



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN

Depresión y factores asociados en pacientes con esquizofrenia atendidos en el
Hospital Hermilio Valdizán

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Psiquiatría

AUTORA

Delzo Paucar, Madley Helen

(ORCID: 0009-0007-2627-9520)

ASESOR

Quispe Cisneros, Milko Yamil

(ORCID: 0009-0002-7456838X)

Lima, Perú

2023

Metadatos Complementarios

Datos de la autora

Delzo Paucar, Madley Helen

Tipo de documento de identidad de la AUTORA: DNI

Número de documento de identidad de la AUTORA: 44542002

Datos de asesor

Quispe Cisneros, Milko Yamil

Tipo de documento de identidad del ASESOR: DNI

Número de documento de identidad del ASESOR: 08557808

Datos del Comité de la Especialidad

PRESIDENTE: Chieng Duran, José David

DNI: 06980185

Orcid: 0000-0002-0745-2523

SECRETARIO: Sulca Quispe, Rafael Emiliano

DNI: 09037610

Orcid: 0000-0002-9261-4928

VOCAL: Leon Castro, Hector Moises

DNI: 06038756

Orcid: 0000-0002-5222-2380

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.24

Código del Programa: 912909

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, MADLEY HELEN DELZO PAUCAR, con código de estudiante N° 202020955, con DNI N°44542002, con domicilio en Jr. Unión 340 Urb. San Felipe, distrito Comas, provincia y departamento de Lima, en mi condición de Médica Cirujana de la Escuela de Residentado Médico y Especialización, declaro bajo juramento que:

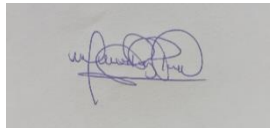
El presente Proyecto de Investigación titulado: **"Depresión y factores asociados en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Hermilio Valdizán"** es de mi única autoría, bajo el asesoramiento del docente Milko Yamil Quispe Cisneros, y no existe plagio y/o copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución académica o de investigación, universidad, etc; el cual ha sido sometido al antiplagio Turnitin y tiene el 17% de similitud final.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el proyecto de investigación, el contenido de estas corresponde a las opiniones de ellos, y por las cuales no asumo responsabilidad, ya sean de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de internet.

Asimismo, ratifico plenamente que el contenido íntegro del proyecto de investigación es de mi conocimiento y autoría. Por tal motivo, asumo toda la responsabilidad de cualquier error u omisión en el proyecto de investigación y soy consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de falsa declaración, me someto a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo Palma y a los dispositivos legales nacionales vigentes.

Surco, 30 de Noviembre de 2023



Firma

Madley Helen, Delzo Paucar

N° DNI 44542002

Depresión y factores asociados en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Hermilio Valdizán

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	9%
2	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	3%
3	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	1%
4	pepsic.bvsalud.org Fuente de Internet	1%
5	1library.co Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad Wiener Trabajo del estudiante	1%
7	medes.com Fuente de Internet	1%
8	www.msmanuals.com Fuente de Internet	1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 20 words

Excluir bibliografía

Activo

Depresión y factores asociados en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Hermilio Valdizán

INFORME DE GRADEMARK

NOTA FINAL

COMENTARIOS GENERALES

/0

PÁGINA 1

PÁGINA 2

PÁGINA 3

PÁGINA 4

PÁGINA 5

PÁGINA 6

PÁGINA 7

PÁGINA 8

PÁGINA 9

PÁGINA 10

PÁGINA 11

PÁGINA 12

PÁGINA 13

PÁGINA 14

PÁGINA 15

PÁGINA 16

PÁGINA 17

PÁGINA 18

PÁGINA 19

PÁGINA 20

PÁGINA 21

PÁGINA 22

PÁGINA 23

PÁGINA 24

PÁGINA 25

PÁGINA 26

PÁGINA 27

PÁGINA 28

PÁGINA 29

PÁGINA 30

PÁGINA 31

PÁGINA 32

PÁGINA 33

PÁGINA 34

PÁGINA 35

PÁGINA 36

PÁGINA 37

PÁGINA 38

PÁGINA 39

PÁGINA 40

PÁGINA 41

PÁGINA 42

PÁGINA 43

PÁGINA 44

PÁGINA 45

PÁGINA 46

PÁGINA 47

PÁGINA 48

PÁGINA 49

PÁGINA 50

PÁGINA 51

PÁGINA 52

INDICE

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática.....	1
1.2 Formulación del problema	3
1.3 Línea de Investigación	4
1.4 Objetivos	4
1.4.1 General	4
1.4.2 Específico	4
1.5 Justificación del Estudio	5
1.6 Delimitación	6
1.7 Viabilidad	6

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación.....	7
2.1.1 Antecedentes Internacionales.....	7
2.1.2 Antecedentes Nacionales	14
2.2 Bases teóricas	15
2.3 Hipótesis de investigación.....	20

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Diseño de estudio	21
3.2 Población.....	21
3.3 Muestra.....	21

3.3.1 Tamaño muestral	22
3.3.3 Criterios de selección de la muestra.....	22
3.3.3.1 Criterios de inclusión	22
3.3.3.2 Criterios de exclusión	23
3.4 Variables del estudio	23
3.4.1 Definiciones conceptuales.....	24
3.4.2 Operacionalización de variables	25
3.5 Técnicas e instrumento de recolección de datos	28
3.6 Procesamiento de datos y plan de análisis	29
3.7 Aspectos éticos de la investigación.....	30
3.8 Limitaciones de la investigación.....	30

CAPÍTULO IV: RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1 Fuente de financiamiento	31
4.2 Recursos humanos y materiales	31
4.2 Cronograma	32

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
---	-----------

ANEXOS

1. Solicitud de permiso institucional
2. Consentimiento informado

RESUMEN DEL PROYECTO

Introducción: Se ha descrito que la depresión está correlacionado a la esquizofrenia, según la American Psychiatric Association (2013). La comorbilidad que existe entre estas dos patologías se han asociado a múltiples factores psicosociales. Como desenlace de la depresión, tenemos al suicidio que es un desafío para la salud pública, el cómo prevenirlo ya que está ligada al estigma y mitos; y en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia se observa un riesgo mayor, de 8.5% veces más que la población general. Por ello es importante identificar la prevalencia en nuestro medio y describir los factores asociados; que puedan predisponer a tener mayor riesgo de depresión en pacientes con esquizofrenia. **Objetivos:** Determinar la frecuencia de depresión y factores asociados en pacientes con Esquizofrenia atendidos en consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán del 2023. **Materiales y métodos:** Se realizará un estudio de tipo transversal, observacional y analítico. El tamaño de la muestra obtenida fue de 345 pacientes en el Hospital Hermilio Valdizán. Se realizará la evaluación mediante escalas de medición para depresión mediante una entrevista y se obtendrá datos sociodemográficos mediante la revisión de historias clínicas. Para procesar los datos se utilizará Microsoft Excel y SPSS, y posteriormente la elaboración de la base de datos.

Palabras clave: (DeCS)

Schizophrenia, Depression, risk factor's

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La esquizofrenia es una enfermedad mental crónica que afecta alrededor de 21 millones de personas de todo el mundo, con una prevalencia del 1% a nivel mundial y es considerada como tercera causa de suicidio consumado.^{1 2}

La organización mundial de la salud informa que los pacientes con diagnóstico establecido de esquizofrenia tiene hasta 2,5 veces de fallecer mucho más jóvenes en comparación con la población general, esto relacionado tanto a problemas de salud física, que no son atendidos a tiempo (enfermedades cardiovasculares, diabetes e infecciones entre otros), como a episodios depresivos o ideación suicida a consecuencia de los propios síntomas psicóticos o síntomas afectivos frecuente en estos pacientes.¹

Algunos estudios han encontrado que la prevalencia de depresión ronda el 40% en personas con esquizofrenia, sin embargo, esto varía según el estadio de la enfermedad o alguna variable asociada. Se ha observado que este porcentaje aumenta al 60% durante el episodio agudo, mientras que en episodios post psicóticos el porcentaje de pacientes con depresión moderada-grave varía entre el 20% en pacientes esquizofrénicos de larga evolución y el 50% después del primer episodio.

En otros estudios se ha observado que la depresión en esta población llega hasta el 80% de prevalencia, donde describen experimentar un episodio significativo durante la fase inicial de la enfermedad psicótica. Algunos estudios con tasas transversales subestiman el verdadero porcentaje de prevalencia y sugiere que

al menos en la fase temprana de la enfermedad, los síntomas del estado de ánimo pueden ser más que experiencias "comórbidas".

Las contradicciones de muchos resultados reportados para la depresión y esquizofrenia, se puede relacionar en parte al desafío de distinguir los síntomas del estado de ánimo, de los síntomas negativos; lo que sugiere una superposición compleja, que dificulta el diagnóstico diferencial entre ambas.³

Además, es importante indicar si la depresión no es tratada puede finalizar en un suicidio, por lo que es considerada una de las razones de una muerte temprana entre las personas que presentan síntomas psicóticos con diagnósticos establecidos de esquizofrenia, y fundamenta el por qué el trastorno reduce la sobrevivencia en un promedio de 10 años. Informan que en promedio del 5 al 6% de los pacientes con esquizofrenia se suicidan, y alrededor del 20% al menos lo intentan una vez; además de presentar con mayor frecuencia ideación suicida significativa generalmente relacionados a un trastorno del ánimo o a los síntomas psicóticos.⁴

Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que tienden a presentar conductas o intentos suicidas reiteradas veces, se observó que tenían ciertas características similares como aislamiento social, falta de apoyo familiar o ausencia de ella y dificultades económicas (Labonté et al., 2013); así como el predominio en población más joven, del sexo masculino, con antecedente familiar de suicidios y abuso de sustancias psicoactivas (Hunt et al., 2006). El 40% de personas con esquizofrenia que se suicidan se caracterizan por una conducta impulsiva, sintomatología depresiva, mayor grado de consciencia de la enfermedad que se padece (Carpenter & Buchanan, 1993) caracterizado por un ciclo de desesperanza- depresión-suicidio, que tiene como consecuencia la

disfuncionalidad de la persona que desemboca en alto riesgo de suicidio (Schwartz, 2000).⁵

Estas características similares en pacientes con esquizofrenia nos hacen pensar sobre cierta predisposición para que el paciente con esquizofrenia desarrolle depresión y posteriormente la ideación suicida.⁶

Por ello la importancia de conocer la frecuencia de depresión que puede conllevar a una ideación suicida en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, para poder abordarlo tempranamente, tanto a nivel farmacológico como terapias psicosociales que involucren a su ámbito familiar; por que como hemos descrito la depresión está relacionada con desenlaces fatales en la esquizofrenia.⁷ Sobre todo diferenciarlos de los síntomas negativos, y no pasar por alto algún cuadro depresivo. Ya que tendrán desenlaces fatales a corto plazo que es el suicidio consumado y también tiene consecuencias a largo plazo como la dificultad para poder recuperar la funcionalidad y mejorar la calidad de vida.⁸

.1.2 Formulación del problema

¿Cuál la frecuencia de depresión y factores asociados en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia atendidos en consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán en el periodo Enero a junio del 2023?

1.3 Línea de Investigación

- Según las prioridades de Investigación Nacional es la línea de investigación número 10: Salud Mental
- Según las prioridades de Investigación de la URP es la línea de investigación número 1: Clínicas médicas, clínicas quirúrgicas y sus especialidades

1.4 Objetivos

1.4.1 General

- Determinar la frecuencia de depresión y factores asociados en pacientes con esquizofrenia atendidos en consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán en el periodo de enero a junio del 2023.

1.4.2 Específicos

- OE1: Determinar frecuencia de depresión en pacientes con esquizofrenia atendidos en consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán en el periodo enero a junio del 2023
- OE2: Determinar frecuencia de ideación suicida en pacientes con esquizofrenia atendidos en consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán en el periodo enero a junio del 2023
- OE3: Determinar los factores asociados más frecuentes en pacientes con esquizofrenia atendidos en consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán en el periodo enero a junio del 2023

- OE4: Establecer la asociación entre factores de riesgo y depresión en pacientes con esquizofrenia atendidos en consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán en el periodo enero a junio del 2023
- OE5: Establecer la asociación entre factores de riesgo e ideación suicida en pacientes con esquizofrenia atendidos en consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán en el periodo enero a junio del 2023

1.5 Justificación del Estudio

Los síntomas depresivos de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia pueden influenciar desfavorablemente la funcionalidad de la vida diaria del paciente o muchas veces tener un final trágico. La asociación americana de psiquiatría señala que aproximadamente el 10 % de las personas con diagnóstico de esquizofrenia se suicidan, esto en relación a la comorbilidad entre depresión y esquizofrenia que tenía una prevalencia de 17% a 65% (Carpenter & Buchanan, 1993).

Según lo observado en múltiples estudios la prevalencia de depresión e ideación suicida en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, es mayor que en la población general. Por ello mediante el trabajo se buscará detectar la frecuencia de depresión en nuestro medio y los factores asociados, en los pacientes atendidos en consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán.

Además, se buscará brindar estadísticas fiables del estudio, que nos ayudara a nuestra práctica clínica, para tener en cuenta una intervención oportuna de estos pacientes, buscando siempre los factores predisponentes para la depresión.

Ello nos ayudara a realizar tratamiento farmacológico tempranos, además de realizar un seguimiento multidisciplinario de los pacientes con predisponentes a padecer de estos cuadros.

En la actualidad se cuentan con escasos estudios desarrollados en el Perú, respecto a temas similares.

1.6 Delimitación

- Delimitación espacial: El presente estudio se limita al Hospital Hermilio Valdizán.
- Delimitación temporal: Se realizará durante el periodo Enero a junio del año 2023.
- Delimitación circunstancial: Se realizará la recolección de datos a pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia.

1.7 Viabilidad

Se contará con la autorización del Hospital Hermilio Valdizán para realizar la presente investigación, mediante una solicitud mandada a la directora del Hospital Hermilio Valdizán. Se tiene acceso a las escalas validadas que se aplicaran. Y además se necesitará colaboración de los pacientes para la realización de dichas escalas, por lo que la evaluación deberá ser dirigido a pacientes estables clínicamente.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

2.1.1 Antecedentes Internacionales

1. **Husain et al (Canadá, 2021)**. En el estudio: **“Depression and suicidal ideation in schizophrenia spectrum disorder: a cross-sectional study from a lower middle-income country”** Se estudiaron a 298 pacientes, cuya edad media fue de 34 años, en comparación con los participantes no deprimidos que tenían una media de 31 años de edad; Nivel educativo 18,5% sin educación (n = 55) y 74,1% con menos de 10 años de educación (n = 221). La mayoría de la muestra estaban desempleados (57,7%). Los resultados del estudio sugirieron que el 36% de los participantes presentaban depresión y el 18% algún tipo de ideación suicida.⁹

2. **Li et al. (China, 2020)**. El estudio: **“Prevalence of comorbid depression in schizophrenia: A meta-analysis of observational studies”** donde se incluyeron 53 estudios que cubrieron a 9,879 pacientes y se encontró una prevalencia combinada de depresión comórbida de 28,6%. Además que los análisis de los subgrupos revelaron que los estudios de los pacientes hospitalizados tenían valores bajos del CDSS (The Calgary Depression Scale) y estaban asociados a tasas de depresión más altas.¹⁰

3. **Fanta et al. (2020, Etiopía)**. En este estudio **“The prevalence and associated factors of depression among patients with schizophrenia in Addis Ababa, Ethiopia, cross-sectional study”** se observó a 418 pacientes con esquizofrenia seleccionados mediante la técnica de muestreo

sistemático. Se utilizó el Cuestionario de salud del paciente 9 (PHQ-9) para medir la depresión. Se encontró que la estimación de la prevalencia de la depresión entre las personas con esquizofrenia era del 18,0%, y que los factores de riesgo asociados al consumo actual de sustancias, intento de suicidio, duración de la enfermedad entre 6 y 10 años y la mala calidad de vida.¹²

4. **Yi et al. (2019, China).** En el estudio: **“The Prevalence of Suicide Attempts and Independent Demographic and Clinical Correlates among Chronic Schizophrenia Patients in Agricultural Areas of China”** Se observó que a lo largo de la vida del paciente la prevalencia de intentos suicidas es aproximadamente de 22,2% en esta población. Entre los que presentaron intentos suicidas; intentaron una vez un 61,4%, los que intentaron dos veces 24,3%, y 14,3% los que intentaron igual o más de tres veces. En cuanto a la prevalencia de la Ideación Suicida fue el 6,4%. Las características más frecuentes es que los pacientes presentaban episodio depresivo, predominio del sexo femenino y con estado civil casada.¹³

5. **Gohar et al. (2019, Noruega).** En el estudio **“Association between leptin levels and severity of suicidal behaviour in schizophrenia spectrum disorders”** observaron 270 participantes con esquizofrenia; quienes presentaban un comportamiento suicida de leve a moderado (17,4%) y el comportamiento suicida grave (34,8%). Ambos grupos se asociaron significativamente con el género femenino, niveles más bajos de leptina y depresión más grave.⁶

6. **Touriño et al. (2018, España).** El estudio: **“Riesgo suicida, desesperanza y depresión en pacientes con esquizofrenia y autoestigma”** donde se

observó a pacientes con esquizofrenia paranoide con 78,26% de riesgo suicida, con predominio del sexo masculino del 80,28%, el 30,43% tuvo alguna tentativa suicida y el 49,28% presentó ideación suicida frecuente. Lo asociado a estos pacientes era la dependencia de psicofármacos en un 12,68% .¹⁴

7. **Cassidy et al. (2018, Brasil).** En el estudio: **“Risk Factors for Suicidality in Patients With Schizophrenia: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression of 96 Studies”** mencionan que de por vida el riesgo suicida e intento de suicida en pacientes con esquizofrenia son 5% y 25% - 50%, respectivamente. Se identificaron factores de riesgo de mayor prevalencia en los pacientes con mayor nivel educativo, ser varón, tener coeficiente intelectual alto, tratamientos fallidos e intentos previos de suicidio.¹⁵
8. **Miller et al. (2018, USA).** En este estudio: **“Insomnia and suicidal ideation in nonaffective psychosis”** se realizaron seguimiento a 108 pacientes hospitalizados y ambulatorios de 18 a 65 años, de los cuales 52 tenían diagnosticado de esquizofrenia. Encontraron que el insomnio se asocia con ideación suicida, intento suicida de por vida y mayor psicopatología en pacientes con esquizofrenia. El hallazgo sugiere realizar una adecuada evaluación para ver presencia de insomnio ya que está relacionada como marcador de alto riesgo de suicidio y la gravedad de los síntomas.¹⁶
9. **Stip et al. (2017, Canadá).** Este estudio: **“Suicidal Ideation and Schizophrenia: Contribution of Appraisal, Stigmatization, and Cognition”** Se halló una considerable prevalencia de autoestigma en personas con esquizofrenia (21,1%), y los que presentaban con mayor

frecuencia ideación suicida eran los pacientes con mayor autoestigma. El estigma puede generar una influencia negativa de la persona generando aislamiento social y desesperanza. Por otro lado, es fácil establecer que la desesperanza y la depresión son factores para el suicidio en pacientes con esquizofrenia.¹⁷

10. **Bornheimer (2016, USA)**. En este estudio: **“Moderating effects of positive symptoms of psychosis in suicidal ideation among adults diagnosed with schizophrenia”** encontró que, si los pacientes presentan síntomas depresivos, síntomas positivos de la psicosis y la desesperanza, predecían de alguna forma la ideación suicida. La desesperanza medió significativamente la relación entre los síntomas depresivos y la ideación suicida. Y los síntomas psicóticos positivos moderan menos la relación entre los síntomas depresivos y la ideación suicida.¹⁸

11. **Ventriglio et al. (2016, USA)**. En este estudio: **“Suicide in the Early Stage of Schizophrenia”** Se descubrió que el suicidio es una de las principales causas de fallecimiento prematura en pacientes con esquizofrenia y trastornos del espectro psicótico, y estos pacientes también tienen altas tasas de intentos de suicidio.²⁰

12. **Llanes et al. (2015, Cuba)**. En el estudio **“Depresión en pacientes con esquizofrenia ingresados en servicios de agudos del Hospital Psiquiátrico de La Habana”**. Se observó que el 35.6% de la población estudiada presenta síntomas depresivos clínicamente significativos, asociados a poco soporte familiar o ausencia de relaciones amicales y un mayor número de hospitalizaciones; por lo tanto, hay una mayor prevalencia de depresión en pacientes con diagnósticos de esquizofrenia.²¹

13. **Togay et al. (2015, Turquía).** En este estudio **“Clinical variables associated with suicide attempts in schizophrenia before and after the first episode”** 172 pacientes con un primer cuadro con psicosis fueron evaluados en su primer ingreso; el estudio encontró que el 16,5% había intentado suicidarse antes del ingreso y el 6,2% había intentado suicidarse durante el seguimiento. Los pacientes que habían intentado suicidarse antes del ingreso eran en su mayoría mujeres y tenían más probabilidades de ser hospitalizados durante el primer año de seguimiento. La puntuación BPRS y el uso de drogas al ingreso parecen ser variables independientes asociadas con los intentos de suicidio antes del ingreso. Los pacientes que intentaron suicidarse durante el seguimiento, se les realizó a los seis meses un control de BPRS y obtuvieron puntuaciones altas. La toma de medicación y la duración de la remisión fueron menores en los primeros 6 meses en este grupo.²²

14. **Popovic et al. (2014, España).** Este estudio de revisión: **“Risk factors for suicide in schizophrenia: systematic review and clinical recommendations”** incluyeron 77 estudios que cumplieron los criterios de inclusión donde se observó varios factores de riesgo que están implicados en el suicidio en personas con esquizofrenia. Principalmente relacionados con síntomas afectivos, antecedentes de intento de suicidio, número de admisiones psiquiátricas, edad más joven, cercanía al inicio de la patología, inicio de cuadro en adultos, sexo masculino y abuso de sustancias psicoactivas.²³

15. **Jovanović et al. (2013, Croacia).** En este estudio: **“Association between psychopathology and suicidal behavior in schizophrenia. A cross-sectional study of 509 participants”** se incluyó 509 pacientes: con intento

suicida (n = 159), con ideación suicida (n = 180) y un grupo comparativo (n = 170). Donde se concluyó que los que intentaron suicidarse estaban más deprimidos que los que presentaban ideación suicida, y que ambos grupos tenían puntuaciones CDSS más altas que el grupo comparativo. Dos análisis de regresión logística mostraron que la ideación o intento de suicidio se relacionó significativamente con la depresión, la ansiedad, la culpa, el género, la edad y el número de hospitalizaciones previas.²⁴

16. **Zhang et al. (2013, China).** En el estudio: **“Prevalence, demographic and clinical correlates of suicide attempts in Chinese medicated chronic inpatients with schizophrenia”** se encontró una tasa de intentos de suicidio del 9,2% en pacientes hospitalizados con diagnóstico de esquizofrenia; las características sociodemográficas más frecuentes fueron ser solteros, tener una edad significativamente más joven, más ingresos de hospitalizaciones, síntomas depresivos más altos y que comenzaran a fumar a una edad más temprana.²⁵

17. **Banwari et al. (2012, India).** En Este estudio **“Comparison of suicide attempts in schizophrenia and major depressive disorder: An exploratory study”** La muestra estuvo constituida por 100 pacientes que realizaban seguimiento en consulta externa, la mitad con diagnóstico de esquizofrenia y la otra parte con diagnóstico de trastorno depresivo mayor. Se utilizó la escala de ideación suicida de Beck. Se encontró que la frecuencia de intentos suicidas de los pacientes con esquizofrenia; 17 de 50 (34%) habían intentado al menos una vez suicidarse. De los pacientes con depresión; 22 de 50 (44%) tenían antecedentes de uno o más intentos de suicidio. En la comparación de pacientes de ambos grupos, se encontró que los pacientes con mayores intentos suicidas fueron los que tenían diagnóstico

de esquizofrenia. Y las características de estos pacientes eran de condición soltera y jóvenes.²⁶

18.Durán et al. (2012, España). Este estudio: **“Aspectos clínico-epidemiológicos del suicidio consumado en pacientes con esquizofrenia”**

de revisión sistemática se consideraron los estudios más relevantes emitidos entre los años 1994 y 2009, donde concluyeron que los pacientes con esquizofrenia son un grupo de alto riesgo suicida, por lo que su abordaje debe tener en cuenta diversos factores de riesgo, entre ellos los sociodemográficos. Describen la importancia de un buen diagnóstico diferencial, ya que muchas veces la sintomatología depresiva se confunde con los síntomas negativos de la esquizofrenia, si se realiza un buen diagnóstico se podrá iniciar medicación específica para depresión. Además de enfocarse en una adecuada prevención del suicidio en esquizofrenia, que implica tratar de entablar una alianza terapéutica donde no exista rechazo a la medicación, reducir recidivas y hablar sobre la conciencia de enfermedad hasta donde no sea contraproducente. Durante la evaluación se tendrá que valorar el uso de neurolépticos de acción prolongada, si es facilita la adherencia terapéutica.²⁷

19.Nordentoft et al. (2011, Dinamarca). En el estudio: **“Absolute Risk of Suicide After First Hospital Contact in Mental Disorder”**

Se realizaron seguimiento a un total de 176 347 personas nacidas entre 1955 y 1991 desde la primera vez que fueron atendidos en servicios de salud mental; después de los 15 años de edad hasta su fallecimiento, emigración, desaparición o finales del 2006. Se observó que el riesgo absoluto de suicidio en pacientes con esquizofrenia fue de un 6,55%, y fue considerado como tercera causa de

suicidio. Respecto al sexo se encontró que las mujeres tenían más riesgo comparando con los varones, en un 4,91%.²⁸

2.1.2 Antecedentes Nacionales

1. **Cáceres et al. (2013, Perú).** En este estudio **“Intento suicida y antecedente de experiencias traumáticas durante la infancia en adultos con diagnóstico de depresión, trastorno de personalidad limítrofe o esquizofrenia”** el objetivo era investigar la relación entre antecedente de trauma en edades tempranas y la frecuencia de conducta suicida en pacientes con trastornos mentales entre ellos la esquizofrenia ; con una muestra de 200, se usó una cédula que ayudo a recolectar información del paciente, donde se incluyeron datos sociodemográficos y sobre antecedentes de conductas suicidas ; se observó que los pacientes más de tres o más eventos traumáticos tenían un doble riesgo de incidir en un intento suicida, comparando con los pacientes que identificaron menos eventos traumáticos. La prevalencia de intento suicida en pacientes con trastorno límite de personalidad fue mayor en un 83,1%, en segundo lugar se encontró a los que tenían diagnóstico de depresión en un 43,1% y en tercer lugar se encuentra la esquizofrenia con 20,6%.²⁹
2. **Nizama (2011, Perú).** En este estudio de revisión **“Suicidio”** demostraron que las personas con psicosis tienen tres y doce veces más probabilidades de suicidarse que las personas sin cuadros psicóticos. Además, aumenta el riesgo suicida con algún diagnóstico psiquiátrico. En pacientes con

depresión aumenta en 20 veces, con distimia aumenta en 12 veces, con trastorno bipolar aumenta en 15 veces y con esquizofrenia en 8.5 veces.³⁰

- Zamalloa (2010, Perú).** En el estudio **“Prevalencia de síntomas depresivos en pacientes esquizofrénicos hospitalizados en los servicios de corta estancia del Hospital Víctor Larco Herrera durante el año 2010”** Se desarrolló la Escala de Calgary en 160 pacientes con esquizofrenia para descartar síntomas depresivos. La prevalencia de síntomas depresivos fue del 34%, y la presencia de estos síntomas se asoció con un bajo apoyo familiar, con un 81% de síntomas depresivos sin apoyo familiar. El 95% de los pacientes con los síntomas anteriores tienen ideación suicida.³¹

2.2 Bases teóricas

ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es una enfermedad mental crónica, donde se presenta síntomas positivos como delirios, alucinaciones, trastorno del pensamiento y un comportamiento desorganizado; y síntomas negativos como el retraimiento social y la apatía.³²

Se menciona que 1 de cada 100 de la población general desarrolla esquizofrenia a lo largo de su vida; y puede iniciar al término de la adolescencia o inicio de la edad adulta; el pico de prevalencia de la enfermedad es alrededor de los 40 años.³³

Durante mucho tiempo se relacionó que la depresión es una característica de la esquizofrenia con varios estudios describiendo síntomas depresivos comórbidos. El episodio depresivo puede iniciar en cualquier momento del

curso de la esquizofrenia, pero estudios señalan que las primeras etapas de la enfermedad son un período crítico. Se puede encontrar una prevalencia alta de la depresión en la esquizofrenia, llegando a hacer hasta 50% y está asociado con una serie de efectos negativos, que incluyen repetidas recaídas, más tiempo de duración del episodio psicótico, abuso de sustancias, pobre calidad de vida y suicidio consumado. Las consecuencias de la comorbilidad de estos trastornos además de la afectación individual, también afecta a nivel de los sistemas de salud, porque utilizarán más los servicios de salud por las múltiples recaídas.⁹

Además de la influencia genética, como estudios relacionados con 108 loci que incluyen genes de la dopamina y glutamato; también existen otros factores involucrados como complicaciones perinatales, así como exposición a virus de la influenza o virus herpes simple 2 u otros agentes infecciosos como la toxoplasmosis; edad maternal avanzada; las adversidades infantiles como el abuso sexual, físico y emocional; además de la abandono de los padres o fallecimiento; principalmente se asocian estas experiencias adversas a las alucinaciones; la migración, la urbanidad, el uso de Cannabis, coeficiente intelectual bajo en la infancia entre otros.^{32,34}

En cuanto a la fisiopatología; la disfunción en el sistema de dopamina podría explicarse por un problema en los sistemas que proporcionan control aferente del sistema de dopamina; es decir, hay un déficit en el hipocampo y la corteza prefrontal; lo que recae sobre la disfunción de este sistema; En relación al hipocampo, es menor en estos pacientes; pero el hipocampo anterior está fuertemente asociado con la hiperactividad y, por lo tanto, con síntomas psicóticos..³²³⁵

Además, existe evidencia de cambios en los niveles de glutamato que contribuyen a la disminución de la función de estos receptores. Esto ha sido demostrado en varios estudios en las regiones frontales y en menor medida en el hipocampo. los problemas cognitivos se deberían a la subfunción de estos receptores en las neuronas; La falta de estos receptores puede conducir a una sobreestimulación de las otras interneuronas, como las GABAérgicas en el área tegmental ventral. Esto impide la vía mesocortical de la dopamina, es así como se manifestarían los síntomas negativos, sin embargo, en cuanto a la vida útil de la dopamina mesolímbica, tendría una hiperactivación producto de la inhibición de estas interneuronas corticales, contribuyendo a los síntomas positivos.

Una de las formas para confirmar el diagnóstico de esquizofrenia es según el DSM V, tiene que presentar dos o más síntomas durante una parte significativa de un mes y por un período mayor a 6 meses; Estos síntomas serían delirios, alucinaciones, habla desorganizada, conducta desorganizada o catatónica y síntomas negativos como disminución de la emotividad o apatía. Ha habido una disminución en el desempeño laboral, la apariencia personal y las relaciones interpersonales.³⁶

DEPRESIÓN

Según la OMS, la depresión es un trastorno mental común que ocurre independientemente de la edad, la raza, el origen étnico y el género. Debido a los prejuicios relacionados con el diagnóstico y el tratamiento, la enfermedad tiende a volverse crónica y recurrente. Perjudicando el desarrollo de la persona en diversos ámbitos como el académico, profesional y social. Impone una

enorme carga de morbilidad y mortalidad, cuyo desenlace final y la más grave es el suicidio.³⁷

Se ha observado que algunas personas que tienen depresión no tienen historia familiar del diagnóstico; sin embargo, los miembros de la familia inmediata triplica su probabilidad de desarrollarla. En múltiples estudios se ha asociado que las personas con antecedentes familiares de trastornos del estado de ánimo, trastorno de pánico o dependencia del alcohol tienen más probabilidad de sufrir un trastorno depresivo mayor. El sexo femenino tiene 50% más probabilidad que el sexo masculino de padecer depresión., que suele comenzar en la adolescencia y continúa hasta la edad adulta³⁷

Entre los hallazgos genéticos, la depresión mayor está asociado el locus MDD1, ubicado en 12q22-q23.2, y el locus MDD2, ubicado en 15q25.2-q26.2, está se asocia con episodios recurrentes o aparición temprana de depresión.³⁸

Los estudios in vitro sobre el polimorfismo R441H del gen TPH2 (que codifica el triptófano hidroxilasa, la enzima limitante de la síntesis de serotonina) mostro una reducción en la producción de la serotonina. Las regiones HTR3A y HTR3B (que codifican receptores de serotonina), están asociadas con episodios depresivos en la población europea y japonesa.³⁸

Se observó que tienen el mismo patrón neuroendocrino a la infusión de un precursor serotoninérgico, los niños antes de presentar la enfermedad pero con historia familiar versus los niños con diagnóstico de depresión..³⁸

El trastorno depresivo puede estar influenciado por diferentes patologías médicas o contexto social, entre ellas mencionan al dolor crónico y al estrés psicosocial.³⁷

El modelo cognitivo-conductual de la depresión sugiere que la presencia de acontecimientos adversos durante la vida, así como la percepción o respuesta a estos eventos, pueden influir en el acrecentamiento y permanencia de la depresión, por que las personas hacen atribuciones negativas a estos eventos. En respuesta a la deficiencia en el refuerzo positivo desarrollan respuestas inadecuadas y no presentan buenas habilidades sociales, o generan dependencia de conductas de escape y evitación ^{39, 40}

Algunos medicamentos se han asociado al aumento de riesgo de presentar episodios depresivos, entre lo más frecuente se encuentran los betabloqueadores y esteroides (Cortisol). Así como el uso y abuso de sustancias (cocaína, anfetaminas, narcóticos y alcohol) también incrementa el riesgo depresivo.³⁷

Los síntomas conductuales de la depresión están asociados a los neurotransmisores norepinefrina, serotonina y dopamina. Los niveles bajos de estos neurotransmisores provocan síntomas depresivos relacionados con la conducta sexual, el apetito, la agresión, la concentración, el interés y la motivación.³⁷

La "hipótesis de las monoaminas" establece que la disminución de la disponibilidad de estos neurotransmisores conduce a una reducción de la neurotransmisión y un deterioro del rendimiento cognitivo, lo que puede conducir a la depresión.³⁷

Las deficiencias funcionales de estos neurotransmisores son el resultado de un efecto depresor de las monoaminooxidasas en la hendidura sináptica que, cuando es crónica, da como resultado una reducción significativa en la disponibilidad de aminas biogénicas, lo que conduce a la depresión a causa de la disminución de la neurotransmisión.³⁷

Para diagnosticar trastorno depresivo deberá de cumplir algunos criterios según la DSM-V, al menos 5 síntomas deben estar presente en un período de 2 semanas, y uno de ellos debe ser la disminución del interés o placer, o estado de ánimo deprimido. ³⁶

Los estudios demuestran que los síntomas depresivos pueden aparecer en las diferentes fases de la esquizofrenia como una comorbilidad más. Siendo más prevalente en la fase aguda, pero se puede mantener a lo largo de su vida, asociado a factores psicosociales, como pobre funcionamiento social durante la infancia y consumo de sustancias.

2.3 Hipótesis de investigación

2.3.1 Hipótesis General:

- La depresión es frecuente y se encuentra factores asociados en pacientes con esquizofrenia atendidos en consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán en el periodo Enero a junio del 2023

2.3.2 Hipótesis Especifica

- HE1: La depresión es frecuente en pacientes con esquizofrenia atendidos en consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán en el periodo Enero a junio del 2023
- HE2: La ideación suicida es frecuente en pacientes con esquizofrenia atendidos en consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán en el periodo Enero a junio del 2023.

- HE3: Presentan factores de riesgo comunes los pacientes con esquizofrenia atendidos en consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán en el periodo Enero a junio del 2023
- HE4: Frecuencia de depresión e ideación suicida que está asociado a factores de riesgo en pacientes con esquizofrenia atendidos en consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán en el periodo Enero a junio del 2023.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Diseño de estudio

Es transversal, debido a que los datos se recopilarán en un periodo de tiempo; observacional porque no habrá intervención por parte del investigador; analítico, ya que se demostrará una asociación entre las variables dependiente e independiente con los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia; y cuantitativo porque se expresará numéricamente y hará uso de las estadísticas.

3.2 Población

La población del presente estudio está constituida por los pacientes atendidos en consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán en el periodo Enero a junio del año 2023.

3.3 Muestra

La muestra del presente estudio está formada por los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán en el periodo Enero a junio del 2023.

3.3.1 Tamaño muestral

Empleando el paquete estadístico openepi de libre acceso en cálculo de tamaño muestral, para una proporción tomando un tamaño de población en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que presenten depresión, en una proporción esperada del 34% referido por Zamalloa, con un IC al 95% un error de estándar de 5% y una potencia estadística de 80%. en un estudio realizado en el año 2010.

Se obtuvo un tamaño muestral de 345 pacientes, los cuales serán recolectados en el periodo de enero a junio del año 2023.

3.3.2 Tipo de muestreo

El muestreo es probabilístico, en una sola etapa y se aplicara un muestreo aleatorio simple para la selección de pacientes con esquizofrenia atendidos en consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán en el periodo Enero a junio del 2023

3.3.3 Criterios de selección de la muestra

3.3.3.1 Criterios de inclusión

- Pacientes atendidos en consulta externa con diagnóstico de esquizofrenia mayor de 1 año.
- Mayores de 18 años.
- Paciente que se encuentre en seguimiento en consulta externa mínimo un año.
- Pacientes atendidos entre enero a junio del 2023.

3.3.3.2 Criterios de exclusión

- Pacientes con seguimiento irregular.
- Paciente clínicamente inestable.
- Paciente con deterioro cognitivo severo.

3.4 Variables del estudio

- Dependiente
 - Depresión
- Independiente
 - Edad
 - Sexo
 - Grado de instrucción
 - Ideación suicida
 - Conciencia de enfermedad
 - Estado civil
 - Numero de hospitalizaciones
 - Consumo de sustancias psicoactivas

3.4.1 Definiciones conceptuales

- Depresión: trastorno mental frecuente, caracterizado por tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

41

- Ideación suicida: estilo cognoscitivo que orienta al suicidio.¹⁷
- Edad: Número de años del paciente.
- Sexo: El sexo son las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer.
- Conciencia de enfermedad: conciencia del propio trastorno que se padece.
- Grado de instrucción: Nivel educativo hasta donde se ha desempeñado.
- Estado civil: Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.
- Numero de hospitalizaciones: número de veces que se ha encontrado hospitalizado el paciente.
- Consumo de sustancias psicoactivas: Antecedente de consumo alguna vez alguna sustancia psicoactiva.

3.4.2 Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE RELACION Y NATURALEZA	CATEGORÍA O UNIDAD
Depresión	Trastorno mental frecuente, caracterizado por tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración	Puntaje obtenido en cada ítem de parte objetiva y subjetiva de la escala de depresión de Calgary .	Ordinal dicotómica	Dependiente cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> •Valoración de 0 a 5: el sujeto no padece depresión •Valoración de mayor a 5 : el sujeto padece una depresión.
Ideación suicida	estilo cognoscitivo que orienta al suicidio	Puntaje obtenido en cada ítem de parte objetiva y subjetiva de la escala de Intencionalidad Suicida de Beck; donde mayor puntaje mayor gravedad	Ordinal politómica	Independiente Cualitativa	0= no tentativa 1= tentativa media 2= alta tentativa

Edad	Número de años de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia hospitalizados	Número de años indicado en la historia clínica del paciente.	Razón Discreta	Independiente y Cuantitativa	Años cumplidos
Sexo	Género orgánico	Sexo señalado en la historia clínica	Nominal Dicotómica	Independiente y Cualitativa	0= Femenino 1= Masculino
Conciencia de enfermedad	conciencia del propio trastorno	Puntaje obtenido de cada aspecto de los ítem generales de la escala Unawareness of Mental Disorders, SUMD; donde mayor puntaje menor conciencia de enfermedad	Ordinal Politómica	Independiente y Cualitativa	9<= conciencia 10 – 21 Conciencia parcial 22>= no hay conciencia
Grado de instrucción	Nivel educativo hasta donde se ha desempeñado	Nivel educativo según indican en la historia clínica.	Ordinal politómica	Independiente y cualitativa	0=sin estudios 1=Primaria 2=Secundaria 3=Superior 4=Técnico
Estado civil	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace	Condición según indica en la historia clínica.	Nominal politómica	Independiente y cualitativa	0=soltero 1=casado 2=divorciado 3= viudo

	a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.				
Numero de hospitalizaciones	Cantidad de veces hospitalizado	Número de veces hospitalizado según registro de historia clínica.	Razón Discreta	Independiente e cuantitativa	Numero de hospitalizaciones
Consumo de sustancias psicoactivas	Antecedente de haber consumido alguna vez alguna sustancia psicoactiva	Antecedente de consumo según se indica en la historia clínica	Ordinal Dicotómica	Independiente e cualitativa	0=si 1=no

3.5 Técnicas e instrumento de recolección de datos

- Se pedirá autorización al Hospital Hermilio Valdizán para aplicar la escala de depresión a los pacientes con esquizofrenia atendidos en consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán en el periodo Mayo-junio del 2023
- Previo a la entrevista se les explicara a los pacientes el tipo de escala que se le realizara.
- Para medir la depresión en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia se utilizará la escala de depresión de Calgary (CDSS), este fue desarrollado por Addington y colaboradores; y la versión adaptada al español por Sarró y colaboradores (Ver anexo 4.1), la escala consta de nueve ítems que se clasifica en un rango de severidad de 0 a 3 (0 : ausente, 3: severo). La escala identifica la presencia de síntomas depresivos asociados a la esquizofrenia
- Para la recolección de datos acerca de la ideación suicida se usará Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS) validada por German Rueda y colaboradores (ver anexo 4.2); donde hay 8 preguntas de la parte objetiva y 6 preguntas de la parte subjetiva y 4 preguntas de otros aspectos; donde para la puntuación se consideran la parte objetiva y subjetiva que comprende 15 preguntas en el que a mayor puntuación mayor gravedad.
- Para medir la conciencia de enfermedad se utilizará, “Escala de Evaluación del Insight (Scale Unawareness of Mental Disorders, SUMD)”, esta escala consta de 3 ítems que miden conciencia de trastorno

mental, conciencia de los efectos de la medicación y conciencia de las consecuencias sociales del trastorno. La puntuación va de 0 a 5, siendo 0 no relevante y 5 no conciencia. Los resultados se interpretarán que a mayor puntuación menos conciencia de enfermedad.

- Los datos psicosociales, psicodemográficos y clínicos se sustrajeron de las historias clínicas.

3.6 Procesamiento de datos y plan de análisis

La información recopilada será registrada en una hoja de cálculo de Microsoft Excel, que incluirá algunos criterios de validación para evitar posibles errores de ingreso. El procesamiento, recodificación y validación, así como el análisis estadístico se realizarán en SPSS versión 2.

Se buscarán, identificarán y/o corregirán datos atípicos e inconsistentes para el control de calidad de los datos y se compararán con estudios, antecedentes clínicos o definiciones teóricas.

En términos de análisis de datos; análisis de tendencia central de variables cuantitativas como medias, etc. Y en medidas de varianza como la desviación estándar o el rango intercuartilico; al evaluar la distribución de frecuencias de la variable se utilizará la media y la desviación estándar; para analizar variables cualitativas se recomienda crear tablas de frecuencia y tablas de contingencia.

Con respecto a la evaluación de la asociación entre variables cuantitativas y cualitativas, se usará la prueba de hipótesis Chi cuadrado de independencia. Con

respecto al análisis inferencial se utilizará un nivel de confianza de 95%, el mismo que será usado para el cálculo del tamaño de la muestra.

3.7 Aspectos éticos de la investigación

El presente estudio tendrá que contar con la autorización del comité de investigación y ética de la Universidad Ricardo Palma, se solicitara el permiso al Hospital Hermilio Valdizán; con respecto a los datos personales de los pacientes encuestados, como el nombre u otros datos de identificación no serán publicados.

3.8 Limitaciones de la investigación

- Habrá pacientes con deterioro cognitivo leve que responderán las preguntas con el sesgo de la poca comprensión.
- Hay pocos estudios nacionales, por lo que se hará la discusión en relación a resultados de otros países.

CAPÍTULO IV: RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1 Fuente de financiamiento

La fuente de financiamiento son los recursos propios de la investigadora, sin financiamiento externo.

4.2 Recursos humanos y materiales

	PRECIO UNITARIO	CATIDAD	PRECIO TOTAL
RECURSOS HUMANOS			
Asesor estadístico	S/.200	1	S/.200
MATERIALES Y SERVICIOS			
Materiales de escritorio	S/.50	1	S/.50
Impresiones	S/.0.50	250	S/.125
Fotocopias	S/.0.10	250	S/.25
Transporte	S/.2.00	100	S/.200
TOTAL			S/.1,200

4.2 Cronograma

	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago
Elaboración del proyecto de investigación	X					
Revisión bibliográfica y antecedentes	X					
Selección y preparación de instrumentos de información	X	x	x	X	x	
Codificación y calificación de información			x	X	x	
Procesamiento de datos					X	
Análisis e interpretación de datos					X	
Resultados logrados					x	
Elaboración de Informe final						X

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Esquizofrenia [Internet]. [citado 21 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
2. Moreira NF, Lorenzo A, Hernández IO, Marrero X de la CG. La depresión en pacientes esquizofrénicos de larga evolución ingresados en el Hospital Psiquiátrico de La Habana. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana* [Internet]. 14 de diciembre de 2015 [citado 23 de marzo de 2021];12(3). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=64516>
3. Upthegrove R, Marwaha S, Birchwood M. Depression and Schizophrenia: Cause, Consequence, or Trans-diagnostic Issue? *Schizophr Bull.* marzo de 2017;43(2):240-4.
4. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry.* 2014;13(2):153-60.
5. Cardona EYB, Villalba LEM. Suicidio y Trastorno Mental. *CES Psicología.* 9(2):179-201.
6. Gohar SM, Dieset I, Steen NE, Mørch RH, Vedal TSJ, Reponen EJ, et al. Association between leptin levels and severity of suicidal behaviour in schizophrenia spectrum disorders. *Acta Psychiatr Scand.* mayo de 2019;139(5):464-71.
7. Gardsjord ES, Romm KL, Friis S, Barder HE, Evensen J, Haahr U, et al. Subjective quality of life in first-episode psychosis. A ten year follow-up study. *Schizophrenia Research.* 1 de abril de 2016;172(1):23-8.
8. Dutta R, Murray RM, Allardyce J, Jones PB, Boydell J. Early risk factors for suicide in an epidemiological first episode psychosis cohort. *Schizophrenia Research.* 1 de marzo de 2011;126(1):11-9.
9. Husain MO, Chaudhry IB, Khan Z, Khoso AB, Kiran T, Bassett P, et al. Depression and suicidal ideation in schizophrenia spectrum disorder: a cross-sectional study from a lower middle-income country. *International*

Journal of Psychiatry in Clinical Practice. 1 de septiembre de 2021;25(3):245-51.

10. Li W, Yang Y, An FR, Zhang L, Ungvari GS, Jackson T, et al. Prevalence of comorbid depression in schizophrenia: A meta-analysis of observational studies. *J Affect Disord.* 1 de agosto de 2020;273:524-31.
11. De Sousa A, Lodha P. Suicide and Schizophrenia: Factors Affecting Recovery. En: Shrivastava A, De Sousa A, editores. *Schizophrenia Treatment Outcomes: An Evidence-Based Approach to Recovery* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2020 [citado 13 de marzo de 2021]. p. 125-31. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-030-19847-3_11
12. Fanta T, Bekele D, Ayano G. The prevalence and associated factors of depression among patients with schizophrenia in Addis Ababa, Ethiopia, cross-sectional study. *BMC Psychiatry.* 2 de enero de 2020;20(1):3.
13. Zhong Y, Xia L, Zhao TT, Zhang YL, Zhang YL, Li WZ, et al. The Prevalence of Suicide Attempts and Independent Demographic and Clinical Correlates among Chronic Schizophrenia Patients in Agricultural Areas of China. *Psychiatr Q.* 1 de diciembre de 2019;90(4):683-91.
14. Touriño R, Acosta F, Giráldez A, Álvarez J, González J, Abelleira C, et al. Suicidal risk, hopelessness and depression in patients with schizophrenia and internalized stigma. *Actas espanolas de psiquiatria.* 1 de marzo de 2018;46:33-41.
15. Cassidy RM, Yang F, Kapczinski F, Passos IC. Risk Factors for Suicidality in Patients With Schizophrenia: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression of 96 Studies. *Schizophrenia Bulletin.* 6 de junio de 2018;44(4):787-97.
16. Miller BJ, Parker CB, Rapaport MH, Buckley PF, McCall WV. Insomnia and suicidal ideation in nonaffective psychosis. *Sleep.* 1 de febrero de 2019;42(2).
17. Stip E, Caron J, Tousignant M, Lecomte Y. Suicidal Ideation and Schizophrenia: Contribution of Appraisal, Stigmatization, and Cognition. *Can J Psychiatry.* octubre de 2017;62(10):726-34.

18. Bornheimer LA. Moderating effects of positive symptoms of psychosis in suicidal ideation among adults diagnosed with schizophrenia. *Schizophr Res.* octubre de 2016;176(2-3):364-70.
19. Xie P, Wu K, Zheng Y, Guo Y, Yang Y, He J, et al. Prevalence of childhood trauma and correlations between childhood trauma, suicidal ideation, and social support in patients with depression, bipolar disorder, and schizophrenia in southern China. *J Affect Disord.* 1 de marzo de 2018;228:41-8.
20. Ventriglio A, Gentile A, Bonfitto I, Stella E, Mari M, Steardo L, et al. Suicide in the Early Stage of Schizophrenia. *Front Psychiatry.* 2016;7:116.
21. Llanes Basulto Y, Barrios Hernández Y, Oliva Hernández I, Pimentel Noda S de la C, Calvo Guerra E. Depresión en pacientes con esquizofrenia ingresados en servicios de agudos del Hospital Psiquiátrico de La Habana. *Revista de Psicología (PUCP).* 2015;33(1):131-51.
22. Togay B, Noyan H, Tasdelen R, Ucok A. Clinical variables associated with suicide attempts in schizophrenia before and after the first episode. *Psychiatry Res.* 30 de septiembre de 2015;229(1-2):252-6.
23. Popovic D, Benabarre A, Crespo JM, Goikolea JM, González-Pinto A, Gutiérrez-Rojas L, et al. Risk factors for suicide in schizophrenia: systematic review and clinical recommendations. *Acta Psychiatr Scand.* diciembre de 2014;130(6):418-26.
24. Jovanović N, Podlesek A, Medved V, Grubišin J, Mihaljevic-Peleš A, Goran T, et al. Association between psychopathology and suicidal behavior in schizophrenia. A cross-sectional study of 509 participants. *Crisis.* 1 de enero de 2013;34(6):374-81.
25. Zhang XY, Al Jurdi RK, Zoghbi AW, Chen DC, Xiu MH, Tan YL, et al. Prevalence, demographic and clinical correlates of suicide attempts in Chinese medicated chronic inpatients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research.* 1 de octubre de 2013;47(10):1370-5.
26. Banwari GH, Vankar GK, Parikh MN. Comparison of suicide attempts in schizophrenia and major depressive disorder: an exploratory study. *Asia Pac Psychiatry.* diciembre de 2013;5(4):309-15.

27. Durán ELG, Fumadó CM, Ruiz GH. Aspectos clínico-epidemiológicos del suicidio consumado en pacientes con esquizofrenia. *Actas españolas de psiquiatría*. 2012;40(6):333-45.
28. Nordentoft M, Bo Mortensen P, Bøcker Pedersen C. Absolute Risk of Suicide After First Hospital Contact in Mental Disorder | Psychiatry | JAMA Psychiatry | JAMA Network [Internet]. 2011 [citado 16 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/1107316>
29. Cáceres-Taco E, Vásquez-Gómez F. Intento suicida y antecedente de experiencias traumáticas durante la infancia en adultos con diagnóstico de depresión, trastorno de personalidad limítrofe o esquizofrenia. :14.
30. Nizama Valladolid M. Suicidio. *Revista Peruana de Epidemiología*. 2011;15(2):1-5.
31. Torres Z, María A. Prevalencia de síntomas depresivos en pacientes esquizofrénicos hospitalizados en los servicios de corta estancia del Hospital Víctor Larco Herrera durante el año 2010. 2010;33-33.
32. Blackman G, MacCabe JH. Schizophrenia. *Medicine*. 1 de noviembre de 2020;48(11):704-8.
33. Charlson FJ, Ferrari AJ, Santomauro DF, Diminic S, Stockings E, Scott JG, et al. Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016. *Schizophr Bull*. 17 de octubre de 2018;44(6):1195-203.
34. Belford DE, Robles DEC, Fragoso DWV, Sánchez DC. GUÍA TERAPÉUTICA PARA EL MANEJO DE LA ESQUIZOFRENIA. :67.
35. Saiz Ruiz J, Vega Sánchez DC de la, Sánchez Páez P. Bases Neurobiológicas de la Esquizofrenia. *Clínica y Salud*. 2010;21(3):235-54.
36. American Psychiatric Association, editor. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 [Internet]. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2014 [citado 12 de diciembre de 2020]. 438 p. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

37. Jesulola E, Micalos P, Baguley IJ. Understanding the pathophysiology of depression: From monoamines to the neurogenesis hypothesis model - are we there yet? Behavioural Brain Research [Internet]. 2 de abril de 2018 [citado 31 de diciembre de 2020];341:79-90. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0166432817318521>
38. Ormel J, Hartman CA, Snieder H. The genetics of depression: successful genome-wide association studies introduce new challenges. Translational Psychiatry [Internet]. 15 de marzo de 2019 [citado 31 de diciembre de 2020];9(1):1-10. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41398-019-0450-5>
39. Beshai S, Dobson KS, Adel A, Hanna N. A Cross-Cultural Study of the Cognitive Model of Depression: Cognitive Experiences Converge between Egypt and Canada. PLoS One [Internet]. 24 de marzo de 2016 [citado 31 de diciembre de 2020];11(3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4807108/>
40. Wickramaratne P, Gameraoff MJ, Pilowsky DJ, Hughes CW, Garber J, Malloy E, et al. Children of Depressed Mothers 1 Year After Remission of Maternal Depression: Findings From the StAR*D-Child Study. Am J Psychiatry [Internet]. junio de 2011 [citado 31 de diciembre de 2020];168(6):593-602. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3423977/>
41. OMS. OMS | Depresión [Internet]. WHO. World Health Organization; 2020 [citado 30 de diciembre de 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>

ANEXOS

1. Solicitud de permiso institucional

CARTA DE PRESENTACIÓN

**SOLICITO: AUTORIZACION PARA RECOPIRAR
INFORMACIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS EN
CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL HERMILIO
VALDIZÁN DURANTE EN EL PERIODO ENERO A JUNIO
DEL 2023.**

Sra. Directora del Hospital Hermilio Valdizán

Yo, Madley Helen Delzo Paucar, con DNI 44542002, correo ozled.0018gmail.com, celular N° 969429038, alumno de la facultad de medicina de la Universidad Ricardo Palma, expongo ante usted lo siguiente:

Solicito a usted la autorización para la recopilación de información de pacientes atendidos en este hospital; para llevar a cabo la recolección de datos pertinentes, esto imprescindible para el desarrollo de mi proyecto de investigación que tiene como título: “DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN EN EL 2023”.

Por lo expuesto a usted Sra. Directora, ruego se sirva a acceder a mi petición.

Atentamente,

Madley Helen Delzo Paucar
DNI: 44542002

2. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN “DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN”

Usted ha sido invitado a participar en el estudio “Depresión y factores asociados en pacientes con esquizofrenia atendidos en consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán en el periodo Enero a junio del 2023”. Desarrollado por Madley Helen Delzo Paucar, Estudiante de medicina de la Universidad Ricardo Palma. El objeto de esta carta es ayudarlo a tomar la decisión de participar en la presente investigación.

- ¿Cuál es el propósito de esta investigación?

El objetivo de determinar la frecuencia de depresión y factores asociados en pacientes con esquizofrenia atendidos en consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán en el periodo Enero a junio del 2023.

- ¿En qué consiste su participación?

Participará en la investigación respondiendo las preguntas que se le realizará como es la “Escala de depresión de Calgary” (Calgary Depresión Scale for Schizophrenia, CDSS), la “Escala de Intencionalidad Suicida de Beck” (Suicide Intent Scale, SIS) y la “Escala de conciencia de enfermedad” (Scale Unawareness of Mental Disorders, SUMD)

- ¿Cuánto durará su participación?

Estos cuestionarios tardan en completar un máximo de 30 minutos.

- ¿Qué riesgos corre al participar?

Algunas de las preguntas que se le realizará podrían ocasionar en usted sensación de estrés o angustia, si es así por favor hágale saber al investigador sobre lo que sucede y si es necesario se suspenderá la aplicación.

- ¿Qué beneficios puede tener su participación?

Su participación en la investigación es de gran importancia ya que ayudaría a identificar la frecuencia de síntomas afectivos en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Y nos ayudara hacer intervenciones tempranas.

- ¿Qué pasa con la información y datos que usted entregue?

Los investigadores mantendrán CONFIDENCIALIDAD con respecto a cualquier información obtenida en este estudio, estos datos serán para uso exclusivo de esta investigación y una vez terminado el análisis, los datos serán destruidos. Le recordamos que la información que usted suministre en este cuestionario es de carácter confidencial.

- ¿Es obligación participar? ¿Puede arrepentirse después de participar?

Usted NO está obligado de ninguna manera a participar en este estudio. Si accede a participar, puede dejar de hacerlo en cualquier momento sin repercusión alguna.

- ¿A quién puede contactar para saber más de este estudio o si le surgen dudas?

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede contactar a Madley Helen Delzo Paucar; número de celular +51 969 429038, el email es ozled.0018@gmail.com

HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER ESTA DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, HACER PREGUNTAS ACERCA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, Y ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO.

Firma del/la Participante / Fecha

Nombre del/la Participante

Firma de la Investigador/Investigadora / Fecha

(Firmas en duplicado: una copia para el participante y otra para el investigador)

Consiento a ser contactado nuevamente para una segunda aplicación del instrumento:

Sí ___ No ___

3. Instrumento de recolección de datos

3.1 “Escala de depresión de Calgary (Calgary Depresión Scale for Schizophrenia, CDSS)”

Identificación

Fecha

1.- DEPRESIÓN

- 0. Ausente:**
- 1. Leve:** Expresa alguna tristeza o desaliento sobre la pregunta.
- 2. Moderado:** Claro humor deprimido que persiste menos de la mitad del tiempo durante las dos últimas semanas; presencia diaria.
- 3. Grave:** Marcado humor deprimido que persiste diariamente mas de la mitad del tiempo, e interfiere con el funcionamiento motor y social

2.- DESESPERANZA

- 0. Ausente:**
- 1. Leve:** Ha sentido alguna vez desesperanza durante la última semana, pero aún tiene algún grado de esperanza para el futuro.
- 2. Moderado:** Sentimiento de desesperanza persistente y moderado durante la última semana. Puede ser persuadido/a a reconocer la posibilidad de que las cosas vayan mejor.
- 3. Grave:** Sentimiento de desesperanza persistente y doloroso.

3.- AUTODEPRECIACIÓN

- 0. Ausente:**
- 1. Leve:** Algún sentimiento de inferioridad, pero sin llegar a sentirse inútil.
- 2. Moderado:** El sujeto se siente inútil, pero menos del 50% del tiempo.
- 3. Grave:** El sujeto se siente inútil más del 50% tiempo. De otra manera, puede ser cuestionado a reconocerlo.

4.- IDEAS CULPABLES DE REFERENCIA

- 0. Ausente:**
- 1. Leve:** El/la sujeto se siente culpado, pero no acusado, menos del 50% del tiempo.
- 2. Moderado:** Sentimiento persistente de ser culpado/a y/o sentimientos ocasionales de ser acusado/a.
- 3. Grave:** Sentimiento persistente de ser acusado/a. Cuando se le cuestiona reconoce que no es así.

5.- CULPA PATOLÓGICA: IDEAS CULPABLES DE REFERENCIA

- 0. Ausente:**
- 1. Leve:** El sujeto, a veces, se siente excesivamente culpable de algún pequeño error pero menos del 50% del tiempo.
- 2. Moderado:** El sujeto normalmente (mas del 50% del tiempo) siente culpa acerca de hechos pasados, cuya significación exagera.
- 3. Grave:** El sujeto normalmente cree que es culpable de todo lo que ha ido mal, incluso cuando no es por su culpa.

6- DEPRESIÓN MATUTINA:

- 0. Ausente:** No depresión
- 1. Leve:** Depresión presente, peros sin variaciones diurnas.
- 2. Moderado:** Se menciona espontáneamente que la depresión es peor por la mañana.
- 3. Grave:** Depresión marcadamente peor durante la mañana, con funcionamiento dificultado que mejora por la tarde.

7- DESPERTAR PRECOZ:

- 0. Ausente:** No hay despertar precoz.
- 1. Leve:** Ocasionalmente (hasta 2 veces a la semana) se despierta una hora o más tiempo antes de la hora normal de despertarse o de sonar el despertador.
- 2. Moderado:** A menudo (hasta 5 veces a la semana) de despierta una hora o más tiempo antes de la hora normal de despertarse o de sonar el despertador.
- 3. Grave:** Diariamente se despierta una hora o más tiempo antes de la hora normal de despertarse o de sonar el despertador.

8- SUICIDIO

- 0. Ausente:**
- 1. Leve:** Frecuentes pensamientos de estar mejor muerto/a o pensamientos ocasionales de suicidio.
- 2. Moderado:** Ha pensado deliberadamente en el suicidio, con un plan, pero no ha hecho ningún intento grave.
- 3. Grave:** Intento de suicidio aparentemente diseñado para acabar en muerte (p. ej. descubrimiento accidental o medios ineficaces).

9.- DEPRESION OBSERVADA

- 0. Ausente:**
- 1. Leve:** El sujeto aparece triste y afligido, incluso durante las partes de la entrevista en las que tratan temas afectivamente neutros.
- 2. Moderado:** El sujeto aparece triste y afligido a lo largo de toda la entrevista, con una voz triste y monótona y esta lloroso o próximo a llorar por momentos.
- 3. Grave:** El sujeto se sofoca con temas dolorosos, con frecuencia suspira profundamente y llora abiertamente o permanece persistentemente en un estado de completa desdicha.

PUNTUACIÓN:

.2“Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS)”

I. Circunstancias objetivas
1. <i>Aislamiento</i> 0. Alguien presente 1. Alguien próximo o en contacto visual o verbal (p. ej., teléfono) 2. Nadie cerca o en contacto
2. <i>Medición del tiempo</i> 0. La intervención es muy probable 1. La intervención es poco probable 2. La intervención es altamente improbable
3. <i>Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas</i> 0. Ninguna 1. Toma precauciones pasivas (p. ej., evita a los otros pero no hace nada para prevenir su intervención, estar solo/a en la habitación pero con la puerta sin cerrar, etc.) 2. Toma precauciones activas (p. ej., cerrando la puerta, etc.)
4. <i>Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento</i> 0. Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda 1. Colaborador potencial contactado pero no específicamente avisado 2. No contactó, ni avisó a nadie
5. <i>Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro)</i> 0. Ninguno 1. Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa 2. Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales
6. <i>Preparación activa del intento</i> 0. Ninguna 1. Mínima o moderada 2. Importante
7. <i>Nota suicida</i> 0. Ninguna 1. Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla 2. Presencia de nota
8. <i>Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas)</i> 0. No comunicación verbal 1. Comunicación ambigua (p. ej., «estoy cansado de la vida», «pienso que estáis mejor sin mí», «nada tiene objeto») 2. Comunicación no ambigua (p. ej., «quiero morir», «siento como si quisiera matarme», «tomar pastillas»)

II. Autoinforme

9. *Propósito supuesto del intento*

- 0. Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza
- 1. Componentes de 0 y 2
- 2. Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas

10. *Expectativas sobre la probabilidad de muerte*

- 0. Pensó que era improbable
- 1. Posible pero no probable
- 2. Probable o cierta

11. *Concepción de la letalidad del método*

- 0. Hizo menos de lo que pensaba que sería letal
- 1. No estaba seguro si lo que hacía era letal
- 2. Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal

12. *Seriedad del intento*

- 0. No intentó seriamente poner fin a su vida
- 1. Inseguro
- 2. Intentó seriamente poner fin a su vida

13. <i>Actitud hacia el vivir/morir</i>
0. No quería morir
1. Componentes de 0 y 2
2. Quería morir
14. <i>Concepción de la capacidad de salvamento médico</i>
0. Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica
1. Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica
2. Seguro de morir aunque recibiese atención médica
15. <i>Grado de premeditación</i>
0. Ninguno, impulsivo
1. Suicidio contemplado por 3 horas antes del intento
2. Suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento
III. Circunstancias subjetivas
16. <i>Reacción frente al intento</i>
0. Arrepentido/a de haber hecho el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza
1. Acepta tanto el intento como su fracaso
2. Rechaza el fracaso del intento
17. <i>Preconcepciones de la muerte</i>
0. Vida después de la muerte, reunión con fallecidos
1. Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas
2. No concepciones de/o pensamientos sobre la muerte
18. <i>Número de intentos de suicidio previos</i>
0. Ninguno
1. 1 o 2
2. 3 o más
19. <i>Relación entre ingesta de alcohol e intento</i>
0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad
1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad
2. Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento
20. <i>Relación entre ingesta de drogas e intento (narcóticos, alucinógenos... cuando la droga no es el método utilizado para el intento)</i>
0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad
1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad
2. Ingesta intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento

3.3 “Escala de Evaluación del Insight (Scale Unawareness of Mental Disorders, SUMD)”

4.6. Escala de Evaluación del Insight (Scale Unawareness of Mental Disorders, SUMD)

1. Conciencia de poseer un trastorno	0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia
2. Conciencia sobre los efectos de la medicación	0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia
3. Conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental	0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia
Puntuación total de los 3 ítems: _____	