elaboración propia del autor.

Interpretación: El gráfico 4 indican que el segundo ítem de la Escala de Calgary para la depresión en esquizofrenia “desesperanza” se encuentra alterado en 74 pacientes (71,2%) independientemente del grado, mientras que 30 pacientes no tienen alteración de este. Se puede observar entonces que, el 28,8% (n=30) de pacientes se encuentran con el nivel de desesperanza de grado “ausente” o sin alteración de este, el 47,1% (n=49) en el grado “leve”, el 21,2% (n=22) en el grado “moderado” y el 2,9% (n=3) en el grado “grave”.

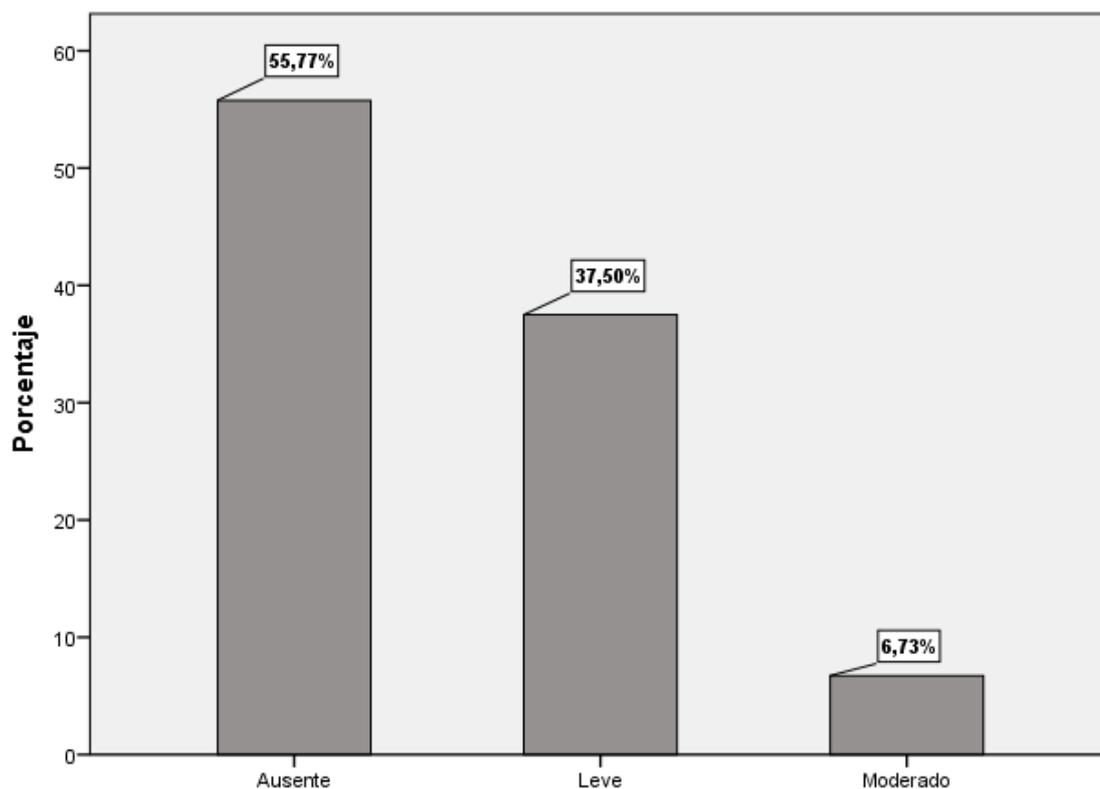
Anexo 10: Gráfico 5: Frecuencia del tercer ítem “autodevaluación” en pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera – 2017



Fuente: Elaboración propia del autor.

Interpretación: El gráfico 5 indican que el tercer ítem de la Escala de Calgary para la depresión en esquizofrenia “autodevaluación” se encuentra alterado en 62 pacientes (59,6%) independientemente del grado, mientras que 42 pacientes no tienen alteración de este. Se puede observar entonces que, el 40,4% (n=42) de pacientes se encuentran con el nivel de autodevaluación de grado “ausente” o sin alteración de este, el 42,3% (n=44) en el grado “leve”, el 13,5% (14) en el grado “moderado” y el 3,8% (n=4) en el grado “grave”.

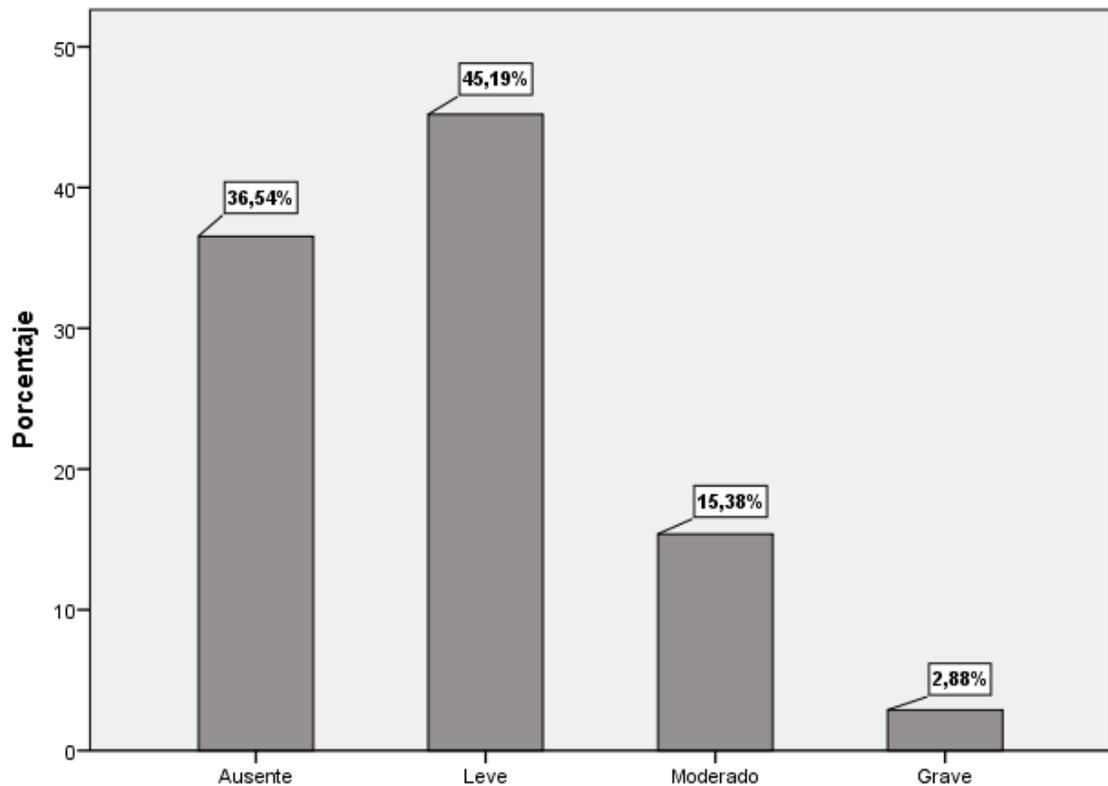
Anexo 11: Gráfico 6: Frecuencia del cuarto ítem “idea de referencia culposa” en pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera - 2017



Fuente: Elaboración propia del autor.

Interpretación: El gráfico 6 indican que el cuarto ítem de la Escala de Calgary para la depresión en esquizofrenia “idea de referencia culposa” se encuentra alterado en 46 pacientes (44,2%) independientemente del grado, mientras que 58 pacientes no tienen alteración de este. Se puede observar entonces que, el 55,8% (n=58) de pacientes se encuentran con la idea de referencia culposa de grado “ausente” o sin alteración de este, el 37,5% (n=39) en el grado “leve”, el 6,7% (n=7) en el grado “moderado” y ninguno en el grado “grave”.

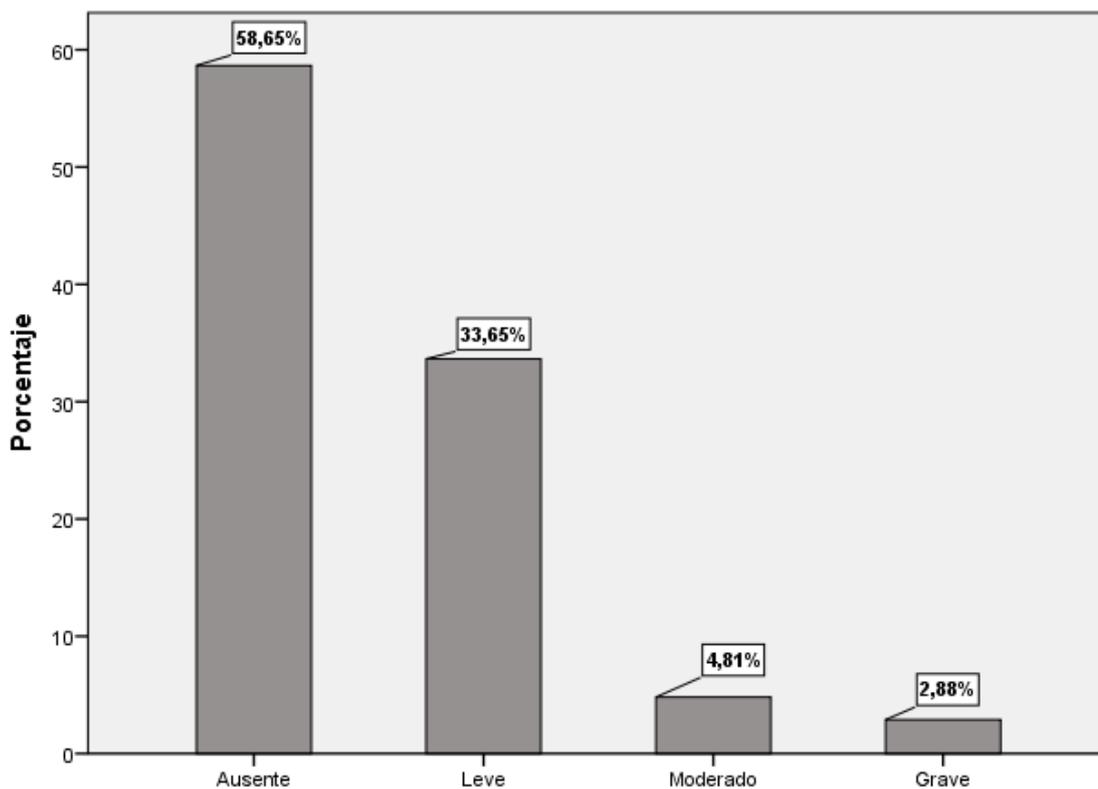
Anexo 12: Gráfico 7: Frecuencia del quinto ítem “culpa patológica” en pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera – 2017



Fuente: Elaboración propia del autor.

Interpretación: El gráfico 7 indican que el cuarto ítem de la Escala de Calgary para la depresión en esquizofrenia “culpa patológica” se encuentra alterado en 66 pacientes (63,5%) independientemente del grado, mientras que 38 pacientes no tienen alteración de este. Se puede observar entonces que, el 36,5% (n=38) de pacientes se encuentran con la culpa patológica de grado “ausente” o sin alteración de este, el 45,2% (n=47) en el grado “leve”, el 15,4% (n=16) en el grado “moderado” y el 2,9% (n=3) en el grado “grave”.

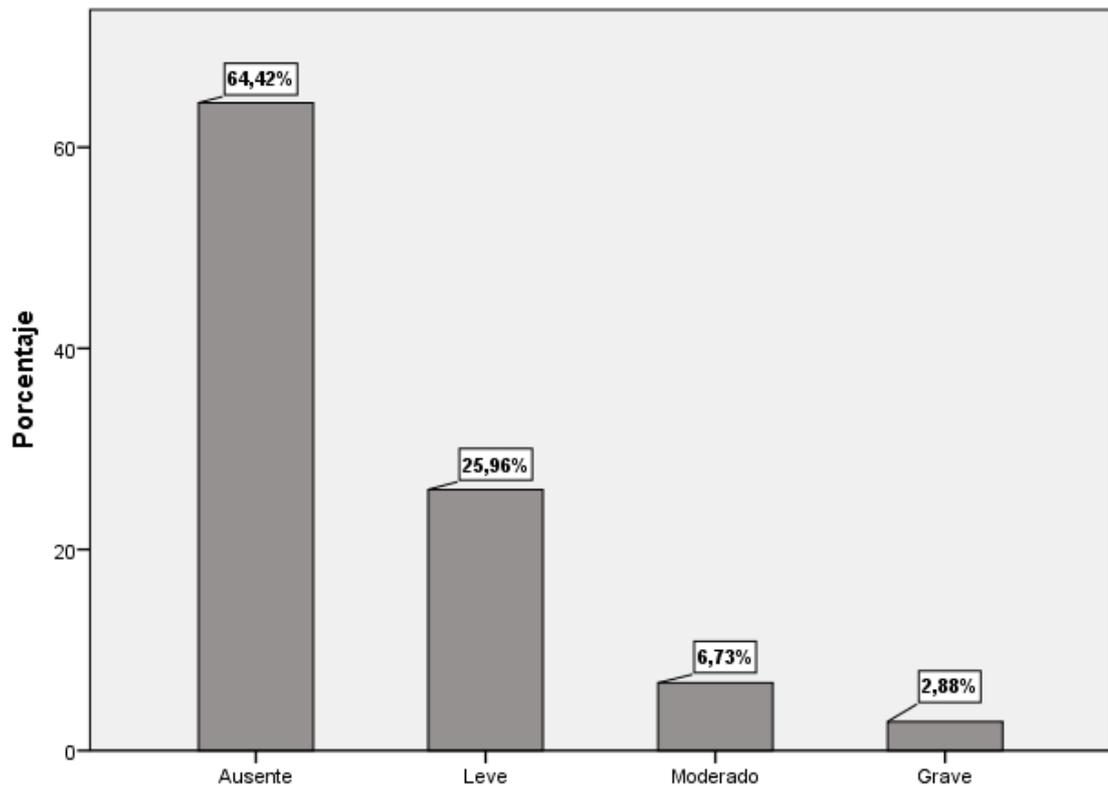
Anexo 13: Gráfico 8: Frecuencia del sexto ítem “depresión matutina” en pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera – 2017



Fuente: Elaboración propia del autor.

Interpretación: El gráfico 8 indican que el sexto ítem de la Escala de Calgary para la depresión en esquizofrenia “depresión matutina” se encuentra alterado en 43 pacientes (41,4%) independientemente del grado, mientras que 61 pacientes no tienen alteración de este. Se puede observar entonces que, el 58,7% (n=61) de pacientes se encuentran con el nivel de depresión matutina de grado “ausente” o sin alteración de este, el 33,7% (n=35) en el grado “leve”, el 4,8% (n=5) en el grado “moderado” y el 2,9% (n=3) en el grado “grave”.

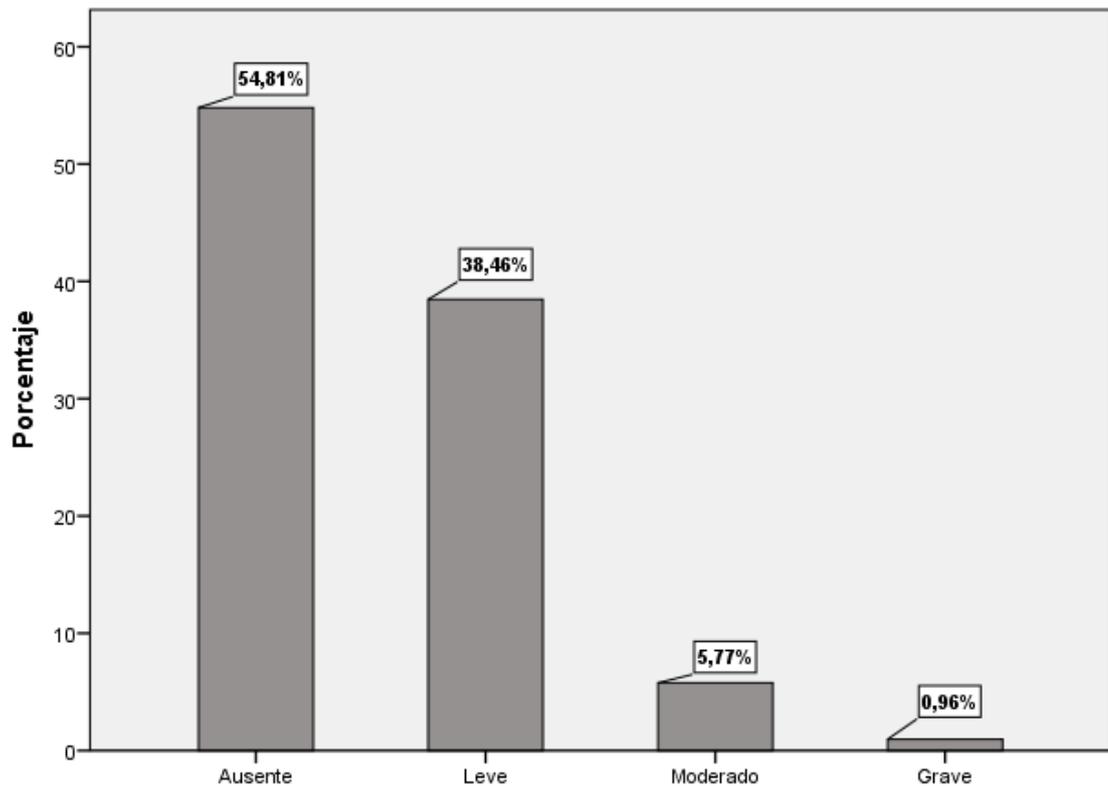
Anexo 14: Gráfico 9: Frecuencia del séptimo ítem “despertar temprano” en pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera – 2017



Fuente: Elaboración propia del autor.

Interpretación: El gráfico 9 indican que el séptimo ítem de la Escala de Calgary para la depresión en esquizofrenia “despertar temprano” se encuentra alterado en 37 pacientes (35,6%) independientemente del grado, mientras que 67 pacientes no tienen alteración de este. Se puede observar entonces que, el 64,4% (n=67) de pacientes se encuentran con el nivel de despertar temprano de grado “ausente” o sin alteración de este, el 26% (n=27) en el grado “leve”, el 6,7% (n=7) en el grado “moderado” y el 2,9% (3) en el grado “grave”.

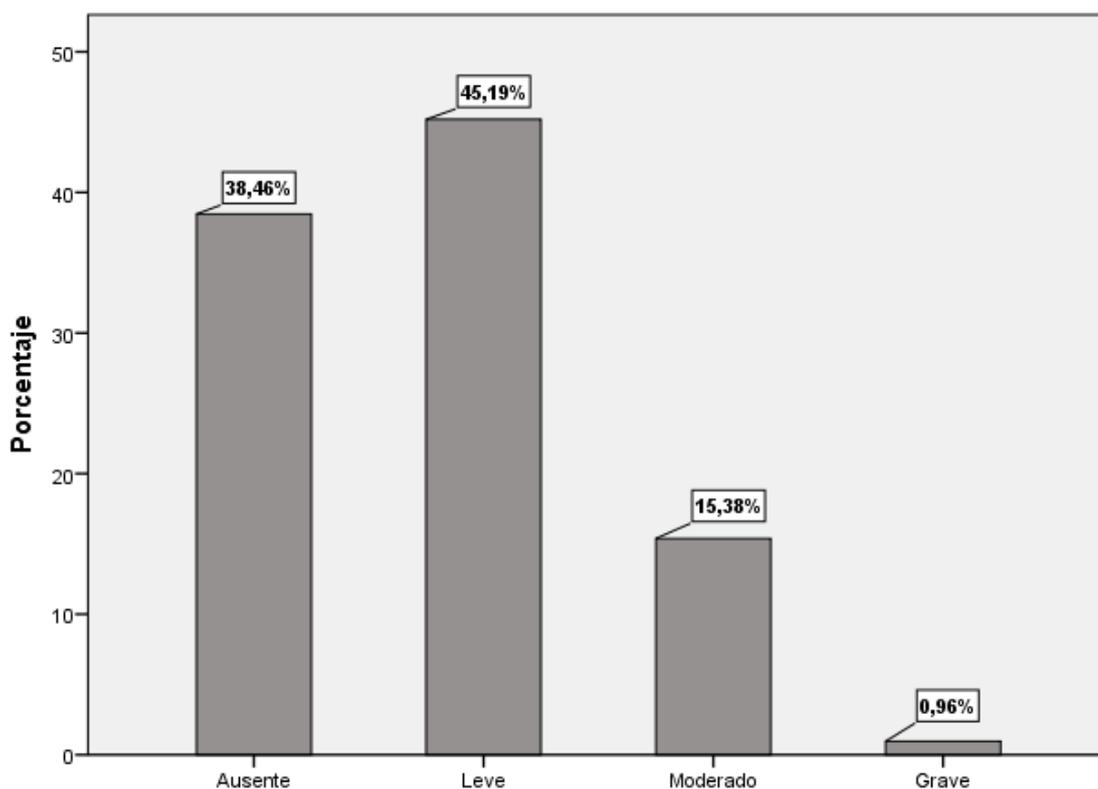
Anexo 15: Gráfico 10: Frecuencia del octavo ítem “suicidio” en pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera – 2017



Fuente: Elaboración propia del autor.

Interpretación: El gráfico 10 indican que el octavo ítem de la Escala de Calgary para la depresión en esquizofrenia “suicidio” se encuentra alterado en 47 pacientes (45,3%) independientemente del grado, mientras que 57 pacientes no tienen alteración de este. Se puede observar entonces que, el 54,8% (n=57) de pacientes se encuentran con el nivel de suicidio de grado “ausente” o sin alteración de este, el 38,5% (n=40) en el grado “leve”, el 5,8% (n=6) en el grado “moderado” y el 1% (n=1) en el grado “grave”.

Anexo 16: Gráfico 11: Frecuencia del noveno ítem “depresión observada” en pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera – 2017



Fuente: Elaboración propia del autor.

Interpretación: El gráfico 11 indican que el noveno ítem de la Escala de Calgary para la depresión en esquizofrenia “depresión observada” se encuentra alterado en 64 pacientes (61,6%) independientemente del grado, mientras que 40 pacientes no tienen alteración de este. Se puede observar entonces que, el 38,5% (n=40) de pacientes se encuentran con la depresión observada de grado “ausente” o sin alteración de este, el 45,2% (n=47) en el grado “leve”, el 15,4% (n=16) en el grado “moderado” y el 1% (n=1) en el grado “grave”.