

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



“FACTORES ASOCIADOS A LA DEMORA EN EL ACCESO PARA ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE PACIENTES DEPRESIVOS EN EL HOSPITAL HERMILO VALDIZAN, ENERO - JUNIO 2015”

TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

DIANA VERONICA TABARNÉ CHINCHAY

Ph.D JHONY A. DE LA CRUZ VARGAS

(DIRECTOR DE LA TESIS)

MPH. OSCAR CAMPOS RIVERO

DR. JOSÉ CHIENG DURAN

DR. HECTOR LEÓN CASTRO

(ASESORES DE TESIS)

LIMA – PERÚ

2016

Agradecimiento: A mis asesores, por su inmensurable apoyo en todo momento. A todos los pacientes del Hospital Hermilio Valdizán, quienes me brindaron de su valioso tiempo y confianza. Al Dr. Jorge Moreno y al MG. Pomachagua por su contribución al presente trabajo.

Dedicatoria: A Dios, porque así no lo vea, su apoyo hacia mí ha sido incondicional a lo largo de mi carrera, sin Él, no hubiera sido posible llegar hasta aquí. A mi familia por su amor y apoyo constante; a todos aquellos pacientes que padecen de depresión y que aún no logran alcanzar el apoyo oportuno, así como a aquellas vidas perdidas a causa de no salir a tiempo del oscuro túnel de la depresión.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores que se asocian a la demora para acceder a la atención especializada de pacientes depresivos en el Hospital "Hermilio Valdizán".

Materiales y métodos: Estudio observacional, analítico, de corte transversal, realizado de enero 2015 a junio del 2015, para lo cual se aplicó una encuesta validada por juicio de expertos en la especialidad de psiquiatría, la población que se estudió fueron pacientes con diagnóstico de depresión atendidos en consultorio externo del Hospital Hermilio Valdizán; el tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

Resultados: Los pacientes depresivos acceden a la atención especializada después de un tiempo prolongado (>6 meses) de sintomatología y tiempo sin recibir atención médica especializada (69.3%). El factor socioeconómico se encontró asociado a la demora en el acceso a la atención especializada ($p=0.002$), dentro de los aspectos psicológicos, la mayoría de pacientes toman yerbas o preparados porque piensan que los sanará (88.7 %; $p=0.000$). Del mismo modo, se encontró asociado el entorno del paciente en relación al prejuicio sobre el especialista (94.8 %; $p=0.00$), y la influencia familiar (86.7%; $p=0.00$). En el sistema de intervención sanitaria prevaleció la importancia de la relación médico paciente (75.7%; $p=0.00$); en tanto el nivel de conocimiento, los pacientes con un nivel medio sobre depresión (92.8 %, $p=0.00$) se asoció a la demora. **Conclusiones y Recomendaciones:** Existen factores asociados a la demora en el acceso a la atención especializada. Se recomienda realizar campañas y programas de capacitación para personal de salud y población en general.

Palabras clave: *Depresión, demora, acceso a la atención especializada.*

ABSTRACT:

Objective: To determine the factors associated with delay to access psychiatric care of depressed patients in the "Hermilio Valdizán" Hospital. **Materials and Methods:** An observational, analytical, cross-cutting, made from January 2015 to June 2015, for which a survey validated by expert judgment specializing in psychiatry, the population was studied applied were patients diagnosed depression treated at the outpatient clinic of the Hospital Hermilio Valdizán; the type of sampling was by convenience non-probabilistic. **Results:** Depressed patients access to specialized care after extended time (> 6 months) of symptoms and time without specialized medical care (69.3%). Other socioeconomic factor found to be associated to the delay in access to specialist care ($p= 0.002$). Psychological aspects, most patients take herbs or preparations because they think it will cure them (88.7%; $p = 0.000$). Almost, we found the environment associated to the patient in relation to prejudice on the specialist (94.8%; $p= 0.00$), and the family influence (86.7%; $p= 0.00$). In the health system intervention, prevailed the doctor-patient relationship (75.7%; $p= 0.00$); and the level of knowledge, patients with depression on average (92.8%, $p = 0.00$) was associated with the delay. **Conclusions and Recommendations:** There are factors associated with the delay in access to specialist care. It recommends campaigns and training programs for health personnel and the general public.

Keywords: Depression, delay, access to specialized care.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la depresión es una de las causas más frecuentes de discapacidad, y se dice que en el año 2020, pasará a convertirse en la segunda causa más común después de las enfermedades cardiovasculares. Según la Organización Mundial de la Salud, afecta cerca de 121 millones de personas en el mundo, y advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, en especial la depresión mayor, que se encuentra entre las más frecuentes, recurrentes e incapacitantes de todas las enfermedades en los países desarrollados. Además, los trastornos depresivos producen importantes niveles de discapacidad, afectan las funciones físicas, mentales, sociales y se asocian con mayor riesgo de muerte prematura, así como también pueden dificultar la capacidad de la persona para realizar actividades cotidianas, causando un deterioro significativo en el funcionamiento habitual y en la calidad de vida.

Es conocido que en nuestro país existen múltiples barreras para el acceso a los servicios de salud, algunas de tipo económica, física, psicológica y otras de carácter administrativo producto de la organización del sistema de salud, sus niveles de atención, sectorización, cobertura y costo. Por ello, se evidencia a diario en los consultorios de salud mental la existencia de la demora en el acceso a la atención especializada para los pacientes depresivos, quedando en el vacío las razones que lo ocasionan.

El Hospital Hermilio Valdizán es uno de los centros de referencia de pacientes con problemas de salud mental, y aquí se encuentra gran afluencia de ellos, que provienen de diversos puntos de la ciudad, siendo uno de los trastornos más atendidos en consultorio externo, la depresión, habiéndose realizado un total de 7,106 atenciones en el 2013. En este sentido, el conocer los factores asociados del porqué los pacientes depresivos demoran en acceder a la atención especializada, contribuiría en gran manera a identificar los posibles grupos “diana”,

los cuales, al conocerse las razones, puedan llegar a beneficiarse de programas de intervención para reducir la incidencia, prevalencia y cronicidad de la depresión, evitando así que progrese y continúe aumentando las cifras de suicidio, además se lograría disminuir los costos, no solo para el Ministerio de Salud, sino también para el paciente.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	9
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	12
1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	12
1.4.1. Objetivo General	12
1.4.2 Objetivos Específicos.....	13
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	13
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	13
2.2 BASES TEÓRICAS - ESTADÍSTICAS	18
2.3 DEFINICION DE CONCEPTOS OPERACIONALES:	37
CAPÍTULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES	38
3.1 HIPÓTESIS.....	38
3.1.1 HIPÓTESIS GENERAL.....	38
3.1.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	39
3.2 VARIABLES: INDICADORES	39
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA.....	40
4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN Y METODO DE INVESTIGACIÓN	40
4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	40
4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	42
4.4 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	44
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	45
5.1 RESULTADOS	45
5.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS	106
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	110
CONCLUSIONES.....	110
RECOMENDACIONES.....	113
ANEXOS.....	119

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La OMS estima que cada 40 segundos una persona se quita la vida en el mundo, y que el 80% de los casos de suicidios son causados por la depresión, de los cuales el 75% de estos pacientes se encuentran sin atención médica, estimándose en nuestro país, según el INSM, que más de un millón 700 mil personas tienen síntomas depresivos, y que teóricamente si se trataran a tiempo todos los casos se reduciría el suicidio al 20%.⁽¹⁰⁾

El Instituto Nacional de Salud mental además calcula que los trastornos depresivos afectan 10 a 25% de las mujeres y 5 a 12% de los varones en algún momento de sus vidas, sin embargo aunque los intentos suicidas son más frecuentes en las mujeres, los suicidios consumados se presentan más entre los varones.⁽¹¹⁾

Actualmente solo el 25% de la gente que presenta problema de depresión acude a recibir atención a un centro de salud, y otro 20% se da cuenta de que necesita atención, pero no hace nada al respecto. En tanto, el resto (55%) no advierte la enfermedad y no le presta atención, como se ha mencionado en una nota de prensa del INSM.⁽¹²⁾ Es importante conocer cuáles son los factores que están involucrados en la demora de la búsqueda de atención especializada por parte de los pacientes, influyendo en esta, la participación de la familia, ya que la depresión suele ser ignorada por los familiares e inclusive por muchos médicos, lo cual retarda el tratamiento oportuno y aumenta la probabilidad de suicidio.

Se ha reportado en diversas investigaciones que hay una brecha importante entre los pacientes con trastornos mentales y el acceso a los servicios psiquiátricos, y que a pesar de haberse observado esta barrera no hay un estudio que pueda orientar a conocer los factores que lo estén impidiendo; sin embargo se destacan diversos factores, como el acceso cultural, en el cual existe el estigma que erróneamente se les atribuye a estos pacientes produciendo en ellos “autoestigma” lo cual les genera sentimiento de vergüenza hacia su propio padecimiento, retrasando así la búsqueda de atención y por consiguiente que no accedan a la misma, también los estereotipos y prejuicios que impone la sociedad ante estos pacientes genera que se les tilde de manera negativa muchas veces con solo apartarlos de su círculo social o expresándose de manera peyorativa hacia ellos, lo que también les ocasiona la indecisión de poder acudir en buscar ayuda oportuna, ya que si no acuden podrán evitar aquella etiqueta social.⁽¹⁴⁾

La sociedad, además tiende a formar ciertos prejuicios en cuanto al género, sobre todo en salud mental, como por ejemplo atribuir que la depresión la presentan más las mujeres por considerarlas un género débil, o que durante la consulta sanitaria muchos de los médicos le presten poca atención o concluyan que “no tiene nada” y esto derive en pasar por alto el diagnóstico de una depresión, o en caso del género masculino, por considerarse a nivel latinoamericano un género que evita mostrar su “debilidad” o expresar sus emociones, conlleva a que la depresión pase desapercibida una vez más entre los galenos, acarreado que los pacientes no logren identificar el trastorno y sean derivados oportunamente a la atención psiquiátrica.⁽³⁰⁾

Así mismo, en un estudio epidemiológico metropolitano de salud mental realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental en el 2002, evaluaron variables vinculadas al acceso, entre ellas factor económico, sociales, culturales, de género, demográficas, de accesibilidad, y oferta de servicios, donde encontraron que el 59%

de pacientes consideraban que debían superarlo solos, 42% no tenían dinero, 33% por falta de confianza, y un 31 % dudaba del manejo médico, entre otros. ⁽³¹⁾

Además se sabe que en el Perú, se continúa practicando la medicina folklórica, y muchos de los pacientes acuden primero a buscar ayuda a este tipo de abordaje, o por falta de conocimiento sobre la depresión los lleva a pensar que se trata de solo una tristeza pasajera y en primera instancia buscan ayuda en sus líderes religiosos, o alguna otra persona no especialista, demorando así en el acceso oportuno a los servicios de salud mental, como el que brinda el Hospital “Hermilio Valdizán”, y por ser centro de referencia, encontramos una gran cantidad de pacientes que asisten a consulta externa anualmente, siendo la depresión uno de los trastornos con más atenciones recibidas⁽²⁸⁾, ya que es uno de los dos únicos hospitales especializados en salud mental a nivel nacional.⁽⁷⁾

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores asociados a la demora en el acceso para la atención especializada de pacientes depresivos desde Enero a Junio del 2015 en Hospital Hermilio Valdizán?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La depresión, por ser uno de los trastornos mentales más frecuentes, recurrentes e incapacitantes a nivel mundial, si no es diagnosticada y tratada a tiempo, puede llegar a convertirse en un serio problema de salud, en especial cuando se torna crónico y de intensidad moderada a grave, llevando en el peor de los casos, al suicidio.

Al llegar a conocer los factores más influyentes en la demora en el acceso a la atención especializada en los pacientes depresivos se podrá prevenir y disminuir las tasas crecientes de suicidio, y que al ser tratada oportunamente, se evitaría la recurrencia o cronicidad de la misma, mejorando la calidad de vida de los pacientes.

Existen diversos factores que pueden estar interviniendo en la demora al acceso de atención especializada, como: demográficos, culturales, económicos, de género, oferta de servicio de salud, y el nivel de conocimiento sobre la depresión; algunos con más énfasis que otros, pero que aún existen vacíos, y los conocimientos disponibles son insuficientes para las posibles alternativas de solución, por ello al poderlos conocer se podrá identificar aquellos que se encuentren más asociados y así lograr contribuir a que se realicen métodos a nivel médico y comunitario para poder disminuir o lograr erradicarlos.

Los beneficiados serán los mismos pacientes y el entorno familiar al disminuir rápidamente la probabilidad de complicaciones como intento de suicidio, y permitir la inserción del paciente a la sociedad peruana, además de disminuir costos de tratamiento, no solo para el paciente, sino también para el Ministerio de Salud, y que además al conocer a los factores asociados, como los socio - culturales permitirá implementar planes y programas de promoción de salud y no rechazo al paciente por su condición mental.

1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El presente trabajo de investigación se realizó en los consultorios externos del Hospital Hermilio Valdizán, ubicado en el distrito de Santa Anita, en el periodo de Enero a Junio del 2015.

1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. Objetivo General

- Determinar los factores asociados a la demora en el acceso a la atención especializada en pacientes adultos depresivos del Hospital Hermilio Valdizán de Enero a Junio del 2015.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Determinar los factores socio-económicos, psicológicos, y del entorno del paciente depresivo asociados a la demora en el acceso a la atención especializada.
- Determinar si el sistema de intervención sanitaria se asocia a la demora en el acceso a la atención especializada.
- Determinar si el nivel de conocimiento sobre la depresión se asocia a la demora en el acceso a la atención especializada.
- Determinar el tiempo transcurrido desde que los pacientes inician la sintomatología hasta que acceden por primera vez a la atención médica especializada.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Actualmente en el Perú se han publicado artículos respecto a la ignorancia y el prejuicio frente a la enfermedad mental, como lo describe en su columna periodística Verónica Klingenberger en el diario Publimetro, titulándolo como “El perro negro”, ya que al haber sido testigo de dicho prejuicio en su ámbito laboral, menciona la incomodidad que percibió en las personas que laboraban junto con ella a raíz de la sospecha de que la tristeza que ella sentía la hacía más débil que los demás profesionales, terminando por avergonzarla. preguntándose: ¿cuántos peruanos sufren de depresión?, ¿cuántos lo reconocen y se atreven a buscar ayuda?, ¿cuántos asocian la depresión con cobardía?, ¿cuántos se suicidan por no encontrar salidas terapéuticas, diagnósticos a tiempo, medicamentos adecuados?, finalmente reportó que el año pasado se suicidaron 334 peruanos, y que hay muy pocos estudios para dar a conocer sus razones.⁽³²⁾ La depresión, se

encuentra como un problema de salud pública, no solamente en nuestro país sino también en otros países como México, Fernando Wagner y cols. analizaron la magnitud e impacto social de la depresión, donde los reportes revelaron que 9.2% de la población general ha padecido un episodio de depresión, y que 1 de cada 5 personas sufrirá un episodio antes de llegar a los 75 años, además refieren que diversos estudios han demostrado que los pacientes con depresión tienen mayores tasas de utilización y costos asociados, particularmente en ancianos, relacionado con la baja proporción de diagnóstico y tratamiento certero, y que a pesar de que un gran número de pacientes contactaron con los servicios de salud, cerca del 30% nunca recibió ayuda. Consecuentemente indican la urgencia de nuevos modelos de atención que incluyan el abatimiento de las barreras, el entendimiento de los factores socioculturales y la inclusión del manejo primario de la depresión..⁽³³⁾ Sin embargo persiste la demora en el acceso a la atención especializada, como lo describe Luis Vilchez y Salcedo, donde estudiaron la demanda de consulta externa en el Hospital Víctor Larco Herrera, para establecer los factores más importantes involucrados en la demanda de trabajando con pacientes adultos de ambos sexos entre las edades de 19 y 75 años que no habían tenido atenciones previas en salud mental y cumplían criterios diagnósticos para trastorno afectivo (depresión, ansiedad, neurosis), siendo los “casos” pacientes con las características anteriores cuyo tiempo de demora en acceder a la atención fue mayor de seis meses, como resultado, se encontró fuerza de asociación y relación en el apoyo familiar y de amigos, en el tiempo de inicio del problema y las causas del problema de salud mental. A pesar de la alta demanda, existe aún prejuicio en el personal de salud, como lo indica el estudio que realizó Adalberto Campos a. y cols. en el 2013 sobre “Estigma, prejuicio y discriminación en salud mental” , donde refieren que cuando se habla de salud mental, los profesionales de la salud y la comunidad, marcados por el estigma, prejuicio y discriminación, lo consideran como una connotación negativa, y que sus rasgos son una amenaza, o que generan perturbación en el contexto social, y consideran que la

discriminación aparece en el momento en que se institucionaliza la exclusión de las personas que llevan el estigma y sobre quienes persiste un prejuicio, siendo las principales víctimas de estigma, prejuicio y discriminación las personas que reúnen criterios para un trastorno mental. Finalmente, hacen mención sobre cómo estudiantes de secundaria usaron 250 palabras con carácter peyorativo, para describir a las personas afectadas de alguna patología o trastorno mental, vocablos que en la comunidad sirven para estigmatizar. Es por ello, que los pacientes de salud mental, en primera instancia no consultan con especialistas por el estigma asociado a la enfermedad psiquiátrica o por el costo - efectividad de la especialidad, tal como lo menciona Susana maría castro y col. en la publicación de “Consultoría psiquiátrica en atención primaria” en el 2013, donde encontraron 73 estudios, observando que los pacientes de salud mental no consultan a especialistas directamente y no quieren ser referidos a centros especializados por el estigma asociado o porque el control con médicos generales es más accesible, y que un tercio de las derivaciones no se hacen efectivas por esta razón, concluyendo que una de las patologías psiquiátricas más prevalentes en atención primaria es la depresión, y que pueden mantener sus controles con el equipo de salud de su comunidad y así evitar el estigma que significa ser derivados a un centro de atención psiquiátrica. En el mismo año, Isabel Pla J. y col. en su estudio sobre “Estereotipos y prejuicios de género: factores determinantes en salud mental” refieren que existen estereotipos y prejuicios en profesionales de salud mental y en el medio socio-cultural, por lo que ante la discriminación, el individuo sentiría vergüenza y auto-desprecio, y que además los estereotipos influyen en los profesionales de la salud dando lugar a sesgos de género en la atención, siendo así el estereotipo de que las mujeres se quejan demasiado porque son más débiles, procede del modelo tradicional de género a diferencia de los hombres a quienes les cuesta verbalizar sus quejas, dándoles más credibilidad y atención a ellos, es así que concluyen que en salud mental las mujeres muestran un perfil socialmente diferenciado en el que padecen más depresión, y que este

perfil se construye en base a las diferencias de género, modo de manifestar la enfermedad y buscar ayuda, y los sesgos de atención recibida. . Similar situación se observó en el estudio peruano realizado por Pedro Castro c. y cols. en la publicación del año 2013 sobre “Conocimientos y estigmas sobre salud mental en familiares de pacientes que acuden a consultorio externo del Hospital Nacional Cayetano Heredia” con el objetivo de describir los conocimientos y estigmas sobre salud mental, donde realizaron preguntas sobre casos típicos de depresión, trastorno de pánico y esquizofrenia a 453 familiares de pacientes no psiquiátricos de consulta externa, encontrando que para el caso de trastorno de pánico, prefirieron que el paciente sea visto por un médico especialista no psiquiatra (76 %), para el caso de depresión y esquizofrenia consideraron como el profesional más indicado para tratarlo fue el psicólogo (41,7 % y 45 %, respectivamente), y para el caso de esquizofrenia, que fuesen al psiquiatra por considerarlo una amenaza para los demás, es así que concluyeron que un alto porcentaje de familiares recomendarían que los pacientes con sintomatología de esquizofrenia o depresión fuesen tratados por un psicólogo. Por otro lado, muchos pacientes optan por asociar a sus terapias para la depresión incluir el tema espiritual, tal como lo describe Melinda Stanley. y cols. en su publicación del año 2011 sobre “Preferencias de los adultos mayores de la religión y espiritualidad en el tratamiento para la ansiedad y la depresión”, allí analizaron las preferencias de los pacientes en cuanto a la incorporación de la religión y / o la espiritualidad en el tratamiento para la ansiedad o depresión, donde participaron 66 adultos de 55 años, a partir de estudios anteriores de terapia cognitivo-conductual para la depresión en la atención primaria y examinaron las variables religiosas y espirituales como predictores de preferencias para la inclusión de la religión o la espiritualidad en el asesoramiento. La mayoría de los participantes (77-83%) prefirió incluir la religión y / o la espiritualidad en el tratamiento para la ansiedad y la depresión, llegando a la conclusión que para la mayoría de los participantes la incorporación de la espiritualidad / religión en el asesoramiento para la ansiedad

y la depresión era deseable. Sin embargo, Janaína Siqueira R. y cols. nos hablan sobre la importancia que tiene en la salud mental la religiosidad y espiritualidad, siendo así que en algunos casos, puede ser necesario desafiar las creencias que estén siendo utilizadas de manera dañina o, el contacto con el líder religioso, como lo describieron en su publicación “la religiosidad/ espiritualidad en la práctica clínica: ¿qué puede hacer el psiquiatra?”, realizada en el 2013, donde además destacan la diferencia en los niveles de religiosidad/espiritualidad entre profesionales de salud mental y los pacientes, como "brecha de la religiosidad", y que puede atribuirse a los diferentes enfoques teóricos de la psiquiatría y la psicología que tienden a ignorar o rechazar la R/E. También han observado que a veces ciertas creencias y prácticas religiosas del paciente están bloqueando de alguna manera el progreso y desarrollo mental del paciente, concluyendo que la R/E tienen importantes implicaciones para la salud mental de las personas. Es así que en el 2012, Carlos Gómez R. y col. elaboraron la Guía de atención integral para la detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos, así como atención integral con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente, enfocado en factores de riesgo, tamización, diagnóstico y evaluación de riesgo de suicidio en pacientes con diagnóstico de depresión, destacan a la depresión como causa de morbilidad y discapacidad mundial y que sin embargo, es sub-diagnosticada en todos los niveles de atención, observando que en el cuidado primario reportaron como factor influyente en las dificultades para diagnosticar la depresión, a que los pacientes deprimidos consultan a menudo por síntomas somáticos vagos en lugar de quejas abiertas de depresión, y que además suelen consultar a medicina general de forma repetida, generando un alto costo al sistema de salud; así mismo evidenciaron que la capacidad para diagnosticar depresión en los médicos de cuidado primario fue de 60% de sensibilidad y 46.8% de especificidad, antes de recibir entrenamiento sobre trastornos depresivos. Finalmente, Rubén Eliseo Valle R. y col. en su publicación del año 2010 sobre “Demora en la búsqueda de

atención médica en pacientes adictos a sustancias psicoactivas”, realizaron un estudio analítico, observacional de corte transversal, donde aplicaron una encuesta en el área de adicciones a 113 familiares responsables de pacientes hospitalizados adictos a sustancias psicoactivas en 5 hospitales de Lima, y obtuvieron como resultado que los pacientes acuden a la atención médica especializada por primera vez después de 11.22 años de iniciado el consumo, y que sus familiares tardan en buscar atención médica 4.69 años después de que perciben el consumo, concluyendo que los pacientes adictos a sustancias psicoactivas acuden a los servicios de salud después de un tiempo de consumo y tiempo sin atención médica prolongados, y que la demora en buscar atención médica por los familiares ocasiona que los pacientes continúen consumiendo sustancias.

2.2 BASES TEÓRICAS - ESTADÍSTICAS

La epidemiología ha extendido su enfoque desde el modelo unicausal, utilizado en las primeras investigaciones sobre enfermedades infecciosas, hasta observar el enfermar como un producto de múltiples factores, cuya interacción contribuye a incrementar el riesgo de sufrir un trastorno en algunos individuos o grupos determinados. Es así que, el interés sobre los factores de riesgo en la depresión está justificado, si tenemos en cuenta que los trastornos del humor, en especial la depresión mayor, se encuentran entre los más frecuentes, recurrentes e incapacitantes de todas las enfermedades en países desarrollados, asimismo, al conocer los factores de riesgo específicos se pueden identificar posibles grupos “diana” que se beneficien de programas de intervención para reducir la incidencia y prevalencia de la depresión clínica. Se calcula que el predominio de depresión mayor en mujeres es dos veces más alto que para los hombres (el 21,3% y el 12,7% respectivamente), esta diferencia epidemiológica según el género es un hallazgo constante, al menos en los estudios realizados en el mundo desarrollado

(1), y aunque los intentos suicidas son más frecuentes en las mujeres, los suicidios consumados se presentan más entre los varones. Se ha observado que la depresión suele ser ignorada por los familiares e inclusive por muchos médicos, lo cual retarda el tratamiento adecuado y aumenta la probabilidad de suicidio (2), es así que los estudios afirman que del 100 % de casos de suicidio, el 80% están asociados a depresión, y la Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que será la segunda causa de discapacidad en el mundo para el año 2020 y que en países en desarrollo será la primera causa.(3)

En el 2012, el Ministerio de Salud advirtió que cuatro de cada diez peruanos presentarían problemas de ansiedad, depresión, adicción u otro problema mental a lo largo de su vida, señalando que los problemas centrales a nivel nacional son la ansiedad y depresión, las mismas que presentan en todos los sectores socioeconómicos, con mayor incidencia en Lima, Arequipa, Cusco, La Libertad y Callao.(4) En el mismo año, de acuerdo a los reportes del MINSA, en el Perú, la depresión ocasionó pérdidas de más de 5 millones de soles. Además, el director general del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” señaló que los trastornos mentales representan la mayor carga de enfermedad dentro de las enfermedades neuro-psiquiátricas y representan 32.4 años de vida saludables perdidos (AVISA) por discapacidad y muerte prematura por cada mil habitantes en el Perú, y que por cada 1 millón de dólares invertido en paquetes de salud mental, se ganaría entre 350 a 700 años de vida saludable. (5)

Se realizó un análisis del Sistema de Salud Mental en el Perú desde la perspectiva de los derechos humanos, donde destacaron las deficiencias en el sistema de salud referidas a la información relacionada con el número de establecimientos que brindan atención psiquiátrica y con la población internada en éstos. De acuerdo con los Lineamientos para la acción en salud mental elaborados por el MINSA, esta institución tiene 472 hospitales, de los cuales sólo 10 brindan atención psiquiátrica. Con el objeto de identificar dichos hospitales, la Defensoría

del Pueblo solicitó al MINSA que le informase qué establecimientos brindan la referida atención en el año 2004 y el número de pacientes internados/as por motivos de salud mental. Al respecto, el doctor Luis Enrique Podestá Gavilano, Director General de Salud de las Personas del MINSA, de aquel entonces, informó, mediante Oficio N° 2267-2004-DGSP-MINSA, de 5 de julio de 2004, que a esa fecha habían 951 personas internadas en los servicios de psiquiatría de los hospitales del MINSA. La distribución de esta población en dichos establecimientos era la siguiente: En el Hospital Víctor Larco Herrera: 522, Hospital Hermilio Valdizán: 243, Instituto Honorio Delgado – Hideyo Noguchi: 98, Centro de Rehabilitación de Ñaña: 50, Hospital Honorio Delgado (Arequipa): 29, Hospital Regional de Trujillo: 8, e Hipólito Unanue (Tacna): 1. El MINSA, tiene a su cargo la formulación de lineamientos de política, reglamentos, protocolos de atención, manuales de procedimientos técnicos e instrumentos que deben regular la prestación de servicios en los establecimientos de salud públicos y privados. Sin embargo, el MINSA no ha ejercido su función rectora en el ámbito de la salud mental. Por consiguiente, no existen políticas que regulen el funcionamiento y desarrollo del sistema; ni siquiera se cuenta con la información necesaria para ello. Así, los Análisis de la Situación de Salud (ASIS) en el país, tanto nacional como regional, no consideran el acopio y análisis de información relacionada con la salud mental. Más aún, no existe sistema alguno que centralice, analice y genere información epidemiológica (como tasas de prevalencia o incidencia) de estas enfermedades. La condición de postergación de la salud mental también se expresa en una serie de deficiencias que restringen el acceso de las personas con enfermedades mentales a la atención de su salud, así como el ejercicio de otros derechos. Entre estas deficiencias destacan las siguientes: a) Falta de disponibilidad de personal calificado y de establecimientos de salud que brinden servicios de salud mental Esta deficiencia es el resultado de la carencia de políticas de desarrollo de recursos humanos y de un número suficiente de establecimientos de salud que brinden servicios de salud mental. Se evidencia en

la falta de un diagnóstico de las necesidades en salud, en la falta de planes de formación y de capacitación de los cuadros técnicos y profesionales según las necesidades de los servicios, en la precariedad de las condiciones laborales, en una inadecuada distribución de recursos humanos y, por último, en ofertas institucionales limitadas. La falta de políticas de recursos humanos en el campo de la salud mental también ocasiona una limitada capacidad e interés –cuando no rechazo– de los/las médicos generales por asumir las tareas del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales, en los servicios de primer nivel. Este hecho hace difícil el establecimiento de sistemas de referencia y contra-referencia y el apoyo (con capacitación, asesoría y supervisión) al personal de salud del interior del país del primer y segundo nivel de atención. Así, según el Segundo Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud, realizado en 1996, de los 472 hospitales del MINSA sólo 10 brindan atención psiquiátrica¹³⁴. De éstos, 2 son hospitales especializados en salud mental (Hospital Víctor Larco Herrera y Hospital Hermilio Valdizán) y 1 es Instituto Nacional de Salud Mental (Honorio Delgado – Hideyo Noguchi). De los 1,849 centros de salud del MINSA, sólo 5 brindan atención psiquiátrica. En consecuencia, la oferta de servicios de salud mental en establecimientos especializados resulta insuficiente para cubrir la demanda de atención a nivel nacional, situación que afecta principalmente a la población de escasos recursos económicos y de las áreas rurales del país, entre los cuales destacan los siguientes puntos: a) Restricciones en el acceso a la atención de la salud mental como consecuencia de la ineficiente distribución del gasto público en salud y de la inadecuada distribución geográfica de los servicios. Otro problema del sector que afecta de manera significativa el acceso de la población a la atención de su salud mental, es la ausencia de una política adecuada de distribución del gasto público en salud. Si bien durante la década pasada el gasto en salud fue incrementándose, se evidencia en él una gestión poco equitativa. La ineficiente distribución del gasto público en salud, sumada a la limitada capacidad adquisitiva de la población, ha determinado, una enorme

reducción del acceso de la población a los tratamientos prescritos. En el caso de las personas con enfermedades mentales, el problema de acceso a la atención y a los medicamentos es mayor debido a la cronicidad del tratamiento y a los altos costos del mismo, factores que se suman a la situación de pobreza en la que con frecuencia viven, debido a su condición de discapacidad y de marginación social y laboral. Debido al insuficiente número de establecimientos que brindan servicios por motivos de salud mental, es frecuente que éstos atiendan a pacientes provenientes de regiones distintas de donde se encuentran ubicados. Así, por ejemplo, el Hospital Hermilio Valdizán (Lima) tiene pacientes de los departamentos de Apurímac, de Ayacucho, de Huánuco, de Huancavelica, de Pasco y de la sierra de Lima; en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna se atiende a pacientes de Moquegua y de Puno. b) El refuerzo de la exclusión social de las personas con enfermedades mentales y la falta de aceptabilidad de los servicios de salud mental como consecuencia de la aplicación de un modelo de atención intramural. Los servicios de salud mental en el país responden prevalentemente a un modelo de atención intramural u hospitalocéntrico. Este modelo “restringe su campo de acción a la psicopatología, aborda los problemas psíquicos de modo aislado del conjunto de problemas de salud, dificulta la comprensión de la persona humana como una unidad bio-psico-social y mantiene la dicotomía entre lo físico y lo mental”. Asimismo, dicho modelo centra el tratamiento psico-farmacológico en los síntomas y no presta mayor atención a la palabra de los/las pacientes ni al contexto en el que éstos/as desarrollan su vida y su enfermedad. Tampoco se preocupa por la necesidad de generar un sistema de rehabilitación y por un sustento terapéutico tendiente a lograr la reinserción social o inclusión de los/las pacientes en sus familias, en la comunidad, en el ambiente laboral o académico, entre otros. En tal sentido, la implementación del modelo comunitario y descentralizado propuesto en los Lineamientos para la acción en salud mental constituiría un avance importante en la perspectiva de los derechos de las personas con enfermedades mentales. La implementación del modelo comunitario

permitiría que muchas de las personas que no reciben tratamiento por razones de acceso geográfico o económico, y otras que se encuentran recluidas en instituciones, reciban tratamiento en su comunidad, de manera oportuna y eficiente, en un ambiente lo menos restrictivo posible. Sin embargo, actualmente no existen recursos alternativos extra-hospitalarios insertos en la comunidad que sirvan de base para implementar este modelo. ⁽⁶⁾

En un análisis de la demanda de los servicios de salud en el Perú, se vieron los efectos positivos de las intervenciones que el estado selecciona para poder proveer servicios de salud a la población y que podrían ser contrarrestados tanto por las conductas inesperadas de los grupos beneficiarios como por las condiciones de salud de las mismas. Por tal motivo, es importante la evaluación de estos patrones y contar con información sobre el comportamiento del usuario en el mercado de salud. En este sentido, la finalidad de un análisis de la demanda por los servicios de salud es identificar el grado de equidad de los servicios prestados y las estrategias que se podrían seguir para llegar de manera efectiva a los grupos que más necesitan la atención de los servicios de salud. La demanda de los servicios de salud depende del precio de la consulta, los precios de las medicinas, los ingresos disponibles, los costos de transporte, el tiempo de espera, la calidad del trato recibido, la calidad clínica de los servicios ofertados, los factores demográficos del hogar y sus miembros, los hábitos y costumbres de las personas. Por ello, la ausencia de un análisis de este tipo podría alterar los esquemas de financiamiento sostenibles y el acceso a las poblaciones más desfavorecidas. El perfil de la demanda de servicios de salud es de utilidad por cuanto proporciona estadísticas descriptivas relativas a las características socioeconómicas de los usuarios de servicios de salud, a los patrones de acceso y utilización de estos servicios, a las percepciones respecto de los servicios utilizados, a la estructura del mercado y al grado de equidad del sistema, entre otros. Existen diversas formas de estimar y evaluar la demanda; en base a estos se estiman coeficientes técnicos que relacionan producción de prestaciones finales con población,

obteniéndose de esta forma las prestaciones que la red debiera otorgar en su área de influencia. Entre los principales tenemos: a) necesidades de salud: permite estimar la necesidad de recursos en base a las necesidades de salud de la población, b) objetivos de prestaciones: se basa en la definición de objetivos de servicios que se traducen en metas cuantificadas de producción de prestaciones por habitante, c) utilización de servicios: este método se diferencia de los anteriores en que no utiliza normas para determinar la demanda, sino que toma como referencia la utilización actual de los servicios por la población, tiene la ventaja de estar basado en la realidad, evitando que se proyecten inversiones que en definitiva no serán usadas por la población, d) razón recursos población: la razón recursos población es una variante del método anterior, diferenciándose en que los coeficientes técnicos utilizados corresponden a un ideal basado en un referente observado. La razón de recursos población se aplica a las proyecciones demográficas, al igual que en todos los métodos antes descritos. El método de razón recursos población es de elección cuando se estima la demanda de prestaciones que se quieren incorporar por primera vez a la oferta de servicios. Para este análisis se utilizaron los datos de la Encuesta nacional de Hogares (ENAH) del año 2011, del Instituto nacional de Estadística e Informática (INEI) y la demanda fue evaluada en función al auto-reporte de enfermedad de los encuestados. Se realizó un análisis de los determinantes de la demanda de servicios de salud en el Perú por áreas geográficas. Además se evaluaron los patrones de auto-reporte de enfermedad por factores socioeconómicos, tipo de enfermedad, tipo de proveedor, condición de asegurado, entre otros factores. El auto-reporte de enfermedades por parte de las personas se entiende a la capacidad que tienen estas de identificarse como enfermo. Esta decisión se considera que es selectiva y varía según la edad del individuo o de acuerdo a las condiciones de vida. Sin embargo, también se ve influenciado por diversos factores socioeconómicos, entre ellos, el nivel educativo, la situación de pobreza, la condición de asegurado, el ámbito geográfico del que procede, etc. Así, un

mejor nivel educativo permite un adecuado reconocimiento de los síntomas de enfermedades y que por lo tanto otorga a los individuos una mayor capacidad de identificarse como enfermos. Del mismo modo, el nivel de ingreso económico o la disponibilidad de un seguro de salud condicionarán la decisión de auto-reportarse enfermo, debido a la serie de costos que se tendrán que asumir. Por un lado el gasto en el cuidado de la salud (consulta, análisis, gasto en medicinas) y por otro, el costo de oportunidad asociado a los ingresos que se dejan de percibir durante el periodo de enfermedad. Por lo tanto la decisión de auto-reportarse enfermo necesariamente pasará por estas consideraciones. A nivel nacional, en el año 2011, el 69.5% de la población peruana auto-reportó que en las últimas 4 semanas, tuvo algún problema de salud, cifra que se ha incrementado en los últimos años (2005: 54.1%; 2008: 63.0%; 2010: 68.0%). De este porcentaje, el 36.2% de la población peruana auto-reportó un problema de salud de tipo crónico, y un 33.3% declaró haber tenido un problema de salud de tipo no crónico, que incluye síntoma o malestar (18.4%), enfermedad aguda (10.9%), síntoma y enfermedad (2.8%), accidente (0.6%) y otras (0.8%).⁽⁷⁾

En tanto, la depresión, inicialmente denominada melancolía (del griego clásico μέλας "negro" y χολή "bilis"), frecuentemente confundida con ella, la depresión (del latín *depressus*, abatimiento) es uno de los trastornos psiquiátricos más antiguos de los que se tiene constancia. El origen del vocablo depresión se encuentra en la expresión latina *dey premere* (empujar u oprimir hacia abajo). A medida que avanza el desarrollo de la psiquiatría la terminología empleada para referirse a la melancolía o a la depresión van adquiriendo mayor especificidad y claridad.⁽⁸⁾ La OMS acota y define la depresión endógena o mayor como un síndrome orgánico cuya sintomatología nuclear abarca alteraciones del pensamiento y los impulsos, tristeza corporalizada y trastornos de los ritmos vitales, además de poder expresarse a través de distintos síntomas somáticos.⁽⁹⁾

El término depresión se utiliza con tres significados básicos: como síntoma, como síndrome y como enfermedad. La depresión como síntoma equivale a la vivencia de tristeza, al “sentirse triste”. La depresión como síndrome es accesible al diagnóstico clínico y psicopatológico y supone un conjunto de síntomas. La depresión como enfermedad sería la entidad nosológica definida a partir del conocimiento de su etiopatogenia. Un estado de ánimo deprimido y la pérdida de interés o placer son los síntomas clave de la depresión, es decir, tristeza y anhedonia, que no necesariamente se pueden encontrar juntas, ya que puede predominar una de ellas sin que deje de ser depresión. Los pacientes pueden decir que se sienten tristes, sin esperanza, un desecho o alguien que no vale la pena. Para el paciente el estado de ánimo deprimido tiene una calidad diferente que le distingue de una emoción normal de tristeza o duelo. Los pacientes a menudo describen el síntoma de la depresión como un dolor emocional angustioso que se resuelve a medida que mejoran. Dos tercios de todos los pacientes con depresión contemplan el suicidio, y entre el 10% y el 15% de ellos comete suicidio. Los casos hospitalizados por un intento de suicidio o una ideación suicida tienen un riesgo mayor a lo largo de la vida de tener éxito en un intento de suicidio que los que nunca han sido hospitalizados por una ideación suicida. Algunos pacientes con depresión no parecen ser conscientes de su depresión y no refieren tener un trastorno del estado de ánimo, aunque se muestren retraídos de la familia, amigos y actividades que antes le interesaban. Prácticamente todos los pacientes con depresión (97%) se quejan de una menor energía, tienen problemas de sueño, especialmente con despertares matutinos más precoces (es decir, insomnio terminal) y muchos despertares a lo largo de la noche, durante los cuales cavilan sobre sus problemas. Muchos pacientes notan que disminuye su apetito y pierden peso, pero en otros el apetito aumenta y engordan y duermen más de lo normal. Esos pacientes se clasifican con síntomas atípicos según el DSM – V. Además, se dice que un episodio depresivo no tratado dura entre 6 y 13 meses, y la mayoría

de episodios tratados duran unos 3 meses; a medida que evoluciona el trastorno, los pacientes tienden a tener episodios más frecuentes y que duran más tiempo.⁽¹⁰⁾

Según la Clasificación internacional de Enfermedades (CIE -10), los criterios diagnósticos de un episodio depresivo, son los siguientes: a) El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas, b) El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico, c) Síndrome somático: comúnmente se considera que los síntomas “somáticos” tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endogenomorfos: pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras, ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta, despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, presencia de enlentecimiento motor o agitación, pérdida marcada del apetito, pérdida de peso de al menos 5% en el último mes, y notable disminución del interés sexual.⁽¹¹⁾

Según el DSM-V, en el trastorno depresivo persistente (distimia) se agrupan: el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV, y se caracterizan por: a) Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años, b) presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes: poco apetito o sobrealimentación, insomnio o hipersomnia, poca energía o fatiga, baja autoestima, falta de concentración o dificultad para tomar decisiones, sentimientos de desesperanza; c) durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos, d) los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años, e) nunca ha habido un episodio maníaco o un

episodio hipomaniaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico, f) la alteración no se explica mejor por un trastorno esquizo-afectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico, g) los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo). Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. ⁽¹²⁾

Actualmente en el Perú se continúa practicando la Medicina Folclórica, y esta ha tomado un papel importante en la Psiquiatría. Podemos definir la Psiquiatría Folclórica como el cuerpo de ideas, creencias y prácticas que se refieren a los cuadros psiquiátricos o afines y a su tratamiento, mantenidos por tradición popular, aparte y en contra de lo aceptado por la cultura dominante en el medio que se presentan. Dos conceptos caracterizan esta definición: Se trata de creencias y prácticas que se refieren a los cuadros psiquiátricos basadas en la tradición popular, y se desarrollan en un medio cultural opuesto a ellas. La Psiquiatría Folclórica no es sino un aspecto de la Medicina Folclórica. Si pensamos que, en nuestro país, más del 90% de los psiquiatras ejerce en la capital y, el resto, en pocas ciudades importantes del interior, podemos comprender que la inmensa mayoría de los peruanos no tiene acceso a la medicina o a la psiquiatría académica y se hacen atender por los practicantes de la Medicina Folclórica, a los que se conoce como curanderos, la mayoría tiene como base conceptos animistas, es decir, la creencia que todo lo existente está dotado de un espíritu, capaz de actuar, para bien o para mal, sobre los hombres. Así existen, para ellos los espíritus de las montañas, de las lagunas, de los ríos, así como los de las "huacas" y aun los de las plantas. Su teoría diagnóstica se basa en el descubrimiento del "daño" que algún espíritu ha hecho al paciente y que le causa la enfermedad. El tratamiento consiste en reparar ese daño, convocando a los espíritus propiciatorios por medio de diferentes maniobras místico-mágicas. Los

curanderos usan, durante esas maniobras, preparados de plantas nativas que beben y hacen beber a sus clientes. Los efectos alucinógenos, unidos a una fuerte acción sugestiva, pueden influir favorablemente en algunos cuadros clínicos con fuerte influencia psicósomática. Al lado de los curanderos descritos existen los llamados yerberos, individuos conocedores de las plantas autóctonas y que las emplean por sus efectos farmacológicos. Los curanderos no actúan sin poseer una nosografía que, a su manera, explica y justifica su práctica. Los curanderos estudiados dividen, ante todo, las enfermedades en dos grupos: enfermedades de Dios y enfermedades de daño. Las primeras son males "naturales", producidas por los factores no mágicos, comprensibles por la influencia de las fuerzas de la naturaleza. Las enfermedades de daño, por el contrario, tienen siempre origen sobrenatural y, son atribuidas a distintos elementos, de acuerdo con variables sociológicas. Las enfermedades de Dios son, para nuestros curanderos, del dominio de los doctores del Hospital, a quienes envían los pacientes que según ellos la padecen. Las enfermedades de daño, como contraste, solamente pueden ser tratadas por el curandero, quien conoce su origen y los medios para combatirlas. El "daño" es una forma mágica de acción sobre la salud y su tratamiento es también fundamentalmente mágico. Si el daño es producido por los hombres, debido a la "envidia" y otros factores, actúa a través de un "malero", un brujo maligno y debe ser curado librando al paciente de los efectos producidos por su influencia. Así, el daño puede ser hecho "por la boca", cuando se ha hecho ingerir al sujeto alguna substancia que le produce los nefastos resultados pretendidos, o "por el aire", cuando se supone que ha sido causado por inhalación. Consideramos como una forma especial de "daño" el "robo del alma". La terapéutica de la psiquiatría folclórica muestra claramente la doble influencia sufrida, por una parte, de la tradición popular y, por otra, de la cultura occidentalizada predominante. La proporción de cada una de ellas varía y esas variantes nos ilustran sobre formas y vías de aculturación. Como un ejemplo, en el Perú, los curanderos de la costa donde, como dijéramos, se hallan los núcleos

ciudadinos y existe una fuerte influencia de la cultura occidental, emplean una mezcla de procedimientos en los que la infiltración de las creencias de esa cultura es visible y entre ellas, por supuesto, las de la religión. Formas rituales que mimetizan las de la iglesia católica, invocaciones a santos y a los personajes divinos son comunes. . Entre ellas se destacan dos: referencias a la Virgen y la ayuda que se supone proporciona San Cipriano. A medida que nos internamos en el país, de la costa a la región andina, poseen conceptos animistas y acciones mágicas y por la creencia en la acción de espíritus benignos y malignos. Pueden seguirse las rutas de aculturación y la mayor o menor realidad de ellas estudiando la psiquiatría folclórica de diferentes regiones del país. *Las maniobras mágicas:* se tratan de sesiones de ritual y contenidos diversos. Son reuniones en las que se invocan a "espíritus" por medio de los cantos en lugares y horas distintas. Existe una observación interesante, que debemos tomar en cuenta. A diferencia del brujo, el curandero se considera un medium, es decir que no cree ser él quien actúa en los procesos de adivinación y cura, sino que su papel es el de llamar a los espíritus de las plantas que usa y que son esos espíritus, cuando han sido rectamente convocados, los que, por medio de sus poderes sobrenaturales, intervienen a favor del solicitante. La invocación a los espíritus de las plantas ("la madre de la planta") debe hacerse por medio de cantos (cada curandero asegura que los suyos son los verdaderamente eficaces) y, sobre todo, ingiriendo bebidas preparadas a base de ellas o introduciéndolas en el cuerpo de alguna otra forma (fumando, por ejemplo). Así como atrae a los espíritus favorables, el curandero aleja a aquellos que pudieran hacer daño, por medio de maniobras mágicas. Una de las más comunes es la de "cortar el aire" con espadas especiales, a fin de romper todo lazo de esos espíritus con los concurrentes a la sesión. Por supuesto que las maniobras mágicas que se emplean son de infinita variedad y cambian según la tradición cultural. *Maniobras psicológicas:* ante todo debe tenerse en cuenta el factor expectativa. El ser doliente que busca al curandero lo hace imbuido de la confianza y la esperanza que le dan la tradición y sus creencias.

Más, mucho más, que con el médico, como hemos visto, él es capaz de relacionarse con el curandero. Este "habla su propio idioma", repite las ideas que tienen vigencia en su vida desde la infancia y que, por lo tanto, resuenan en su inconsciente con la fuerza de las relaciones afectivas determinantes. Por supuesto que esa comunidad de creencias obra bajo la influencia del curandero mismo: un hombre o una mujer maduros, de apariencia parental y de actitudes y acogidas seguras y bondadosas; mucho más humanas y afectivas que las de la mayoría de los médicos, preocupados antes con la aplicación de una técnica que con la real ayuda a sus semejantes. Se ha hablado mucho, por supuesto, del factor sugestivo, acentuando su importancia en el tratamiento de los curanderos. Otros factores que debemos tomar en consideración son los relativos a las sesiones curativas, que se realizan generalmente en grupos y con la intervención de canciones, música y con la ingestión de preparados a base de plantas nativas. Durante ellas se producen una serie de fenómenos psicológicos, algunos exteriorizados, otros no, que no pueden dejar de influir en la evolución del padecimiento. Por sobre todo esto debemos considerar la relación del curandero con su paciente. Se trata de la poderosa influencia que tiene y emplea el curandero para modificar la vida de relación de sus pacientes. Intuitivamente, con una intuición muy superior, en la mayor parte de los casos, al conocimiento "científico", valido de su posición y su prestigio, tiene el curandero en sus manos la posibilidad de cambiar las relaciones humanas de su cliente. *Empleo de drogas:* La mayoría, sino la totalidad, de los curanderos que hemos estudiado usa en su práctica preparados hechos con plantas nativas, de intensos efectos psicótrópos. Vale la pena recalcar cómo el empleo de esas plantas y drogas, algunas bastante conocidas (peyote, por ejemplo), otras aún en estudio (la ayahuasca, el yague, el toé, etc., en el Perú) y una inmensa variedad de cuya existencia y empleo estamos informados, pero a las que no se ha estudiado aún con un acercamiento metodológico serio, no deben ser consideradas solamente desde el punto de vista farmacológico, sino en relación con las tradiciones culturales y su influencia.⁽¹³⁾

Así mismo, el *estigma* es un fenómeno conocido especialmente en el ámbito de salud mental, campo en el que ha sido y sigue siendo una importante barrera para el desarrollo de servicios comunitarios y para la integración de las personas afectadas. Las personas con enfermedad mental a menudo tienen que enfrentarse a un doble problema, por un lado a la sintomatología de la propia enfermedad, y por otro, al estigma. Existen dificultades no solo derivadas de los síntomas de la enfermedad sino también desventajas a través de las reacciones de la sociedad, pues sus malos entendidos sobre diversos trastornos mentales dan como resultado el estigma. De esta forma, personas que llevan su enfermedad mental lo suficientemente bien como para trabajar tienen sin embargo, graves dificultades para encontrar un empleo porque los empleadores los discriminan. Como complicación adicional se encuentra el autoestigma. Algunas personas con enfermedad mental pueden aceptar los prejuicios comunes sobre la enfermedad mental, volverlos contra sí mismos.⁽¹⁴⁾

La conceptualización del estigma de la enfermedad mental combina dos conceptos, Corrigan incide en los rasgos cognitivos y conductuales centrales del estigma de la enfermedad mental: *los estereotipos* (las estructuras de conocimiento cognitivas), *el prejuicio* (la consecuencia cognitiva y emocional de los estereotipos), y la *discriminación* (la consecuencia conductual del prejuicio); y por su parte, Link aborda el estigma desde una perspectiva más social: *estigma público* que consiste en las reacciones del público general hacia un grupo basadas en el estigma sobre ese grupo. Etiquetar implica a menudo una separación entre “nosotros” y “ellos, y nuestro lenguaje es revelador con respecto al uso de etiquetas para distinguirlos, de esta forma, el lenguaje puede ser una fuente poderosa y signo de estigmatización. En tanto, los *estereotipos* son estructuras de conocimiento que la mayoría de los miembros de un grupo social conoce, categorizan información sobre grupos sociales diferentes porque contienen opiniones colectivas sobre grupos de personas. *Los prejuicios*: Definen la actitud que refleja la disposición de las personas para actuar de forma negativa o positiva

hacia el objeto de prejuicio, sin analizar si existe alguna razón que justifique dicho comportamiento y tienen reacciones emocionales negativas como consecuencia. El prejuicio lleva como reacción conductual a la discriminación. En el caso de enfermedad mental, el prejuicio airado puede llevar a denegar ayuda o a sustituir la atención sanitaria.⁽¹⁴⁾

Las consecuencias del estigma: En lo que respecta a la enfermedad mental se refiere, el público general parece prestar amplio apoyo a los estigmas, es así que las investigaciones indican que las actitudes públicas hacia las personas con enfermedad mental parecen haberse vuelto más estigmatizadoras en las últimas décadas. Se han analizado diversos materiales filmados e impresos de los medios de comunicación y se han detectado abundantes reportajes sensacionalistas, siendo común el mal uso popular y periodístico de términos psiquiátricos. La discriminación estructural incluye instituciones privadas o públicas, que de forma intencionada o no, restringen las oportunidades de personas con enfermedad mental. Ejemplo de ello sería la asignación de recursos financieros comparativamente menores para el sistema de salud mental que para el sistema médico somático.⁽¹⁴⁾

Autoestigma y fortalecimiento: Relacionado con ello está el estigma y la revelación, es decir, revelar la enfermedad mental puede tener tanto beneficios significativos como costes, por ejemplo la desaprobación social. Que las personas decidan o no revelar su condición dependerá del contexto y de su sentido de identidad. Valorando los costes y beneficios, la persona decidirá si revela o no su condición social a su entorno.

El miedo al estigma como barrera para usar los servicios sanitarios: Elementos claves en la ecuación que producen comportamiento relacionado con la salud son los efectos negativos del tratamiento, tales como los efectos secundarios de la medicación. Este factor junto a la escasa conciencia de enfermedad de algunos pacientes son las principales causas a las que se les atribuye la alta tasa de abandono de tratamiento psiquiátrico o el no inicio del mismo. Esta es una razón

importante para la alta tasa de recaídas, y la enorme carga económica en costes de hospitalización que genera. Por lo tanto, la clave individual más importante que produce el estigma público es el etiquetado, que deriva normalmente del contacto con los servicios psiquiátricos, así los pacientes pueden optar por no acceder a la atención como manera de evitar esta etiqueta. Existen varias investigaciones actualmente que apoyan la afirmación de que el estigma limita el uso de los servicios, por consiguiente, investigaciones adicionales tienen que confirmar el vínculo entre el estigma y el uso de los servicios.⁽¹⁴⁾

La protesta: En muchos países, se han centrado activamente en la lucha contra el estigma en un intento de mejorar la vida de las personas con enfermedad mental, dentro de los que destacan la asociación NAMI (National Alliance for the Mentally Ill) en EEUU, con su programa NAMI, llamado “destroza-estigmas”, constituida por familiares de personas con enfermedad mental, quienes utilizaron estrategias de educación al público, por ejemplo presionando para una protección legal más eficaz en las áreas de vivienda y trabajo. Por su parte, en Alemania, BASTA, la alianza para personas con enfermedad mental, dentro de sus campañas incluye protestas, utilizando el correo electrónico, programas de educación integral en los colegios y academias de policías, educación a los medios de comunicación y exhibiciones de arte de personas con enfermedad mental y otras actividades culturales. Alrededor de un 80% de los casos de discriminación contra los que actuó esta alianza, consiguió detenerse, y las campañas o instituciones de medios de comunicación respectivas se disculparon. Sin embargo, se conoce poco sobre el efecto de la protesta frente a los prejuicios de las personas. *La educación: Trata de disminuir el estigma, proporcionando información veraz y equilibrada.* Se han utilizado diferentes medios, como libros, videos y programas de enseñanza estructurados para transmitir esta información. Se ha comprobado que cursos educativos breves sobre la enfermedad mental reducen las actitudes estigmatizadoras entre una amplia variedad de participantes. *El contacto:* El contacto con personas con enfermedad mental puede ayudar a aumentar los

efectos de la educación sobre reducción del estigma. La investigación ha mostrado que es menos probable que miembros de la mayoría que han conocido a miembros de grupos minoritarios estigmaticen a los de la minoría. En definitiva, el contacto combinado con la educación parece ser el camino más prometedor.⁽¹⁴⁾

Por otro lado, en cuanto al suicidio, se ha propuesto que los trastornos del estado de ánimo, y particularmente la depresión, son los principales responsables de la mayor parte de los suicidios consumados. Este mayor riesgo de suicidio a consecuencia de un trastorno depresivo no solo se ha encontrado en adultos, sino también en adolescentes y personas de edad avanzada. Los pacientes depresivos refieren más antecedentes de intentos autolíticos que el resto de los grupos diagnósticos y en los grandes estudios epidemiológicos se constata que, por término medio, una de cada dos personas que consuman suicidio padece un trastorno depresivo, de forma que éste es el factor de riesgo suicida más determinante. Muller – Oerlinghausen aventura un riesgo de suicidio de 30 a 50 veces mayor al de la población general y una tasa de mortalidad de 2 -3 veces superior, y Kaplan de 400 por 100,000 para hombres y de 180 por 100,000 para mujeres. En una evaluación retrospectiva, podía haberse realizado el diagnóstico de depresión en un 45-70 % de los suicidios consumados. La utilidad de los factores de riesgo en la práctica clínica es limitada. Así pues, la presencia de un episodio agudo de depresión o psicosis no es suficiente para justificar un suicidio, y para algunos autos, el riesgo suicida ni siquiera está relacionado con la intensidad de la depresión. De ahí el esfuerzo investigador desplegado en la búsqueda de marcadores de mayor valor predictivo y en la formulación de modelos que permitan comprender las interacciones entre los distintos factores. Barraclough y cols. encuentran que los suicidas depresivos se caracterizan por más antecedentes de intentos previos, insomnio, menor apoyo social y familiar, alteraciones amnésicas y un curso de la enfermedad depresiva o muy corto o muy prolongado. Otros autores señalan como factores específicos de riesgo suicida e

la depresión los sentimientos de indignidad y de autoacusación, la actitud hostil de la familia, las preocupaciones o comentarios sobre el suicidio, entre otros. Existen otras investigaciones que desmienten la asociación entre gravedad clínica del cuadro depresivo y riesgo suicida. Con respecto a la historia natural del trastorno depresivo, parece que el riesgo suicida es mayor en los dos años posteriores al episodio agudo, de forma que a los 5 años en un 33% de los pacientes afectivos fallecidos la causa había sido el suicidio. Osby y cols. coinciden en que el mayor riesgo lo presentan los pacientes más jóvenes en los años que siguen al diagnóstico. Por tanto, la mayoría de los pacientes afectos de trastorno depresivo mayor cometen el suicidio en las fases tempranas del curso de su enfermedad. Otros enfoques tratan de relacionar el comportamiento suicida en pacientes afectivos con un mayor porcentaje de visitas previas a recursos asistenciales ambulatorios, particularmente médicos de atención primaria y psiquiatras. En Bélgica, en una recolección de datos, estimaba que un 60% de los pacientes que presenta algún comportamiento suicida ha visitado a su médico de cabecera en el mes previo, y en Manchester, un 42% de una muestra de 167 pacientes que se suicidaron habían entablado contacto con su médico de atención primaria en los tres meses previos al suicidio. Se puede concluir, por tanto, que un gran porcentaje de los sujetos que realizan intentos de suicidio en nuestro medio han visitado a su médico de cabecera en el periodo de tiempo previo. Otros autores, sin embargo, cuestionan estas acciones aduciendo la dificultad que supone el reconocimiento del riesgo suicida por parte de los médicos de atención primaria y el escaso impacto de este comportamiento en práctica cotidiana de estos profesionales. La comorbilidad de depresión y enfermedad somática supone un importante factor de riesgo suicida, y a esta comorbilidad se ha atribuido parte de la dificultad que encuentran los médicos de atención primaria para detectar el riesgo suicida. Está suficientemente demostrado que los hombres cometen con mayor frecuencia suicidios consumados que las mujeres, pero si bien los varones presentan una mortalidad por suicidio consumado entre dos y cinco veces mayor, las mujeres

doblan a los hombres en los intentos de suicidio y, en conjunto, presentan un número de actos suicidas mayor. Aunque es sabido que las mujeres buscan más ayuda médica que los hombres, el suicidio femenino no suele ser reconocido, diagnosticado y tratado adecuadamente. Así, los estudios epidemiológicos han demostrado que la prevalencia a lo largo de la vida de la depresión mayor es mayor en mujeres que en hombres y que la depresión en las mujeres es más grave (curso con mayor deterioro e incapacidad funcional), presenta mayor tendencia a la evolución crónica y recidivante, se asocia con una comorbilidad más extensa, se inicia a edades más tempranas (a mediados de la segunda década de la vida, mientras que en los varones se inicia durante la tercera), acompaña con mayor frecuencia que en hombres a la enfermedad somática crónica, y curso de forma más habitual con síntomas atípicos. Por otro lado, los factores que precipitan los suicidios en hombres y mujeres son diferentes; los hombres sufren más estrés psicosocial, mientras que las mujeres tienen más soporte social que los hombres y buscan ayuda médica y psiquiátrica con más facilidad. Finalmente, la literatura revisada presenta a la depresión como el trastorno psiquiátrico con mayor riesgo suicida, demostrado tanto en suicidios consumados (mediante el empleo de autopsia psicológica), como en series de pacientes con intentos de suicidio, en todas las edades, e incluso de forma concomitante en otras circunstancias patológicas. ⁽¹⁵⁾

2.3 DEFINICION DE CONCEPTOS OPERACIONALES:

-EDAD: Tiempo de vida de una persona desde que nació hasta el presente (años cumplidos).

-GENERO: Conjunto de personas que tienen características generales comunes.

-ESTADO CIVIL: Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto

-PROCEDENCIA: Persona que procede de algún lugar.

-GRADO DE INSTRUCCIÓN: Grado más elevado de estudios realizados o en curso

-RELIGIÓN: Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad (un dios o varios dioses).

-NIVEL ECONÓMICO: Posición económica en relación a otras personas basadas en sus ingresos.

-ASPECTOS PSICOLÓGICOS: Conjunto de características del funcionamiento psíquico humano

-ENTORNO DEL PACIENTE: Conjunto de circunstancias o factores sociales, culturales, morales, económicos, profesionales, etc., que rodean a una persona, e influyen en su estado o desarrollo.

-SISTEMA DE INTERVENCIÓN SANITARIA: Suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud.

-NIVEL DE CONOCIMIENTO: Grado de un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje.

-DEMORA EN EL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA: Tiempo que demora un paciente en acceder a atención especializada.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS

3.1.1 HIPÓTESIS GENERAL

Existen factores de los pacientes depresivos del Hospital Hermilio Valdizán que se asocian a la demora en el acceso para la atención especializada.

3.1.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- Los factores socio-económicos, psicológicos y el entorno del paciente depresivo se asocian a la demora en el acceso a la atención especializada.
- El nivel de conocimiento del paciente depresivo sobre la depresión se asocia a la demora en el acceso a la atención especializada.
- El sistema de intervención sanitaria se asocia a la demora en el acceso a la atención especializada de pacientes depresivos.
- Los pacientes depresivos acceden a la atención especializada después de un tiempo prolongado de sintomatología y tiempo sin atención médica especializada.

3.2 VARIABLES: INDICADORES

VARIABLE	INDI-CADOR
EDAD	Número de años
GENERO	DNI
ESTADO CIVIL	Lo que refiera el paciente
PROCEDENCIA	Lo que refiera el paciente
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Lo que refiera el paciente
RELIGION	Lo que refiera el paciente
NIVEL ECONOMICO	Lo que refiera el paciente
ASPECTOS PSICOLOGICOS	La manera de pensar del paciente que lo lleva a realizar acciones.
ENTORNO DEL PACIENTE	Factores externos que influyen al paciente sobre la toma de decisiones.
SISTEMA DE INTERVENCIÓN SANITARIA	Manera en que el sistema de intervención sanitaria influye en el acceso a la atención especializada del paciente

NIVEL DE CONOCIMIENTO	-Diagnóstico de la depresión -Etiología de la depresión -Sintomatología de la depresión -Clasificación de la depresión -Tratamiento para la depresión
DEMORA EN EL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA	Demora que presenta el paciente para acceder a la atención especializada.

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN Y METODO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio de tipo observacional, analítico, transversal, utilizando metodología cuantitativa junto con la aplicación de una encuesta a los pacientes depresivos.

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población fue conformada por pacientes adultos con diagnóstico de depresión por la CIE-10, atendidos en consultorio externo en el Hospital Hermilio Valdizán. Para ello se realizó muestreo no probabilístico por conveniencia donde se escogieron pacientes adultos que ingresaron a consultorio externo de psiquiatría con diagnóstico de depresión.

La siguiente ecuación nos daría el tamaño significativo de la muestra para dicha población.

$$n = \frac{NZ^2 pq}{d^2(N-1) + Z^2 pq}$$

Donde:

p= prevalencia de la población: (0.1)

q= (1-p):(0.9)

Z= 1.96

N= Tamaño de la población: 7106

Reemplazando:

$$n = \frac{(7106) (3.8416) \times 0.1 \times 0.9}{(0.05)^2 (7106-1) + (3.8416 \times 0.1 \times 0.9)}$$

$$n = \frac{2,456.85}{18.06}$$

$$n = 136$$

La muestra mínima para realizar las encuestas sería de 136, por lo que se realizó en total 140 encuestas.

- **CRITERIOS DE INCLUSION**

- Pacientes con diagnóstico de depresión según CIE -10- OMS, atendidos por primera vez en consultorio externo del Hospital Hermilio Valdizán.
- Pacientes con diagnóstico de depresión según CIE -10 – OMS, quienes acudan a consultorio externo del Hospital Hermilio Valdizán para continuar con tratamiento ambulatorio.

- Paciente hombre o mujer, mayor o igual a 18 años de edad en el día de la firma del consentimiento informado.
- Pacientes que tenga la capacidad para entender las preguntas planteadas en el instrumento y que voluntariamente acepte a participar y firmar el consentimiento informado.

- **CRITERIOS DE EXCLUSION**

- Pacientes con diagnóstico de depresión de origen orgánico.
- Pacientes con diagnóstico de depresión conjuntamente con enfermedad neurológica.
- Pacientes con diagnóstico de depresión y que conjuntamente padezca de algún otro trastorno psiquiátrico, (por ejm. Bipolares)
- Pacientes gestantes.

4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento que se utilizó fue una encuesta validada por juicio de expertos, que tuvo como contenido 40 preguntas, 37 para marcar y 3 para escribir. Para garantizar el control de calidad de datos previamente se procedió a informar verbalmente al paciente sobre cómo deberá llenar la encuesta. Las encuestas fueron realizadas por la propia investigadora, ante lo cual se encargó de explicar y absolver cualquier duda que tuviera el paciente sobre algún ítem de la encuesta.

-Se realizó una prueba piloto de la encuesta para ajustar algunas preguntas.

-En el área de recepción de historias clínicas para atención en consulta externa, se obtuvieron los datos de los pacientes que contaban con los criterios de inclusión que acudieron a consulta ese día.

-Luego se procedió a informar verbalmente y por escrito, a través del consentimiento informado, al paciente para obtener los datos del dominio de las variables que fueron:

X₁ = Socio-demográficas

X₂= Aspectos psicológicos

X₃= Entorno del paciente

X₄= Sistema de intervención sanitaria

X₅ = Nivel de conocimiento

X₆ = Demora en el acceso a la atención especializada

- Aceptada la participación del paciente, se procedió a la firma del consentimiento informado.
- La recolección de datos se realizó por medio de la encuesta, que se llevó a cabo en el área de espera de consultorio externo del hospital.
- Durante la espera para recibir atención en consultorio, o al salir de ella, el paciente resolvió la encuesta por sí mismo o a través del interrogatorio brindado por la investigadora. Y en caso de no haberla concluido antes de su consulta, la terminó al salir de ella.
- En casos como en los que el paciente acudía a consultorio por primera vez, y era diagnosticado de depresión, al finalizar la consulta, el médico especialista le indicaba que se acerque a la investigadora para que pueda recibir información sobre este estudio y su respectiva participación voluntaria.
- Terminadas las encuestas se verificaba que la totalidad de las encuestas sean llenadas en forma correcta, y se les asignó un código numérico al azar para garantizar la confidencialidad del paciente y evitar sesgos durante la investigación.

- Consideraciones éticas:

El presente estudio contó con la aprobación del Comité de Ética del Hospital Hermilio Valdizán y todos los pacientes que fueron evaluados, firmaron un

consentimiento informado, en que se explicó el uso anónimo de los datos entregados y que no influirá la participación o no en el estudio en la calidad u oportunidad de su atención en el consultorio en que estaban consultando.

Así mismo, los datos recolectados se obtuvieron mediante la utilización de los procesos formales tales como la información adecuada a cada participante de la encuesta haciendo una selección justa y no discriminadora, contando con su voluntad, respetando sus respuestas y su derecho a la privacidad, previamente se les informó verbalmente y de forma escrita en qué consiste nuestro trabajo, ceñidos a la verdad, tanto en lo relacionado con los materiales y métodos como los resultados evitando el sensacionalismo (fama o dinero).

Se les trató en todo momento con el debido respeto, y además, para proteger la confidencialidad de los pacientes, una vez finalizada la encuesta, fueron enumerados con códigos numéricos, y así también con la finalidad de evitar sesgos durante la investigación.

4.4 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Como consecuencia de la información obtenida, se procedió al llenado del cuadro de la categorización de variables, con la finalidad de ingresar la información al programa Excel como base de datos y el software estadístico SPSS versión 23 para el análisis estadístico. Para el procesamiento y análisis estadístico de los datos se emplearon las técnicas estadísticas descriptivas e inferenciales. La estadística descriptiva se utilizó en la confección de tablas univariadas, y para la estadística inferencial se elaboraron tablas bivariadas con sus respectivas frecuencias absolutas y relativas. Se elaboraron gráficos de barras compuestas, en donde las variables cualitativas se expresaron en frecuencias y porcentajes para una mejor visualización de los resultados.

También se utilizó la prueba de Chi cuadrado como prueba de independencia para comparar relación entre las variables, y metodología de regresión logística binaria.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

TABLA N° 1

DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LOS PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS QUE DEMORAN Y NO DEMORAN EN EL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN ENERO A JUNIO DEL 2015

EDAD	DEMORA	NO DEMORA
18 - 25a	9 (9.3)	21 (48.8)
26 - 35a	18 (18.5)	7 (16.3)
36 - 45a	21 (21.7)	2 (4.7)
46 - 55a	16 (16.5)	3 (7)
56 - 65a	33 (34)	10 (23.2)
TOTAL	97 (100)	43 (100)

GRÁFICO N° 1

**DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LOS PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS
QUE DEMORAN Y NO DEMORAN EN EL ACCESO A LA ATENCIÓN
ESPECIALIZADA DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN
ENERO A JUNIO DEL 2015**

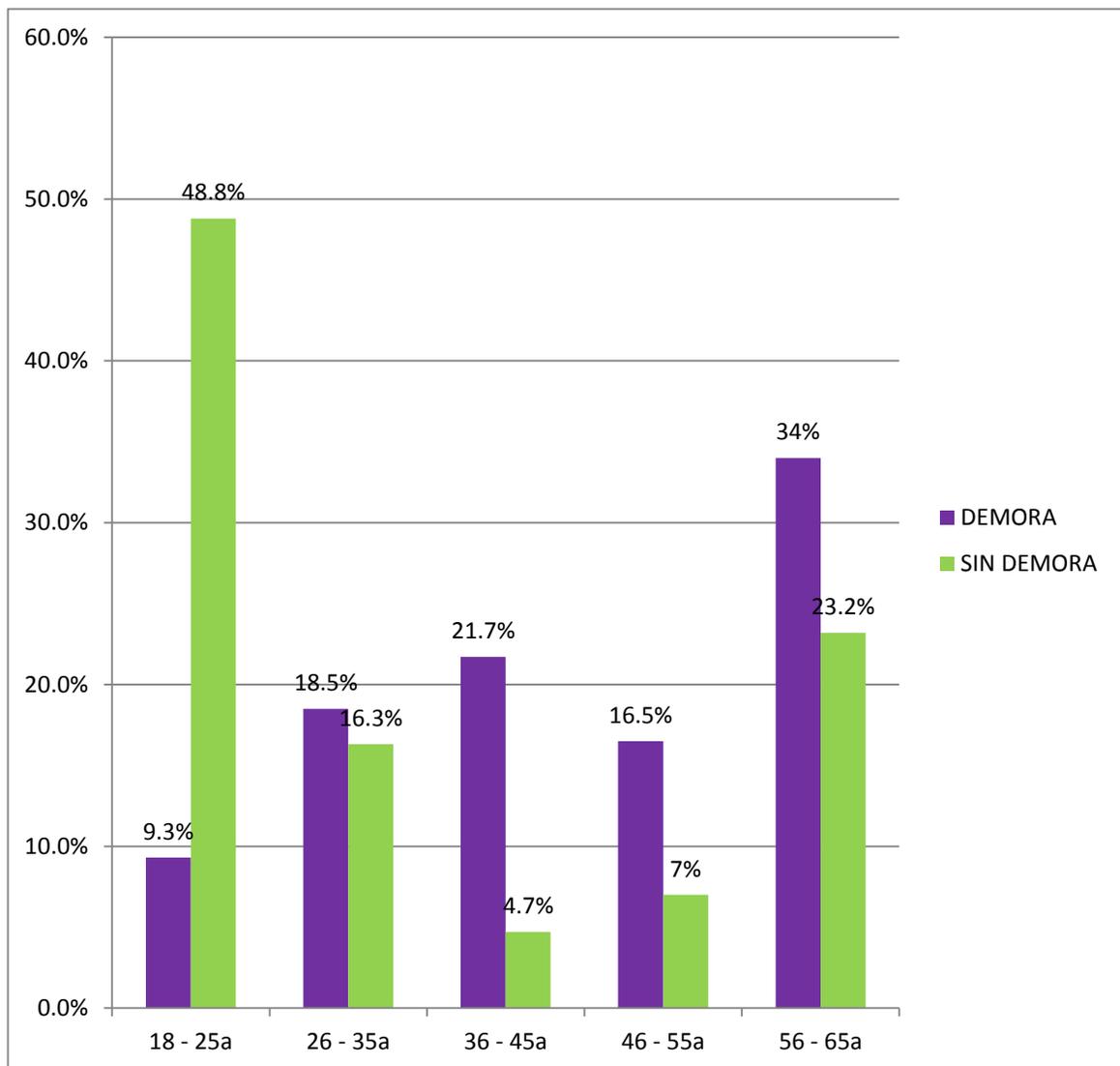


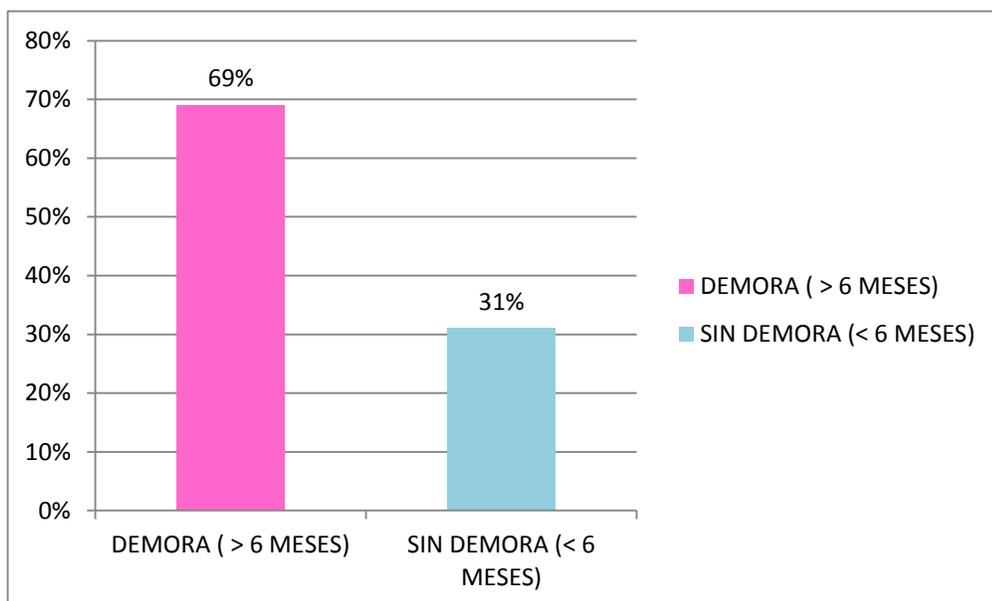
TABLA N° 2

**DISTRIBUCIÓN DE LA DEMORA Y NO DEMORA EN EL ACCESO A LA
ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS DEL
HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN
ENERO A JUNIO DEL 2015**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SI	97	69,3
	NO	43	30,7
	Total	140	100,0

GRÁFICO N° 2

**DISTRIBUCIÓN DE LA DE DEMORA Y SIN DEMORA EN EL ACCESO A LA
ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS DEL
HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN
ENERO A JUNIO DEL 2015**



4.1.1 FRECUENCIAS DE LOS FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS

TABLA N° 3

FRECUENCIA DEL GÉNERO EN PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS QUE DEMORAN Y NO DEMORAN AL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN ENERO A JUNIO DEL 2015

GENERO		DEMORA	SIN DEMORA
	FEMENINO	93 (95.9)	28(65.1)
	MASCULINO	4 (4.1)	15 (34.9)
	TOTAL	97 (100)	43 (100)

En la tabla 3 y gráfico 3 se puede observar la frecuencia del género en pacientes adultos depresivos que demora y no demoran al acceso a la atención especializada del Hospital Hermilio Valdizán.

Se encontró que la mayor frecuencia en el grupo que presentó demora en acceder a consulta especializada corresponde al género femenino, con un 95.9%, es decir, mientras que la frecuencia de hombres que demoran en acceder a la atención especializada fue de 4.1%.

GRÁFICO N° 3

FRECUENCIA DEL GÉNERO EN PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS QUE DEMORAN Y NO DEMORAN AL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN ENERO A JUNIO DEL 2015

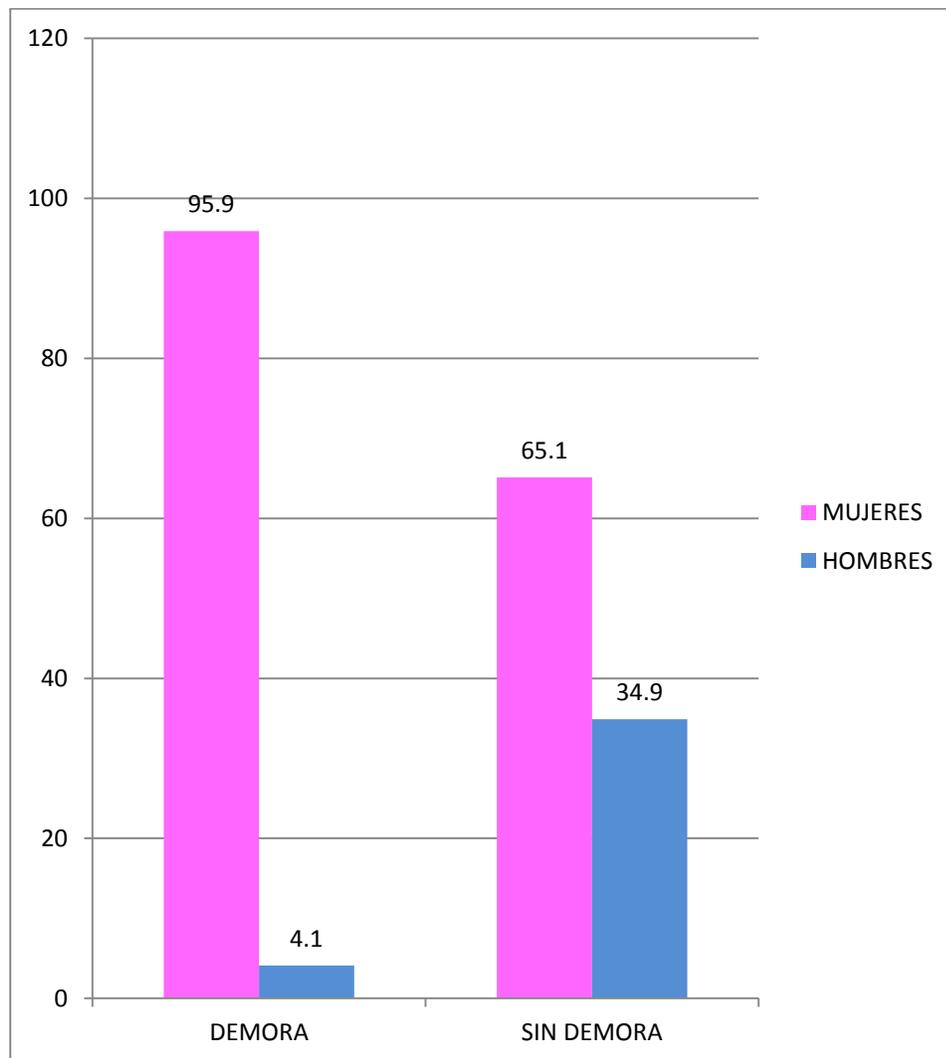


TABLA N° 4

**FRECUENCIA DEL ESTADO CIVIL EN PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS
QUE DEMORAN Y NO DEMORAN AL ACCESO A LA ATENCIÓN
ESPECIALIZADA EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN
ENERO A JUNIO DEL 2015**

ESTADO CIVIL	DEMORA	SIN DEMORA
SOLTERO (A)	71(73.2)	5(11.6)
CASADO (A)	13(13.4)	27(62.8)
CONVIVIENTE	6(6.1)	7(16.3)
DIVORCIADO (A)	2 (2.1)	1(2.3)
SEPARADO (A)	2 (2.1)	2(4.7)
VIDUO (A)	3 (3.1)	1(2.3)
TOTAL	97 (100)	43 (100)

En la tabla 4 y gráfico 4, se puede observar la frecuencia del estado civil en pacientes adultos depresivos que demoran y no demoran al acceso a la atención especializada del Hospital Hermilio Valdizán.

Se encontró que la mayor frecuencia en el grupo que presentó demora en acceder a consulta especializada corresponde a los solteros con un 73.2 %, a diferencia de los pacientes casados, quienes no demoran en acceder a la atención especializada, representado con un 62.8%.

GRÁFICO N° 4
FRECUENCIA DEL ESTADO CIVIL EN PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS
QUE DEMORAN Y NO DEMORAN AL ACCESO A LA ATENCIÓN
ESPECIALIZADA EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN
ENERO A JUNIO DEL 2015

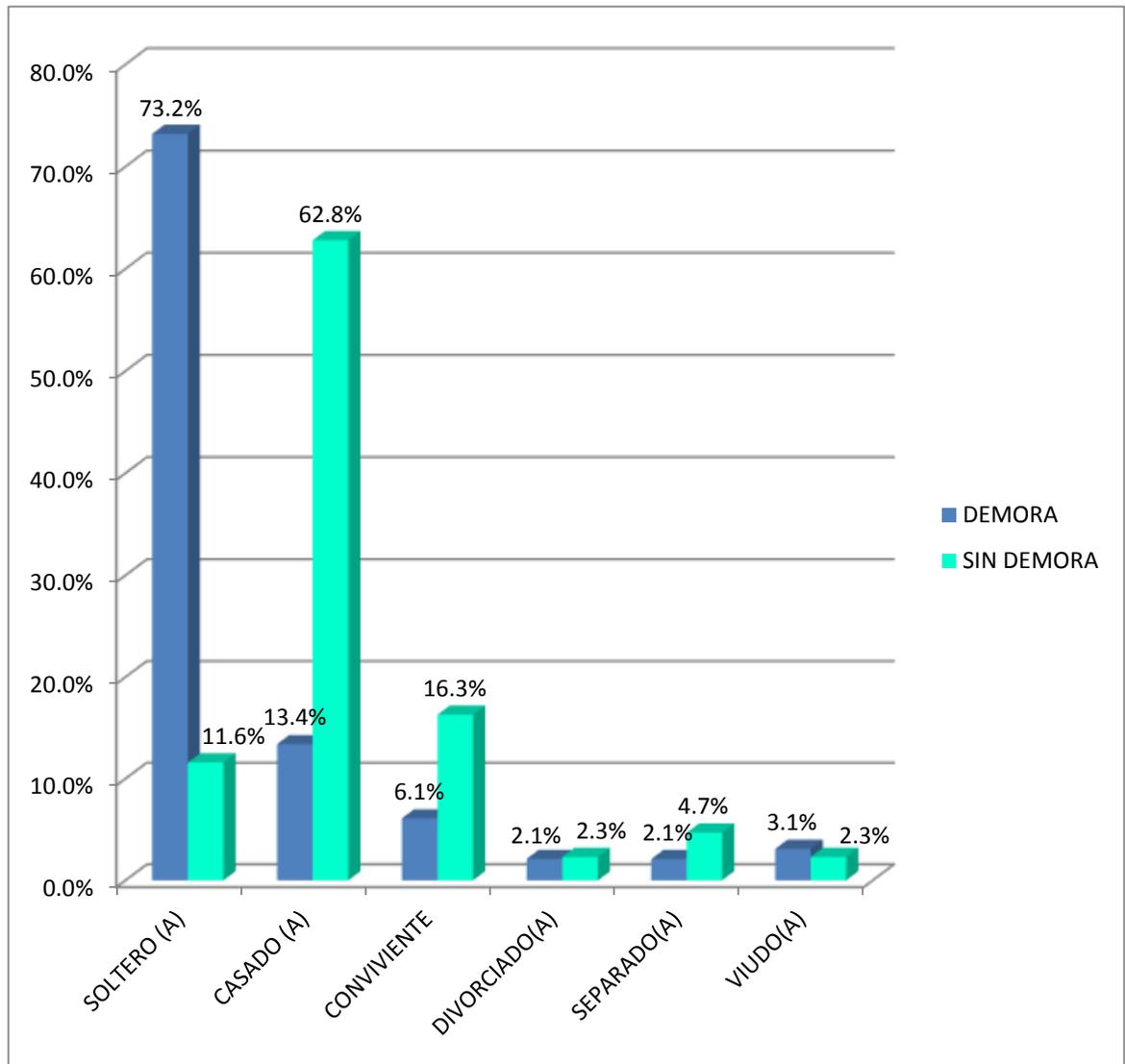


TABLA N° 5

**FRECUENCIA DE LA PROCEDENCIA EN PACIENTES ADULTOS
DEPRESIVOS QUE DEMORAN Y NO DEMORAN AL ACCESO A LA
ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN
ENERO A JUNIO DEL 2015**

PROCEDENCIA	DEMORA	SIN DEMORA
LIMA METROPOLITANA	89(91.8)	5(11.6)
SIERRA - URBANO	2(2.1)	16(37.2)
COSTA - URBANO	2(2.1)	12(27.9)
COSTA - RURAL	1(1)	3(7)
SIERRA - RURAL	1(1)	3(7)
SELVA - RURAL	1(1)	2(4.65)
SELVA - URBANO	1(1)	2(4.65)
TOTAL	97(100)	43(100)

En la tabla 5 y gráfico 5, se puede observar la frecuencia de la procedencia en pacientes adultos depresivos que demoran y no demoran al acceso a la atención especializada del Hospital Hermilio Valdizán.

Se encontró que la mayor frecuencia en el grupo que presentó demora en acceder a consulta especializada corresponde a los procedentes de Lima Metropolitana con un 91.8 %, mientras que el grupo con mayor frecuencia de pacientes que no demora en acceder a la atención especializada corresponde a los procedentes de sierra urbana, con un 37.2%.

GRÁFICO N° 5

FRECUENCIA DE LA PROCEDENCIA EN PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS QUE DEMORAN Y NO DEMORAN AL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN ENERO A JUNIO DEL 2015

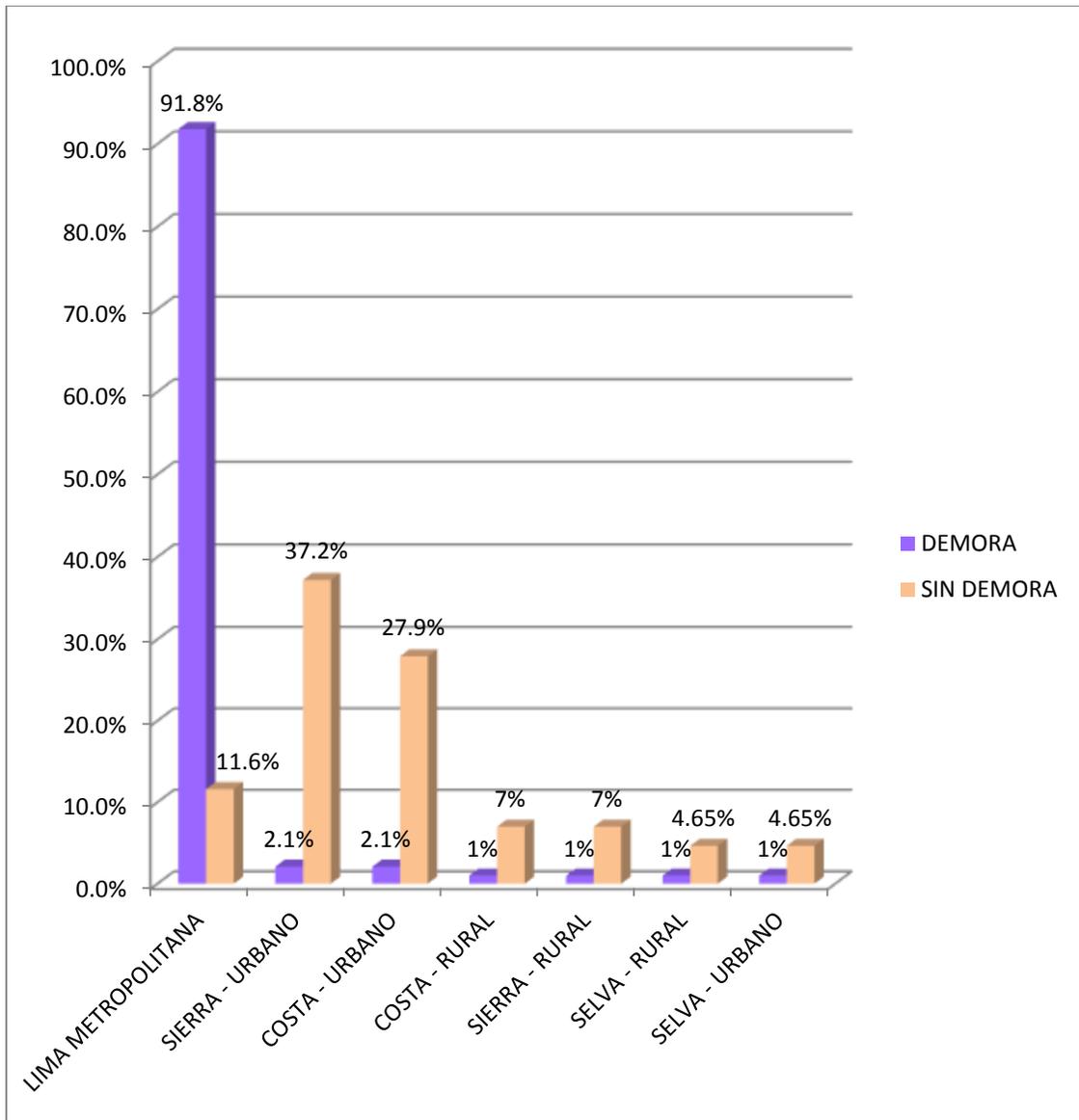


TABLA N° 6

**FRECUENCIA DEL GRADO DE INSTRUCCIÓN EN PACIENTES ADULTOS
DEPRESIVOS QUE DEMORAN Y NO DEMORAN AL ACCESO A LA
ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN
ENERO A JUNIO DEL 2015**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	DEMORA	SIN DEMORA
NINGUNA	3(3.1)	1(2.3)
PRIMARIA	17(17.5)	2(4.7)
SECUNDARIA	36(37.1)	5(11.6)
TECNICA	10(10.3)	2(4.7)
SUPERIOR	31(32)	33(76.7)
TOTAL	97(100)	43(100)

En la tabla 6 y gráfico 6, se puede observar la frecuencia del grado de instrucción en pacientes adultos depresivos que demoran y no demoran al acceso a la atención especializada del Hospital Hermilio Valdizán.

Se encontró que la mayor frecuencia en el grupo que presentó demora en acceder a consulta especializada corresponde a los pacientes que han cursado secundaria, representado por 37.1%, a diferencia de los pacientes con grado de instrucción superior, quienes fueron los que presentaron mayor frecuencia en no demorar en acceder a la atención especializada, con un 76.7%.

GRÁFICO N° 6

FRECUENCIA DEL GRADO DE INSTRUCCIÓN EN PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS QUE DEMORAN Y NO DEMORAN AL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL HOSPITAL HERMILO VALDIZÁN ENERO A JUNIO DEL 2015

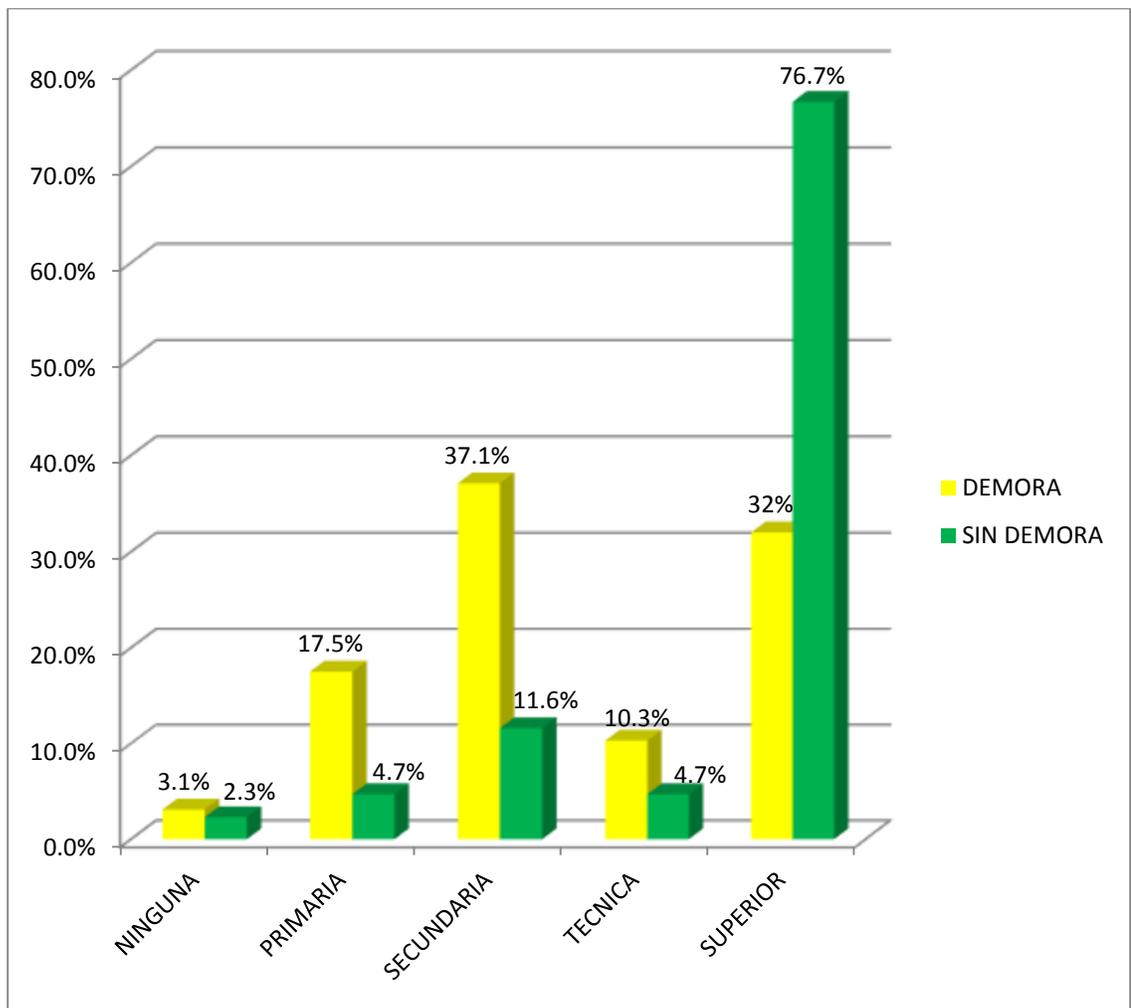


TABLA N° 7

**FRECUENCIA DE LA RELIGIÓN EN PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS
QUE DEMORAN Y NO DEMORAN AL ACCESO A LA ATENCIÓN
ESPECIALIZADA EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN
ENERO A JUNIO DEL 2015**

RELIGION	DEMORA	SIN DEMORA
CATOLICO (A)	80(82.5)	5(11.6)
CRISTIANO-EVANGELICO(A)	6(6.2)	21(48.8)
TESTIGO DE JEHOVA	4(4.1)	12(28)
OTROS	3(3.1)	2(4.65)
ADVENTISTA	3(3.1)	2(4.65)
MORMON	1(1)	1(2.3)
TOTAL	97(100)	43(100)

En la tabla 7 y gráfico 7, se puede observar la frecuencia de la religión en pacientes adultos depresivos que demoran y no demoran al acceso a la atención especializada del Hospital Hermilio Valdizán.

Se encontró que la mayor frecuencia en el grupo que presentó demora en acceder a consulta especializada corresponde a los pacientes católicos con un 82.5 %, a diferencia de los pacientes cristianos - evangélicos quienes representan la mayor frecuencia de pacientes que no demoran en acceder a la atención especializada, con un 48.8%.

GRÁFICO N° 7

FRECUENCIA DE LA RELIGIÓN EN PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS QUE DEMORAN Y NO DEMORAN AL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN ENERO A JUNIO DEL 2015

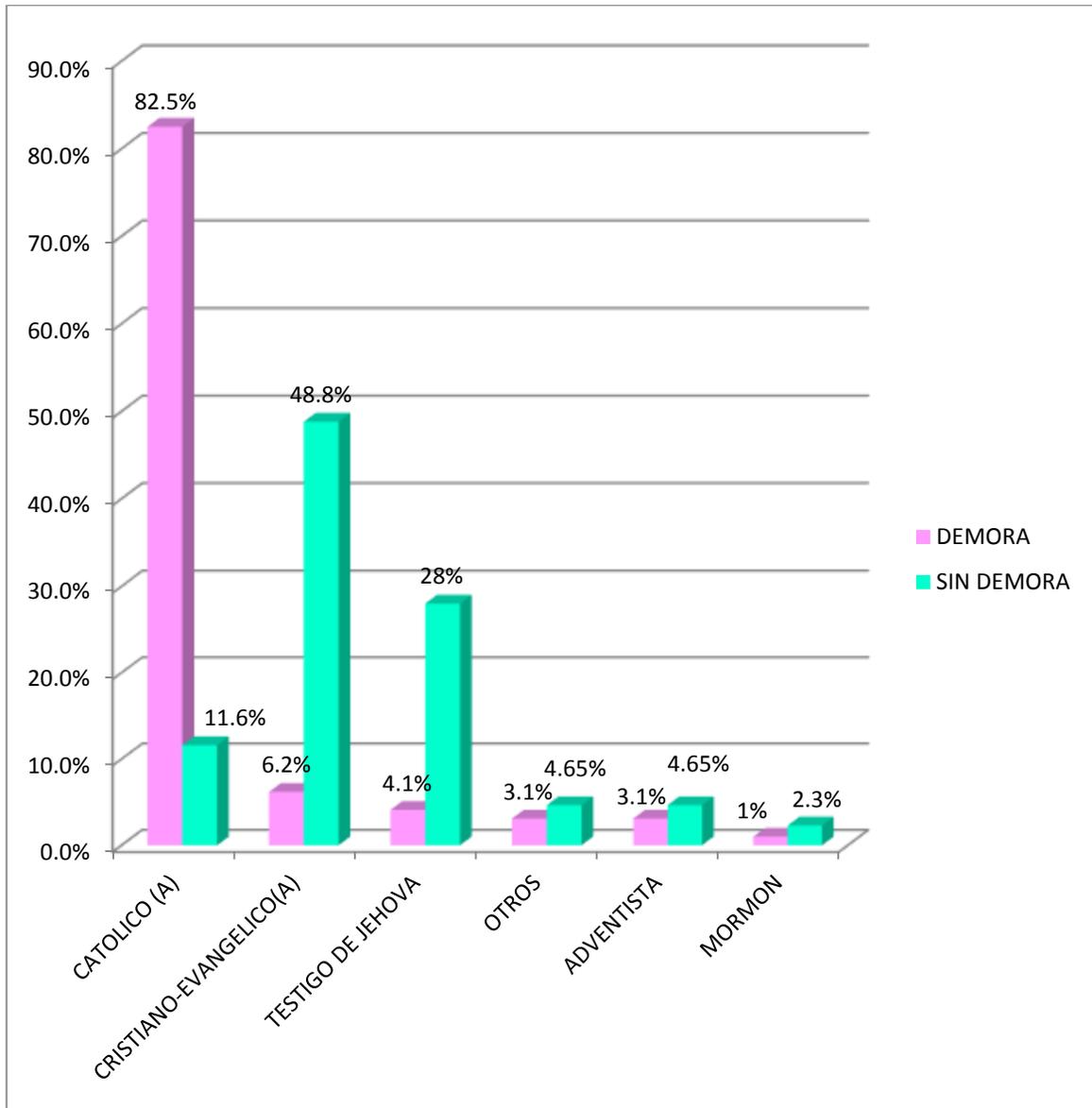


TABLA N° 8

**FRECUENCIA DEL NIVEL ECONÓMICO EN PACIENTES ADULTOS
DEPRESIVOS QUE DEMORAN Y NO DEMORAN AL ACCESO A LA
ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN
ENERO A JUNIO DEL 2015**

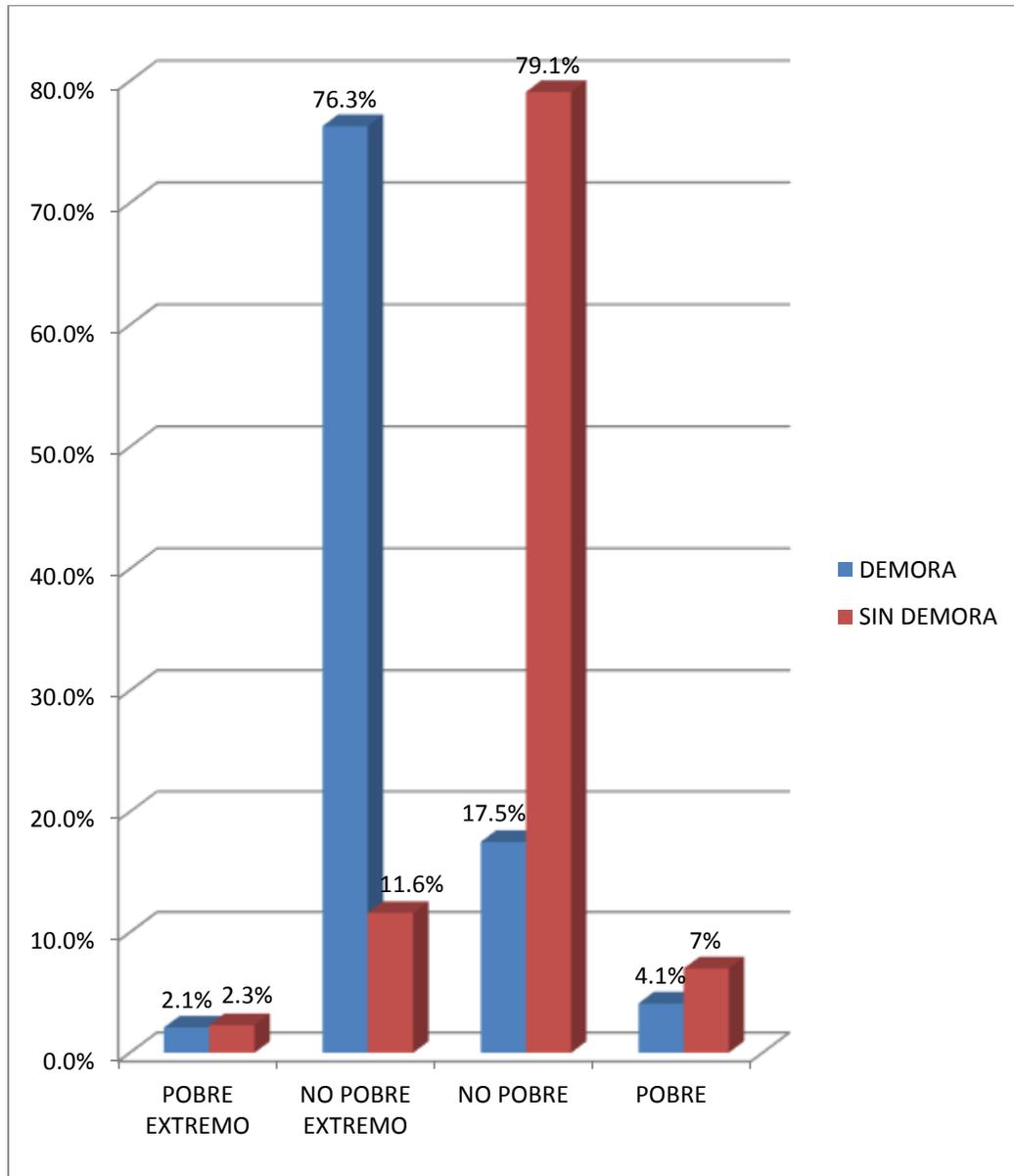
NIVEL ECONOMICO	DEMORA	SIN DEMORA
POBRE EXTREMO	2(2.1)	1(2.3)
NO POBRE EXTREMO	74(76.3)	5(11.6)
NO POBRE	17(17.5)	34(79.1)
POBRE	4(4.1)	3(7)
TOTAL	97(100)	43(100)

En la tabla 8 y gráfico 8, se puede observar la frecuencia del nivel económico en pacientes adultos depresivos que demoran y no demoran al acceso a la atención especializada del Hospital Hermilio Valdizán.

Se encontró que la mayor frecuencia en el grupo que presentó demora en acceder a consulta especializada corresponde a los no pobre extremos con un 76.3 %, a diferencia de los pacientes no pobres, quienes representan la mayor frecuencia de no demorar en acceder a la atención especializada con in 79.1%.

GRÁFICO N° 8

**FRECUENCIA DEL NIVEL ECONÓMICO EN PACIENTES ADULTOS
DEPRESIVOS QUE DEMORAN Y NO DEMORAN AL ACCESO A LA
ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN
ENERO A JUNIO DEL 2015**



5.1.2 FRECUENCIAS DE LOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS

FRECUENCIA DE TOMA DE DECISIONES

TABLA N° 9

FRECUENCIA DE PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS, QUE DECIDIERON BUSCAR ATENCION MÉDICA POR CUENTA PROPIA, QUE DEMORAN Y NO DEMORAN AL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN ENERO A JUNIO DEL 2015

DECIDIO POR CUENTA PROPIA BUSCAR ATENCION MEDICA	DEMORA	SIN DEMORA
SI	23(23.7)	2(4.7)
NO	74(76.3)	41(95.3)
TOTAL	97(100)	43(100)

En la tabla 9 y gráfico 9, se puede observar la frecuencia de pacientes adultos depresivos que decidieron buscar atención médica por cuenta propia, que demoran y no demoran al acceso a la atención especializada del Hospital Hermilio Valdizán.

Se encontró que la mayor frecuencia en el grupo que presentó demora en acceder a consulta especializada corresponde aquellos pacientes no decidieron buscar atención médica por cuenta propia, con un 76.3 %, a diferencia de los pacientes que decidieron buscar atención médica por cuenta propia, y no demoraron en acceder a la atención especializada, representado por un 4.7 %.

GRÁFICO N° 9

FRECUENCIA DE PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS, QUE DECIDIERON BUSCAR ATENCION MÉDICA POR CUENTA PROPIA, QUE DEMORAN Y NO DEMORAN AL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL HOSPITAL HERMILO VALDIZÁN ENERO A JUNIO DEL 2015

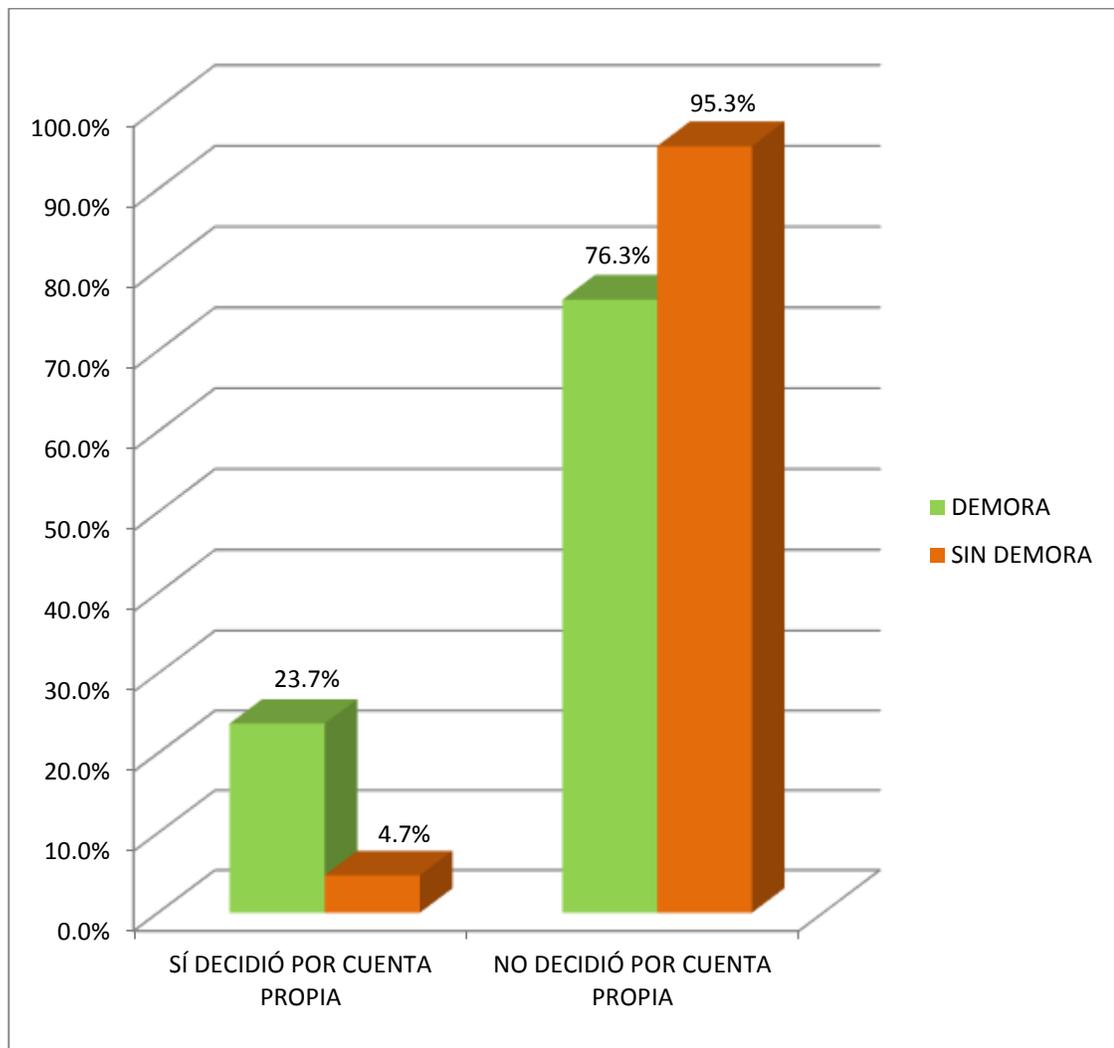


TABLA N° 10

**FRECUENCIA DE PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS, QUIENES
HICIERON SABER SOBRE SUS SÍNTOMAS, QUE DEMORAN Y NO
DEMORAN AL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL
HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN
ENERO A JUNIO DEL 2015**

LE HIZO SABER A ALGUIEN SOBRE SUS SINTOMAS	DEMORA	SIN DEMORA
SI	89(91.8)	5(11.6)
NO	8(8.2)	38(88.4)
TOTAL	97(100)	43(100)

En la tabla 10 y gráfico 10, se puede observar la frecuencia de pacientes adultos depresivos quienes hicieron saber a alguien sobre sus síntomas, que demoran y no demoran al acceso a la atención especializada del Hospital Hermilio Valdizán. Se encontró que la mayor frecuencia en el grupo que presentó demora en acceder a consulta especializada corresponde aquellos pacientes sí hicieron saber sobre sus síntomas, representado por un 91.8%, a diferencia de los pacientes que no hicieron saber sus síntomas y demoraron en acceder a la atención especializada, siendo el grupo menos frecuente, representado por un 8.2 %.

GRÁFICO N° 10

FRECUENCIA DE PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS, QUIENES HICIERON SABER SOBRE SUS SÍNTOMAS, QUE DEMORAN Y NO DEMORAN AL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN ENERO A JUNIO DEL 2015

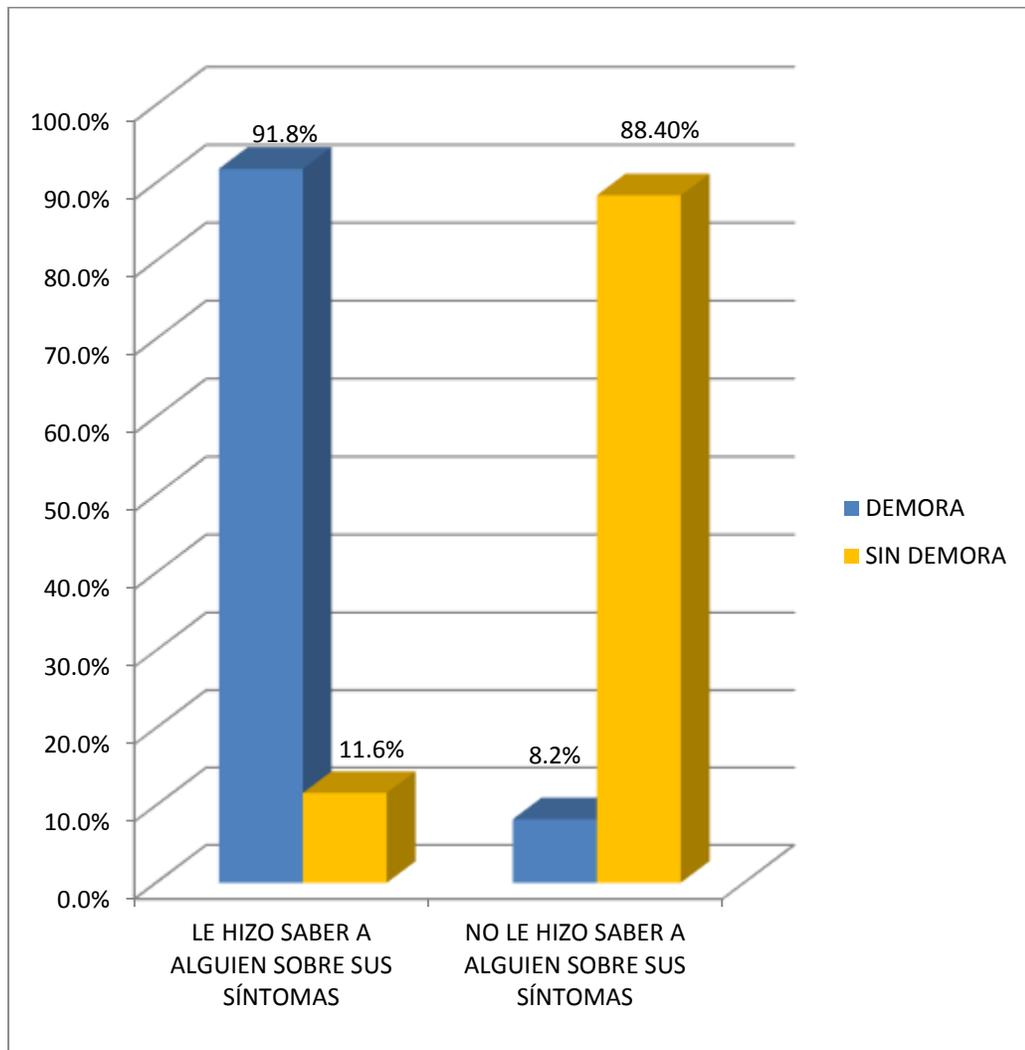


TABLA N° 11

**FRECUENCIA DE PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS, QUIENES
ACUDIERON A DONDE LO DERIVARON, QUE DEMORAN Y NO DEMORAN
AL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL HOSPITAL HERMILIO
VALDIZÁN
ENERO A JUNIO DEL 2015**

ACUDIO DONDE LO DERIVARON	DEMORA	SIN DEMORA	TOTAL
SI	6(18.2)	16(76.2)	22
NO	27(81.8)	5(23.8)	32
TOTAL	33(100)	21(100)	54

En la tabla 11 y gráfico 11, se puede observar la frecuencia de pacientes adultos depresivos quienes acudieron a donde los derivaron, que demoran y no demoran al acceso a la atención especializada del Hospital Hermilio Valdizán.

Se encontró que la mayor frecuencia en el grupo que presentó demora en acceder a consulta especializada corresponde aquellos pacientes quienes no acudieron a donde los derivaron, representado por un 81.8 %, a diferencia de los pacientes que sí acudieron a donde los derivaron y no demoraron en acceder a la atención especializada, representado por un 76.2%.

GRÁFICO N° 11

FRECUENCIA DE PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS, QUIENES ACUDIERON A DONDE LO DERIVARON, QUE DEMORAN Y NO DEMORAN AL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN ENERO A JUNIO DEL 2015

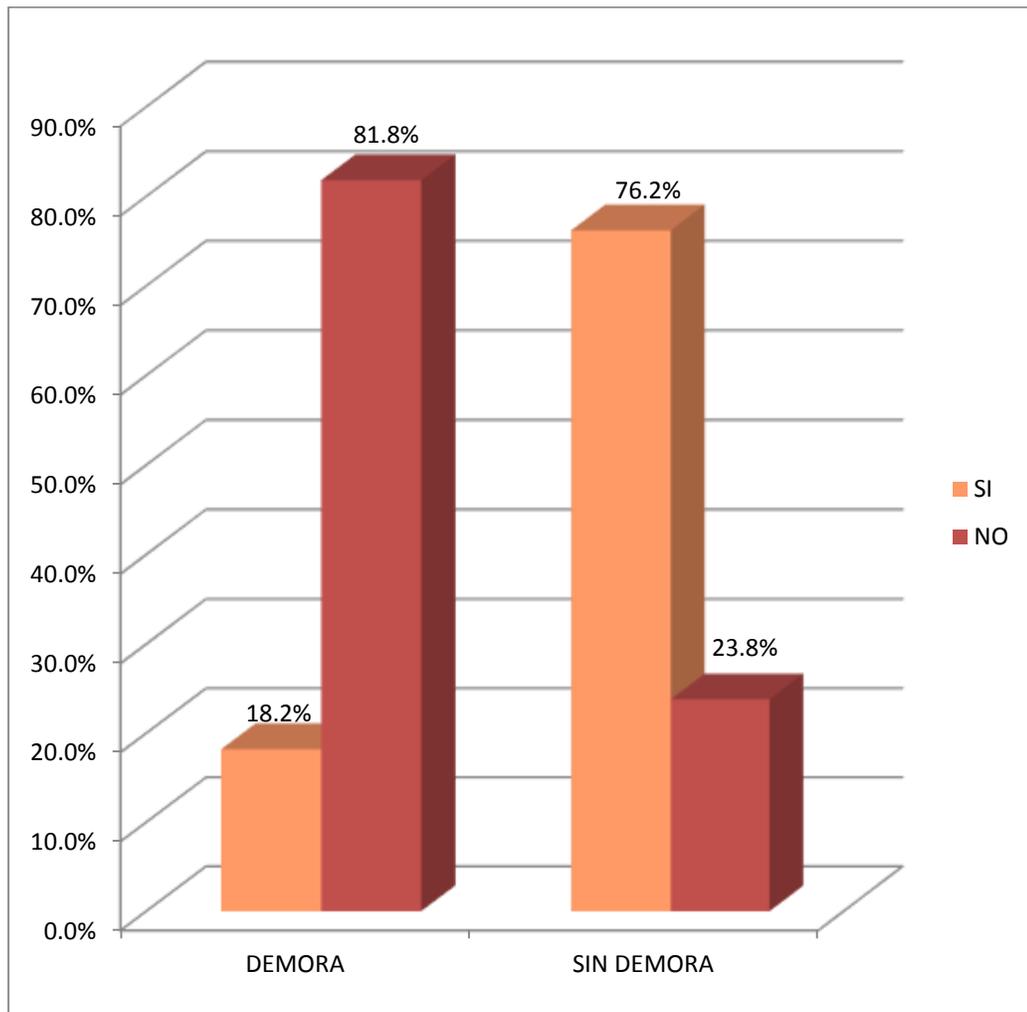


TABLA N° 12

FRECUENCIA DE LA DISPOSICIÓN A TOMAR LO QUE EL PSIQUIATRA LES RECETE, EN PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS QUE DEMORAN Y NO DEMORAN AL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN ENERO A JUNIO DEL 2015

DISPOSICION A TOMAR LO QUE EL PSIQUIATRA RECETE	DEMORA	SIN DEMORA
SI	95(98)	37(86)
NO	2(2)	6(14)
TOTAL	97(100)	43(100)

En la tabla 12 y gráfico 12, se puede observar la frecuencia de la disposición a tomar lo que el psiquiatra les recete, en pacientes adultos depresivos que demoran y no demoran al acceso a la atención especializada del Hospital Hermilio Valdizán. Se encontró que la mayor frecuencia en el grupo que presentó demora en acceder a consulta especializada corresponde aquellos pacientes quienes sí se encontraban dispuestos a tomar lo que el psiquiatra les recete, representado por un 98 %, a diferencia de los pacientes que no estaban dispuestos a tomar lo que el psiquiatra les recete, quienes representan la menor frecuencia, con 2%, en demorar en acceder a la atención especializada.

GRÁFICO N° 12

FRECUENCIA DE LA DISPOSICIÓN A TOMAR LO QUE EL PSIQUIATRA LES RECETE, EN PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS QUE DEMORAN Y NO DEMORAN AL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL HOSPITAL HERMILO VALDIZÁN ENERO A JUNIO DEL 2015

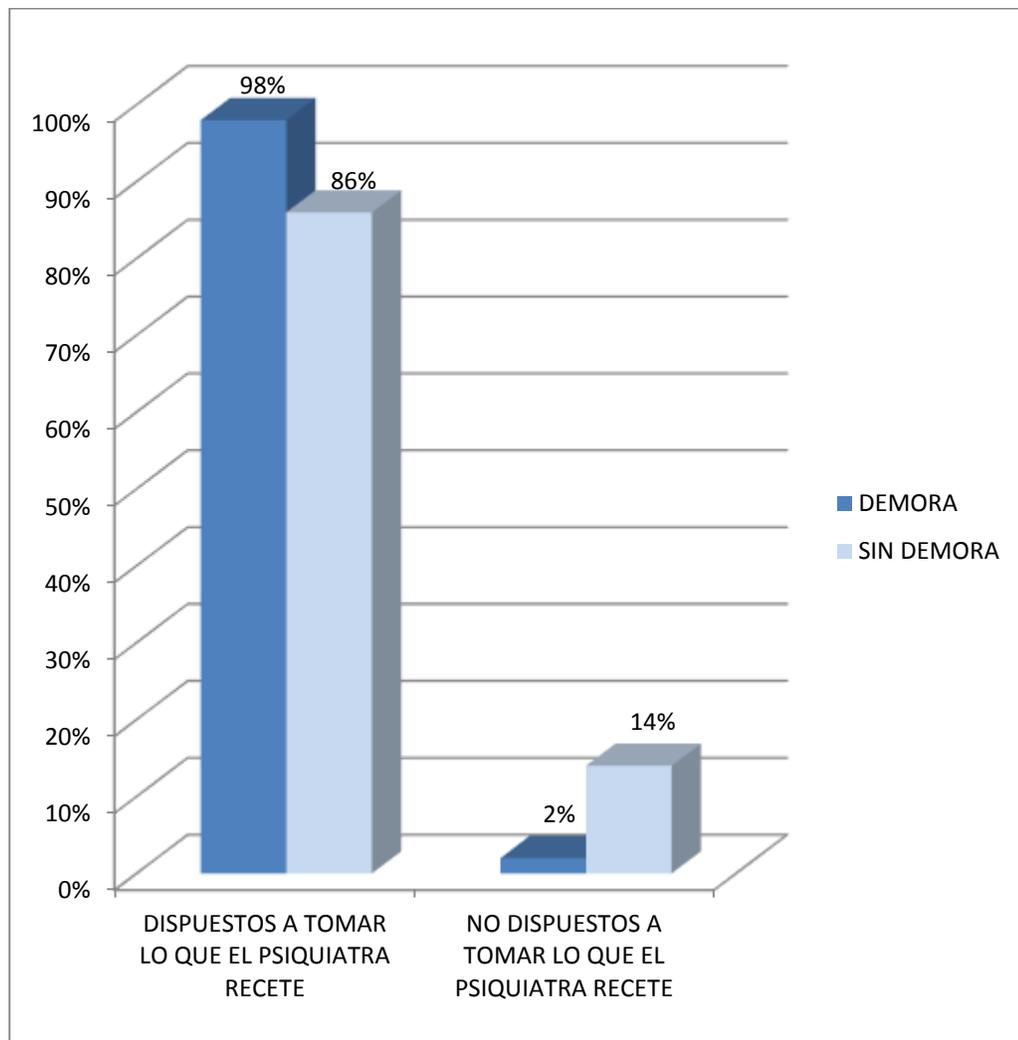


TABLA N° 13

FRECUENCIA DE PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS QUE DECIDIERON TOMAR YERBAS O PREPARADOS PORQUE PENSARON QUE LOS SANARÍA, QUE DEMORAN Y NO DEMORAN AL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN ENERO A JUNIO DEL 2015

DECIDIO TOMAR YERBAS O PREPARADOS PORQUE PENSO QUE LO SANARÍA	DEMORA	SIN DEMORA
SI	86(88.7)	5(11.6)
NO	11(11.3)	38(88.4)
TOTAL	97(100)	43(100)

En la tabla 13 y gráfico 13, se puede observar la frecuencia de pacientes adultos depresivos que decidieron tomar yerbas o preparados porque pensaron que los sanaría, que demoran y no demoran al acceso a la atención especializada del Hospital Hermilio Valdizán.

Se encontró que la mayor frecuencia en el grupo que presentó demora en acceder a consulta especializada corresponde aquellos pacientes quienes decidieron tomar yerbas o preparados porque pensaron que los sanaría, representado por un 88.7 %, a diferencia de los pacientes que no decidieron tomar yerbas o preparados, quienes representan la mayor frecuencia de pacientes que no demoran en acceder a la atención especializada, con 88.4%.

GRÁFICO N° 13

FRECUENCIA DE PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS QUE DECIDIERON TOMAR YERBAS O PREPARADOS PORQUE PENSARON QUE LOS SANARÍA, QUE DEMORAN Y NO DEMORAN AL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN ENERO A JUNIO DEL 2015

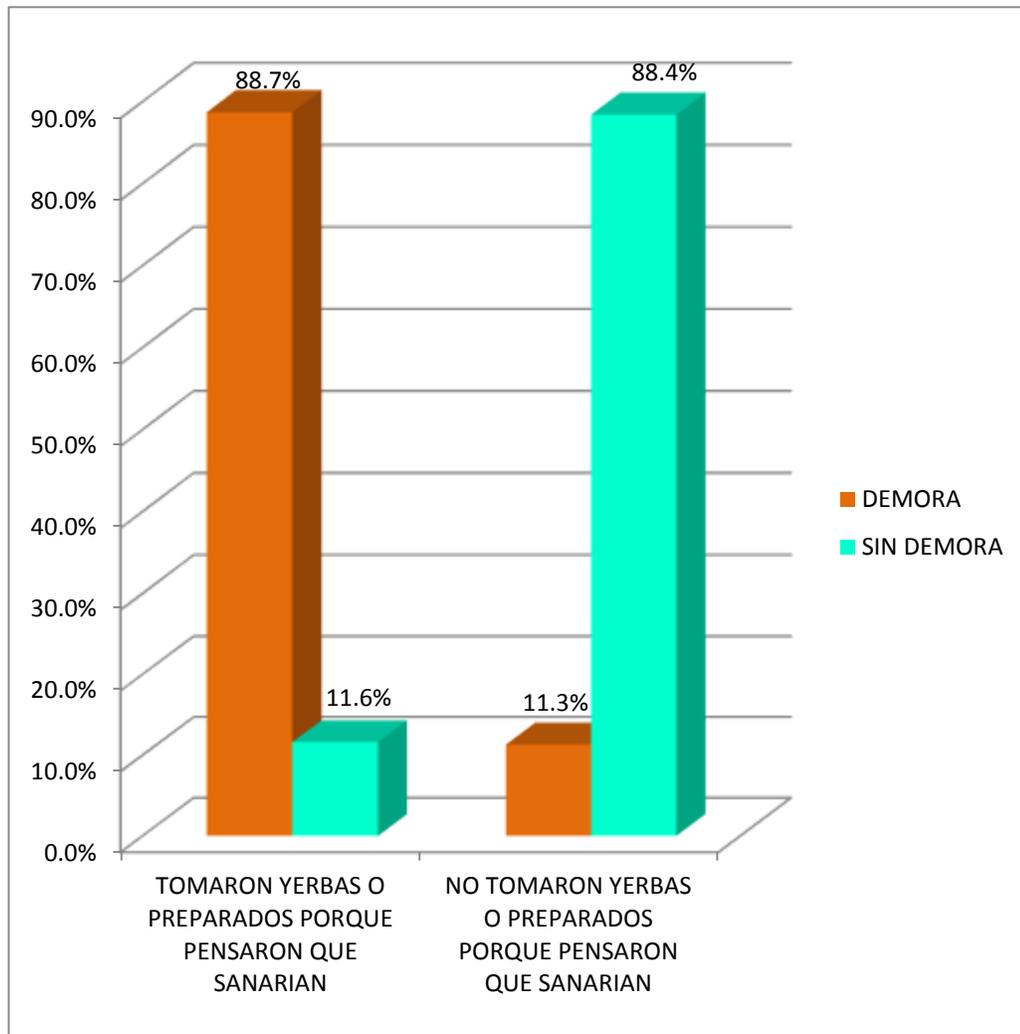


TABLA N° 14

FRECUENCIA DE PERSONAS A QUIENES LES HICIERON SABER SUS SÍNTOMAS, EN PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS QUE DEMORAN Y NO DEMORAN AL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN ENERO A JUNIO DEL 2015

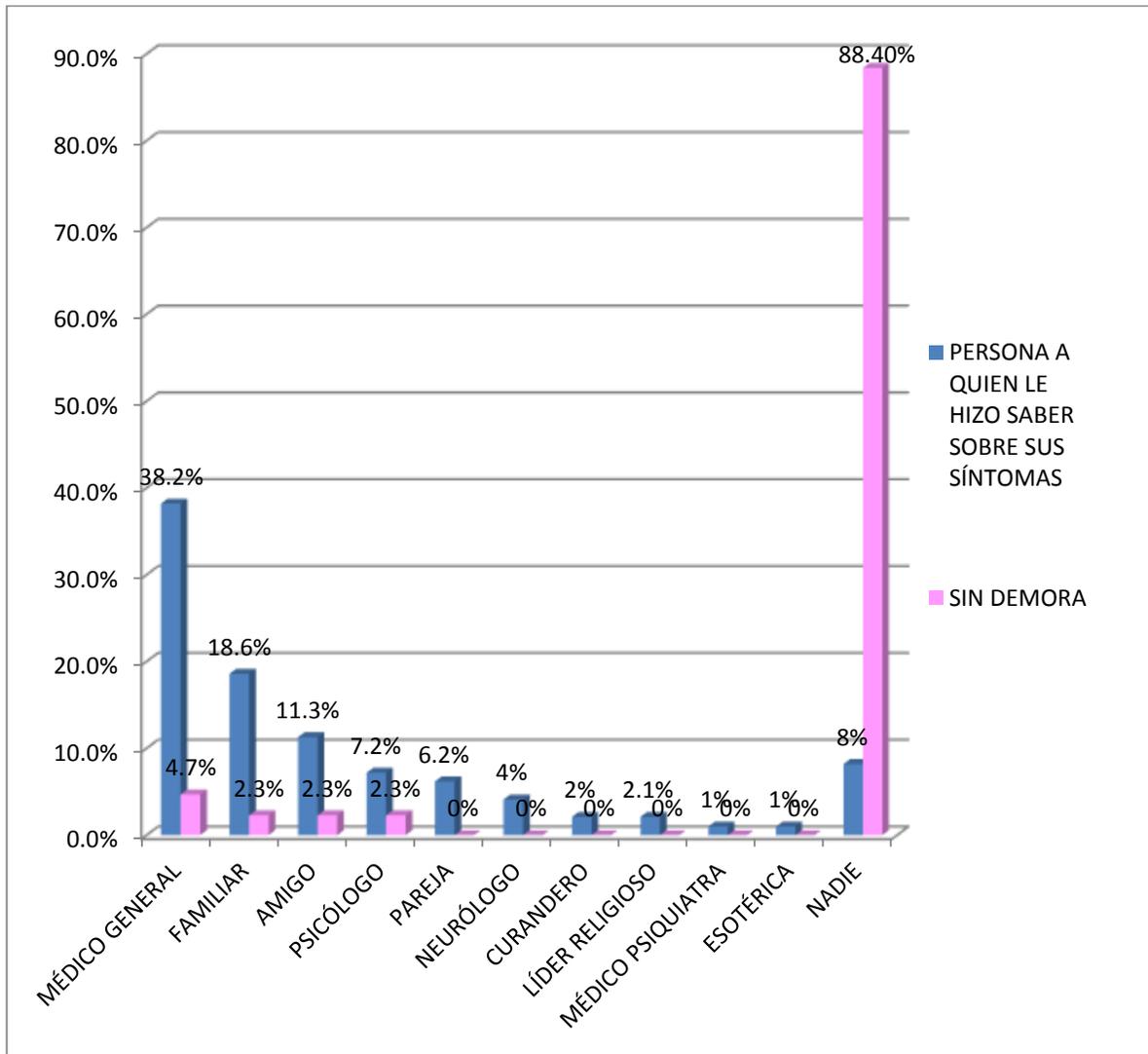
PERSONA A QUIEN LE HIZO SABER SOBRE SUS SÍNTOMAS	DEMORA	SIN DEMORA
MÉDICO GENERAL	37(38.2)	2(4.7)
FAMILIAR	18(18.6)	1(2.3)
AMIGO	11(11.3)	1(2.3)
PSICÓLOGO	7(7.2)	1(2.3)
PAREJA	6(6.2)	0(0)
NEURÓLOGO	4(4.1)	0(0)
CURANDERO	2(2.1)	0(0)
LÍDER RELIGIOSO	2(2.1)	0(0)
MÉDICO PSIQUIATRA	1(1)	0(0)
ESOTÉRICA	1(1)	0(0)
NADIE	8(8.2)	38(88.4)
TOTAL	97(100)	43(100)

En la tabla 14 y gráfico 14, se puede observar la frecuencia de personas a quienes les hicieron saber sobre sus síntomas, en pacientes adultos depresivos que demoran y no demoran al acceso a la atención especializada del Hospital Hermilio Valdizán.

Se encontró que la mayor frecuencia en el grupo que presentó demora en acceder a consulta especializada corresponde aquellos pacientes quienes decidieron hacerle saber sobre sus síntomas al médico general, representado por un 38.2 %, a diferencia de los pacientes que no decidieron contar sobre sus síntomas, quienes representan la mayor frecuencia de pacientes que no demoran en acceder a la atención especializada, con 88.4%.

GRÁFICO N° 14

FRECUENCIA DE PERSONAS A QUIENES LES HICIERON SABER SUS SÍNTOMAS, EN PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS QUE DEMORAN Y NO DEMORAN AL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL HOSPITAL HERMILO VALDIZÁN ENERO A JUNIO DEL 2015



5.1.3 FRECUENCIAS DEL ENTORNO DEL PACIENTE

INFLUENCIA DEL ESTIGMA, PREJUICIO O DISCRIMINACIÓN DEL ENTORNO SOCIAL

TABLA N° 15
FRECUENCIA DE RAZONES POR LAS NO HICIERON SABER SOBRE SUS SÍNTOMAS LOS PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS QUE DEMORAN Y NO DEMORAN AL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN
ENERO A JUNIO DEL 2015

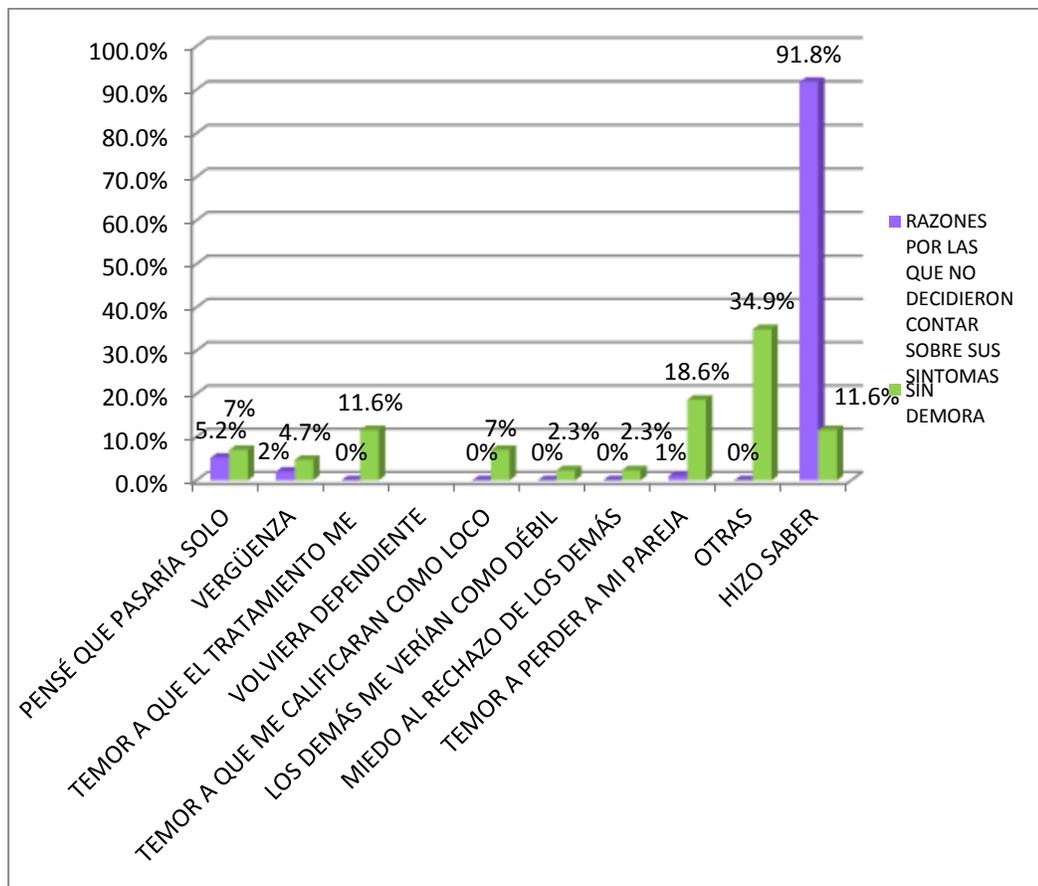
RAZON(ES) POR LAS QUE NO DECIDIERON CONTAR SOBRE SUS SÍNTOMAS	DEMORA	SIN DEMORA
PENSÉ QUE PASARÍA SOLO	5(5.2)	3(7)
VERGÜENZA	2(2)	2(4.7)
TEMOR A QUE EL TRATAMIENTO ME VOLVIERA DEPENDIENTE	0(0)	5(11.6)
TEMOR A QUE ME CALIFICARAN COMO LOCO	0(0)	3(7)
LOS DEMÁS ME VERÍAN COMO DÉBIL	0(0)	1(2.3)
MIEDO AL RECHAZO DE LOS DEMÁS	0(0)	1(2.3)
TEMOR A PERDER A MI PAREJA	1(1)	8(18.6)
OTRAS	0(0)	15(34.9)
HIZO SABER	89(91.8)	5(11.6)
TOTAL	97(100)	43(100)

En la tabla 15 y gráfico 15, se puede observar la frecuencia de razones por las que no hicieron saber sobre sus síntomas los pacientes adultos depresivos que demoran y no demoran al acceso a la atención especializada del Hospital Hermilio Valdizán.

Se encontró que la mayor frecuencia en el grupo que presentó demora en acceder a consulta especializada corresponde aquellos pacientes quienes pensaron que

los síntomas le pasarían solo con un 5.2 %, a diferencia de aquellos pacientes que tenían otras razones por las que no decidieron contar sus síntomas, representando la mayor frecuencia en no demorar al acceso a la atención especializada, con un 34.9%.

GRÁFICO N° 15
FRECUENCIA DE RAZONES POR LAS NO HICIERON SABER SOBRE SUS SÍNTOMAS LOS PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS QUE DEMORAN Y NO DEMORAN AL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL HOSPITAL HERMILO VALDIZÁN ENERO A JUNIO DEL 2015



PREJUICIOS SOBRE EL ESPECIALISTA, DEPRESIÓN Y GÉNERO

TABLA N° 16

FRECUENCIA DE LOS PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS QUE CREEN QUE LA DEPRESIÓN ES EXCLUSIVAMENTE DE LAS MUJERES, QUE DEMORAN Y NO DEMORAN AL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN ENERO A JUNIO DEL 2015

CREE QUE LA DEPRESION ES EXCLUSIVAMENTE DE LAS MUJERES	DEMORA	SIN DEMORA
SI	34(35)	11(25.6)
NO	63(65)	32(74.4)
TOTAL	97(100)	43(100)

En la tabla 16 y gráfico 16, se puede observar la frecuencia de los pacientes adultos depresivos que creen que la depresión es exclusivamente de las mujeres, que demoran y no demoran al acceso a la atención especializada del Hospital Hermilio Valdizán.

Se encontró que la mayor frecuencia en el grupo que presentó demora en acceder a consulta especializada corresponde aquellos pacientes no creen que la depresión es exclusivamente de las mujeres, con un 65 %, a diferencia de los pacientes que sí creen que la depresión es exclusivamente de las mujeres, con menor frecuencia en demorar en acceder a la atención especializada, representado por 35%.

GRÁFICO N° 16

FRECUENCIA DE LOS PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS QUE CREEN QUE LA DEPRESIÓN ES EXCLUSIVAMENTE DE LAS MUJERES, QUE DEMORAN Y NO DEMORAN AL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN ENERO A JUNIO DEL 2015

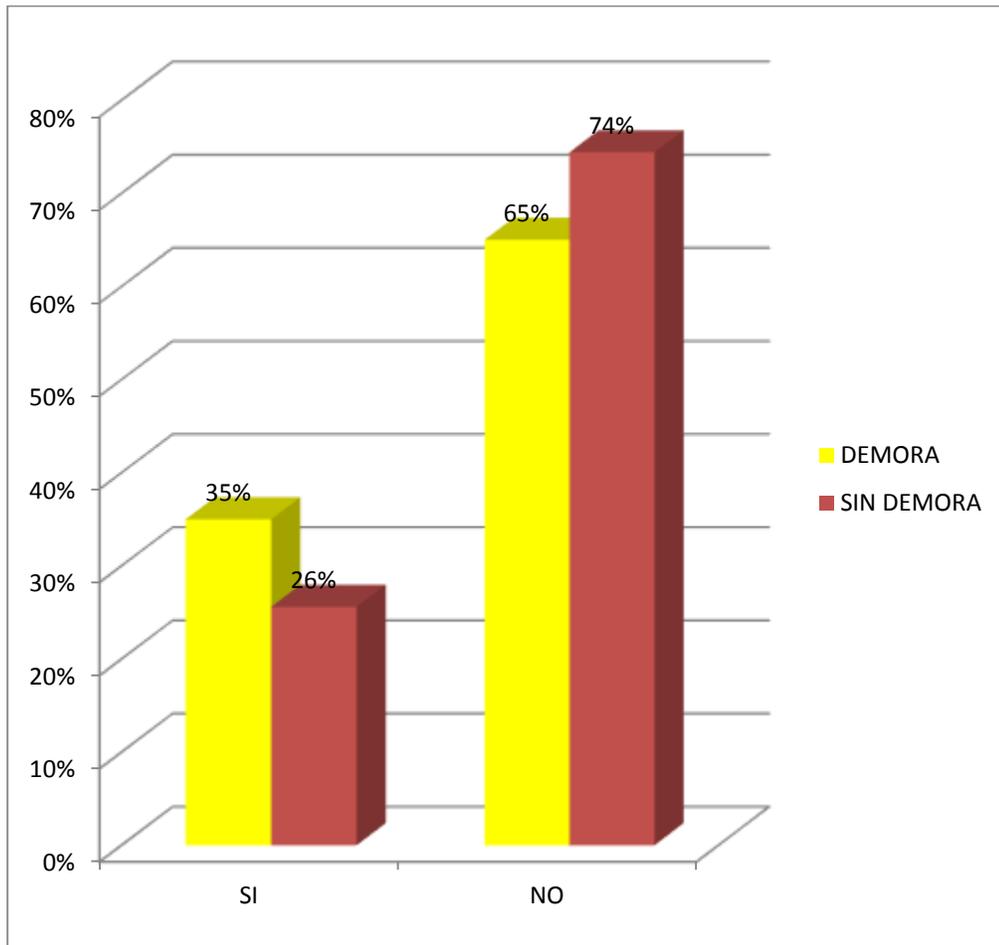


TABLA N° 17

FRECUENCIA DE LOS PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS QUE ASOCIAN LA DEPRESIÓN A FALTA DE CARÁCTER, QUE DEMORAN Y NO DEMORAN AL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN ENERO A JUNIO DEL 2015

ASOCIA DEPRESION A FALTA DE CARÁCTER	DEMORA	SIN DEMORA
SI	49(50.5)	5(11.6)
NO	48(49.5)	38(88.4)
TOTAL	97(100)	43(100)

En la tabla 17 y gráfico 17, se puede observar la frecuencia de los pacientes adultos depresivos asocian la depresión a falta de carácter, que demoran y no demoran al acceso a la atención especializada del Hospital Hermilio Valdizán. Se encontró que la mayor frecuencia en el grupo que presentó demora en acceder a consulta especializada corresponde aquellos pacientes que asocian la depresión a falta de carácter, con un 50.5%, a diferencia de los pacientes que no asocian la depresión a falta de carácter, con mayor frecuencia en no demorar en acceder a la atención especializada, representado por 88.4%.

GRÁFICO N° 17

FRECUENCIA DE LOS PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS QUE ASOCIAN LA DEPRESIÓN A FALTA DE CARÁCTER, QUE DEMORAN Y NO DEMORAN AL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL HOSPITAL HERMILO VALDIZÁN ENERO A JUNIO DEL 2015

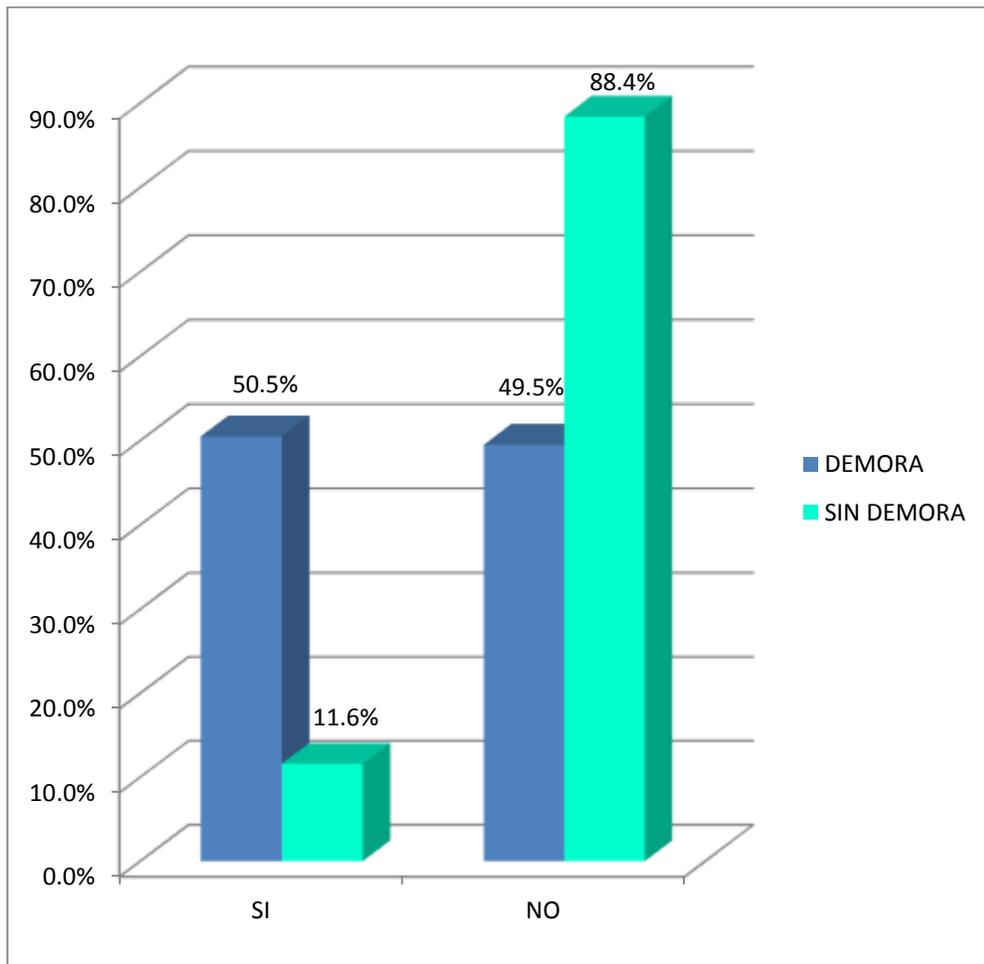


TABLA N° 18

FRECUENCIA CON QUE RELACIONARON LA PALABRA PSIQUIATRA LA PRIMERA VEZ QUE LO ESCUCHARON, EN PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS QUE DEMORAN Y NO DEMORAN AL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN ENERO A JUNIO DEL 2015

RELACIONA LA PALABRA PSIQUIATRA CON	DEMORA	SIN DEMORA
PERSONA QUE TRATA LOCOS	92(94.8)	6(14)
DOCTOR ESPECIALISTA	4(4.2)	36(83.7)
PERSONA QUE TRATA CON ENDEMONIADOS O POSEIDOS	1(1)	1(2.3)
TOTAL	97(100)	43(100)

En la tabla 18 y gráfico 18, se puede observar la frecuencia con que relacionaron la palabra psiquiatra la primera vez que lo escucharon, en pacientes adultos que demoran y no demoran al acceso a la atención especializada del Hospital Hermilio Valdizán.

Se encontró que la mayor frecuencia en el grupo que presentó demora en acceder a consulta especializada corresponde aquellos pacientes que relacionaron la palabra psiquiatra con persona que trata locos, con un 94.8 %, a diferencia de los pacientes que relacionaron la palabra psiquiatra con doctor especialista, con mayor frecuencia en no demorar en acceder a la atención especializada, representado por 83.7%.

GRÁFICO N° 18

FRECUENCIA CON QUE RELACIONARON LA PALABRA PSIQUIATRA LA PRIMERA VEZ QUE LO ESCUCHARON, EN PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS QUE DEMORAN Y NO DEMORAN AL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN ENERO A JUNIO DEL 2015

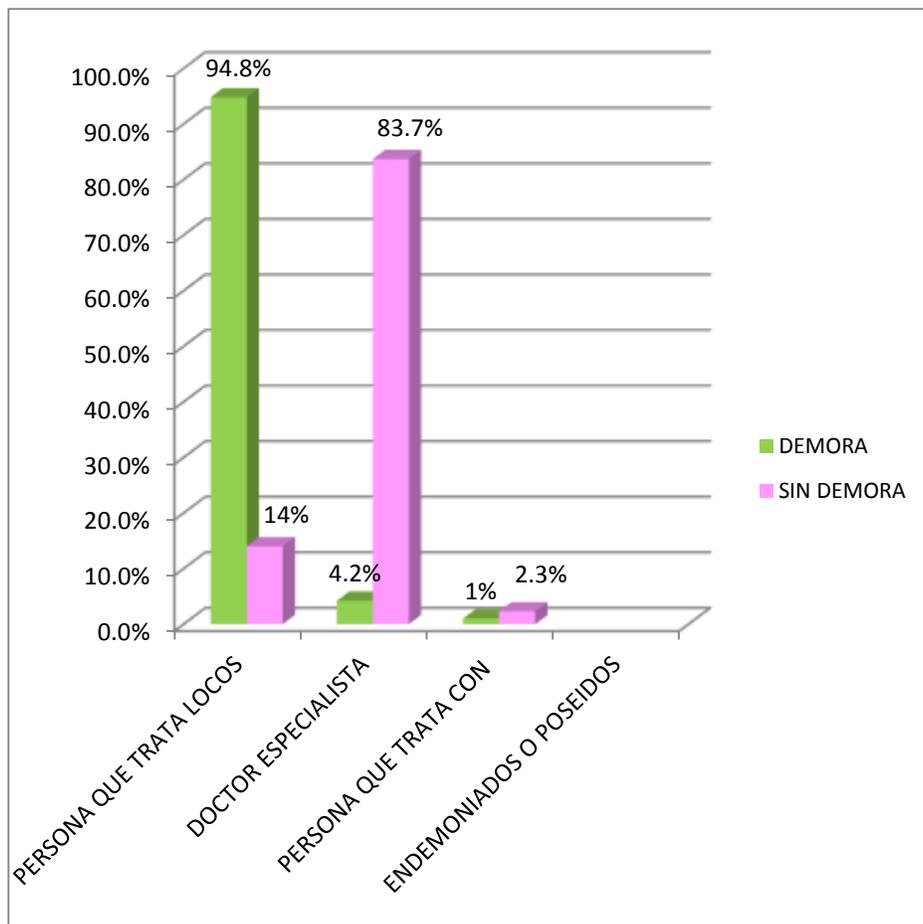


TABLA N° 19

FRECUENCIA DE QUIENES A EXCEPCIÓN DE MÉDICO GENERAL LO DERIVÓ O SUGIRIÓ QUE ACUDIERA A SALUD MENTAL, EN PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS QUE DEMORAN Y NO DEMORAN AL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN ENERO A JUNIO DEL 2015

EXCEPTO MEDICO GENERAL O PSIQUIATRA LO DERIVÓ O SUGIRIÓ QUE ACUDIERA A SALUD MENTAL	DEMORA	SIN DEMORA
SI	17(28.3)	31(75.6)
NO	43(71.7)	10(24.4)
TOTAL	60(100)	41(100)

En la tabla 19 y gráfico 19, se puede observar la frecuencia de quienes a excepción del médico general lo derivó o sugirió que acudiera a salud mental, en pacientes adultos que demoran y no demoran al acceso a la atención especializada del Hospital Hermilio Valdizán.

Se encontró que la mayor frecuencia en el grupo que presentó demora en acceder a consulta especializada corresponde aquellos pacientes quienes no fueron derivados o les sugirieron acudir a salud mental, con un 71.7 %, a diferencia de los pacientes quienes sí fueron derivados o les sugirieron acudir a salud mental, con mayor frecuencia en no demorar en acceder a la atención especializada, representado por 75.6 %.

GRÁFICA N° 19

FRECUENCIA DE QUIENES A EXCEPCIÓN DE MÉDICO GENERAL LO DERIVÓ O SUGIRIÓ QUE ACUDIERA A SALUD MENTAL, EN PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS QUE DEMORAN Y NO DEMORAN AL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN ENERO A JUNIO DEL 2015

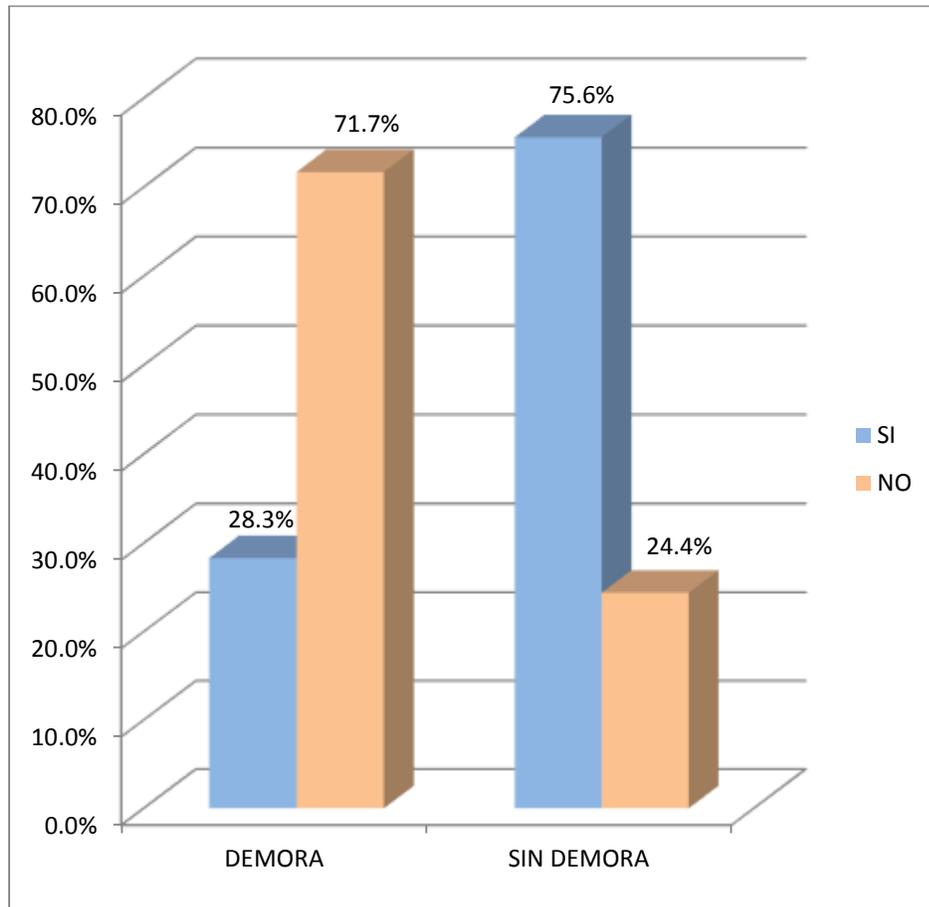


TABLA N° 20

FRECUENCIA DE FAMILIARES O AMIGOS QUE NOTARON ALGÚN CAMBIO EN EL PACIENTE, EN PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS QUE DEMORAN Y NO DEMORAN AL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN ENERO A JUNIO DEL 2015

FAMILIARES O AMIGOS NOTARON ALGÚN CAMBIO EN EL PACIENTE	DEMORA	SIN DEMORA
SI	90(92.8)	5(11.6)
NO	7(7.2)	38(88.4)
TOTAL	97(100)	43(100)

En la tabla 20 y gráfico 20, se puede observar la frecuencia de familiares o amigos que notaron algún cambio en el paciente, en pacientes adultos que demoran y no demoran al acceso a la atención especializada del Hospital Hermilio Valdizán. Se encontró que la mayor frecuencia en el grupo que presentó demora en acceder a consulta especializada corresponde aquellos familiares o amigos que notaron algún cambio en el paciente, con un 92.8 %, a diferencia de los familiares o amigos que notaron algún cambio en el paciente, pero que no demoraron en acceder a la atención especializada, representando la menor frecuencia, por 11.6 %.

GRÁFICO N° 20

FRECUENCIA DE FAMILIARES O AMIGOS QUE NOTARON ALGÚN CAMBIO EN EL PACIENTE, EN PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS QUE DEMORAN Y NO DEMORAN AL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN ENERO A JUNIO DEL 2015

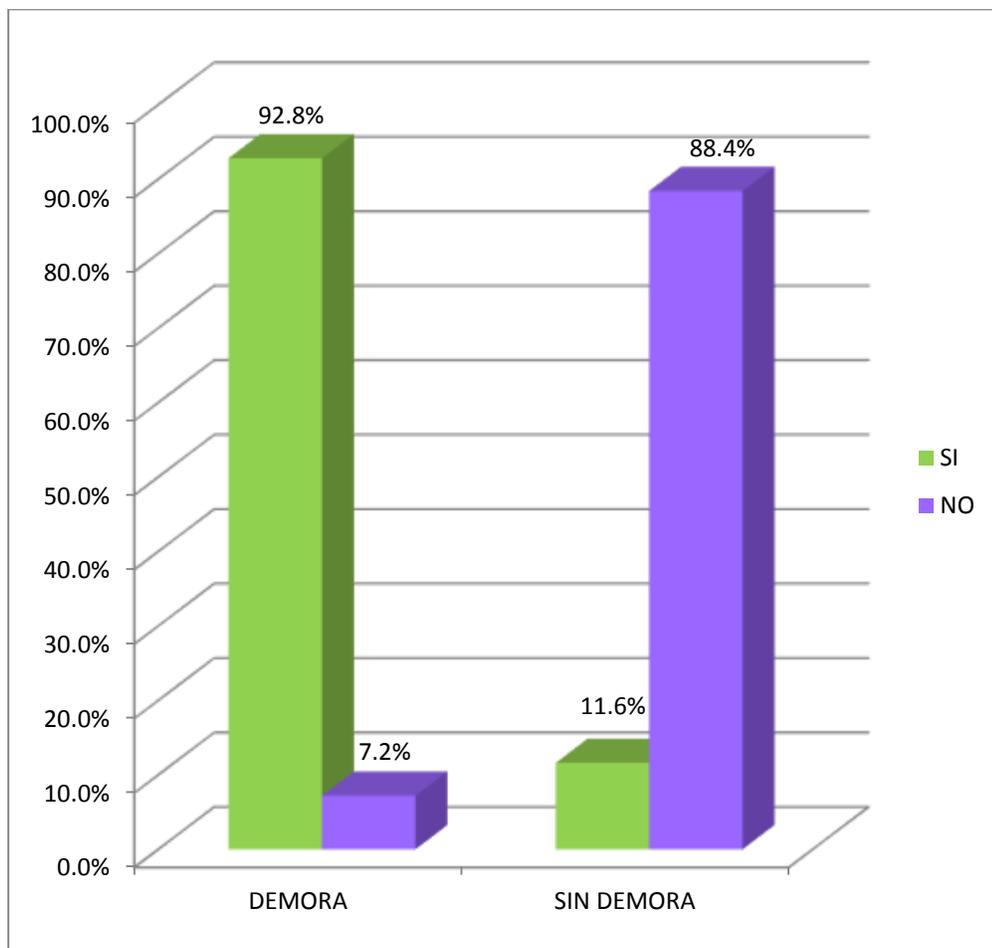


TABLA N° 21

FRECUENCIA DE FAMILIARES O AMIGOS QUE LES SUGIRIERON BUSCAR ATENCIÓN ESPECIALIZADA, EN PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS QUE DEMORAN Y NO DEMORAN AL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN ENERO A JUNIO DEL 2015

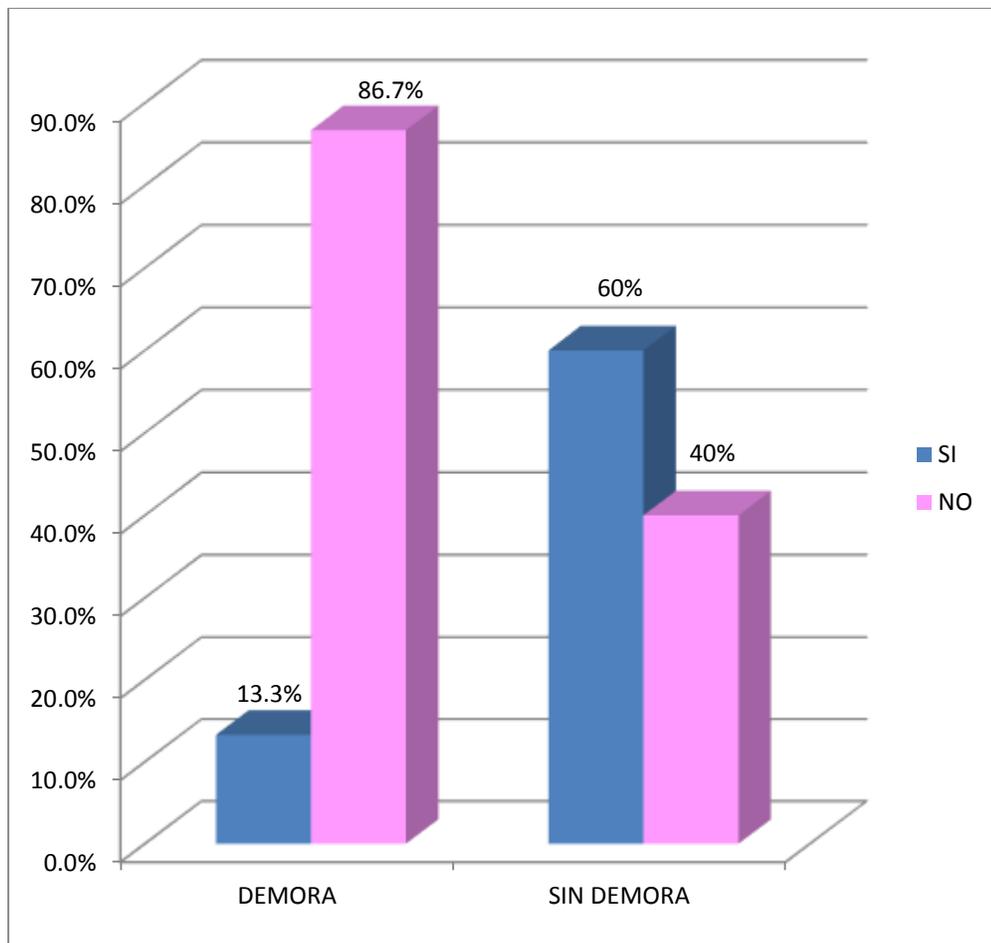
FAMILIARES O AMIGOS QUE NOTARON CAMBIO, SUGIRIERON BUSCAR ATENCION ESPECIALIZADA	DEMORA	SIN DEMORA
SI	12(13.3)	3(60)
NO	78(86.7)	2(40)
TOTAL	90(100)	5(100)

En la tabla 21 y gráfico 21, se puede observar la frecuencia de familiares o amigos que les sugirieron buscar atención especializada, en pacientes adultos que demoran y no demoran al acceso a la atención especializada del Hospital Hermilio Valdizán.

Se encontró que la mayor frecuencia en el grupo que presentó demora en acceder a consulta especializada corresponde aquellos familiares o amigos que no les sugirieron buscar atención especializada, con un 86.7 %, a diferencia de los familiares o amigos quienes sí les sugirieron buscar atención especializada y que no demoraron en acceder a la atención especializada, representando la menor frecuencia, por 60 %.

GRÁFICO N° 21

FRECUENCIA DE FAMILIARES O AMIGOS QUE LES SUGIRIERON BUSCAR ATENCIÓN ESPECIALIZADA, EN PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS QUE DEMORAN Y NO DEMORAN AL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN ENERO A JUNIO DEL 2015



5.1.4 FRECUENCIAS DEL SISTEMA DE INTERVENCIÓN SANITARIA

RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE

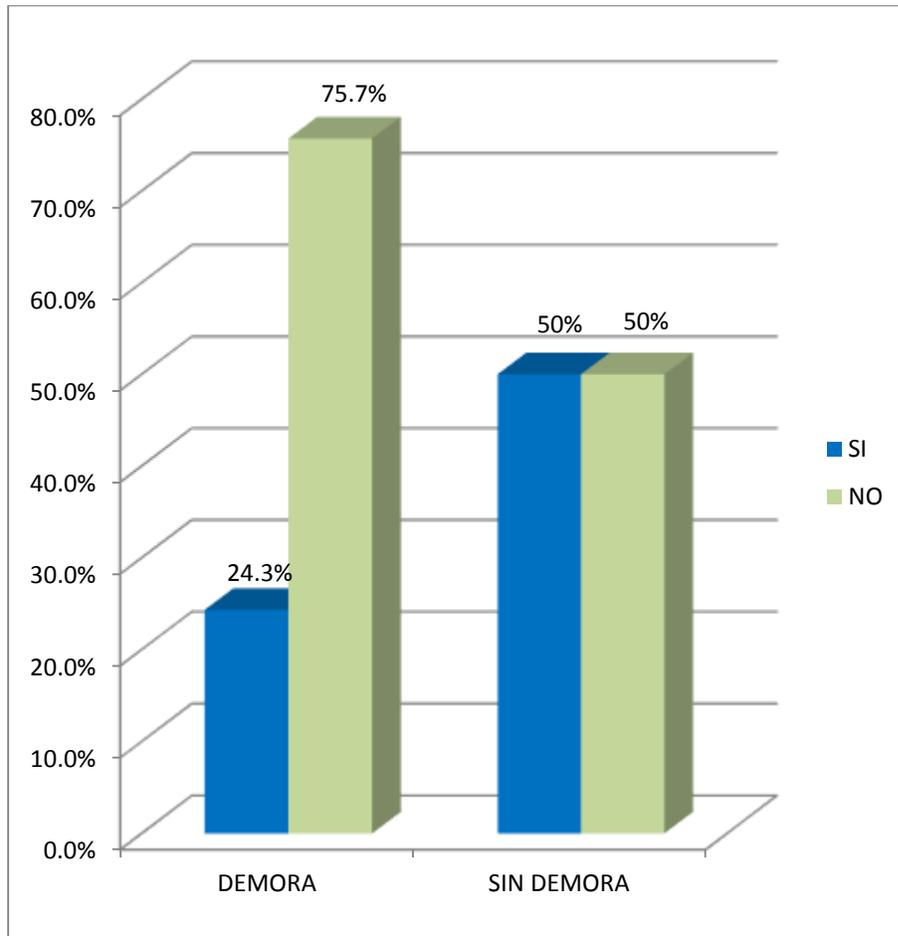
TABLA N° 22
FRECUENCIA DEL PACIENTE ADULTO DEPRESIVO A QUIEN EL MÉDICO GENERAL LO ESCUCHÓ CON ATENCIÓN Y SIN PREJUICIOS, QUE DEMORA Y NO DEMORA AL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN ENERO A JUNIO DEL 2015

MEDICO GENERAL LO ESCUCHÓ CON ATENCION Y SIN PREJUICIOS	DEMORA	SIN DEMORA	TOTAL
SI	9(24.3)	1(50)	10
NO	28(75.7)	1(50)	29
TOTAL	37(100)	2(100)	39

En la tabla 22 y gráfico 22, se puede observar la frecuencia del paciente adulto depresivo a quien el médico general lo escuchó con atención y sin prejuicios, en pacientes adultos depresivos que demoran y no demoran al acceso a la atención especializada del Hospital Hermilio Valdizán.

Se encontró que la mayor frecuencia en el grupo que presentó demora en acceder a consulta especializada corresponde aquellos pacientes quienes el médico general no los escuchó con atención y sin prejuicios, con un 75.7 %, a diferencia de los pacientes quienes el médico general sí los escuchó con atención y sin prejuicios, representado por la misma frecuencia del 50 % en quienes no demoraron en acceder a la atención especializada.

GRÁFICO N° 22
FRECUENCIA DEL PACIENTE ADULTO DEPRESIVO A QUIEN EL MÉDICO
GENERAL LO ESCUCHÓ CON ATENCIÓN Y SIN PREJUICIOS, QUE
DEMORA Y NO DEMORA AL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA
EN EL HOSPITAL HERMILO VALDIZÁN
ENERO A JUNIO DEL 2015



DERIVACIÓN A ESPECIALIDAD

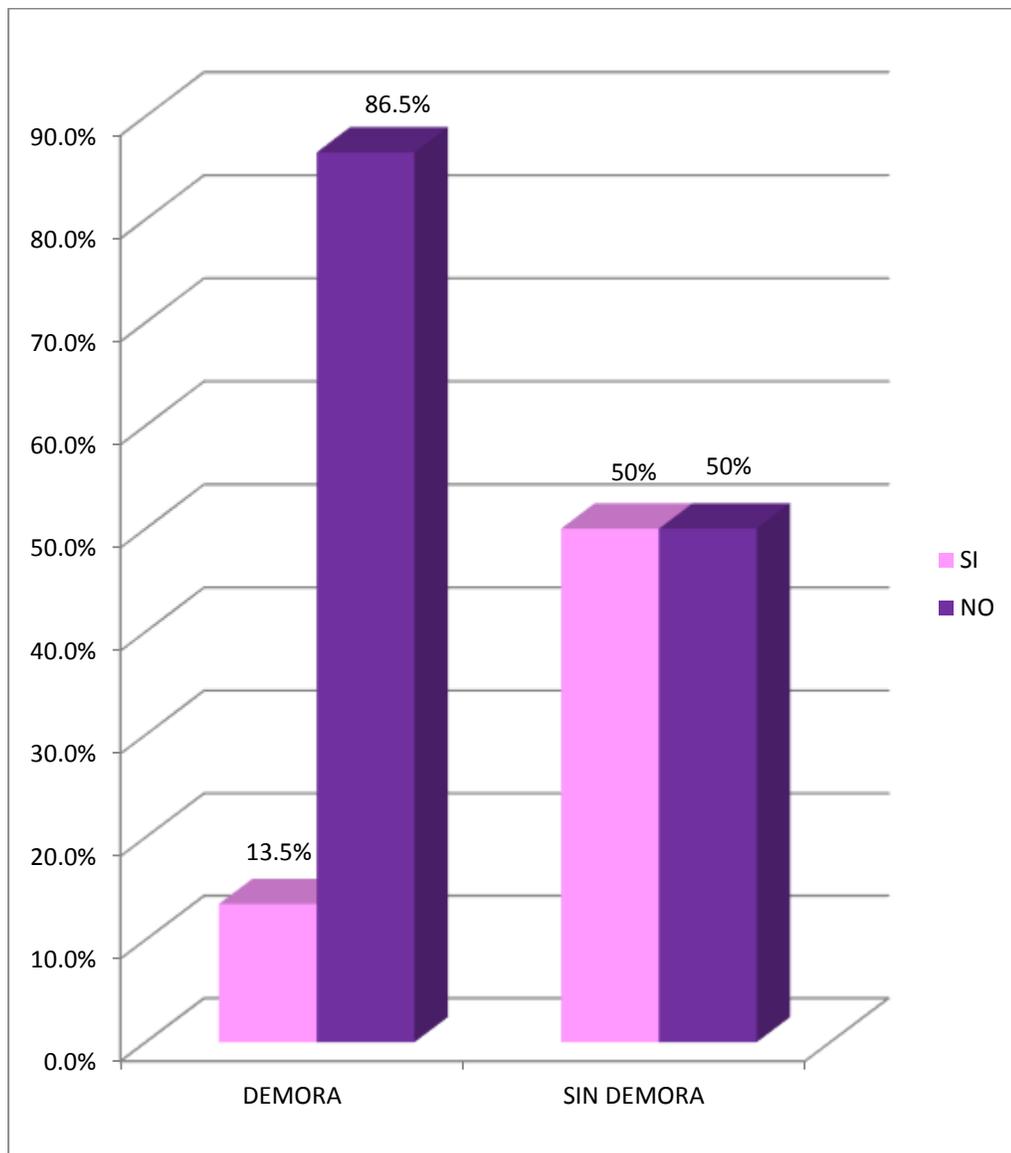
TABLA N° 23
FRECUENCIA DE LA DERIVACIÓN DEL MÉDICO GENERAL A
PSIQUIATRÍA, EN PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS QUE DEMORAN Y
NO DEMORAN AL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL
HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN
ENERO A JUNIO DEL 2015

MEDICO GENERAL LO DERIVÓ O SUGIRIÓ QUE ACUDIERA A SALUD MENTAL	DEMORA	SIN DEMORA	TOTAL
SI	5(13.5)	1(50)	6
NO	32(86.5)	1(50)	33
TOTAL	37(100)	2(100)	39

En la tabla 23 y gráfico 23, se puede observar la frecuencia de la derivación del médico general a psiquiatría, en pacientes adultos depresivos que demoran y no demoran al acceso a la atención especializada del Hospital Hermilio Valdizán.

Se encontró que la mayor frecuencia en el grupo que presentó demora en acceder a consulta especializada corresponde aquellos pacientes quienes el médico general no los derivó o sugirió que acudiera a salud mental con un 86.5 %, a diferencia de los pacientes quienes el médico general sí los derivó a salud mental, representado por la misma frecuencia del 50 % en quienes no demoraron en acceder a la atención especializada

GRÁFICO N° 23
FRECUENCIA DE LA DERIVACIÓN DEL MÉDICO GENERAL A
PSIQUIATRÍA, EN PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS QUE DEMORAN Y
NO DEMORAN AL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL
HOSPITAL HERMILO VALDIZÁN
ENERO A JUNIO DEL 2015



ACCESIBILIDAD AL SERVICIO

TABLA N° 24
FRECUENCIA DE CUÁNDO LOS ATENDIERON EN CONSULTORIO DE
PSIQUIATRÍA, EN PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS QUE DEMORAN Y
NO DEMORAN AL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL
HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN
ENERO A JUNIO DEL 2015

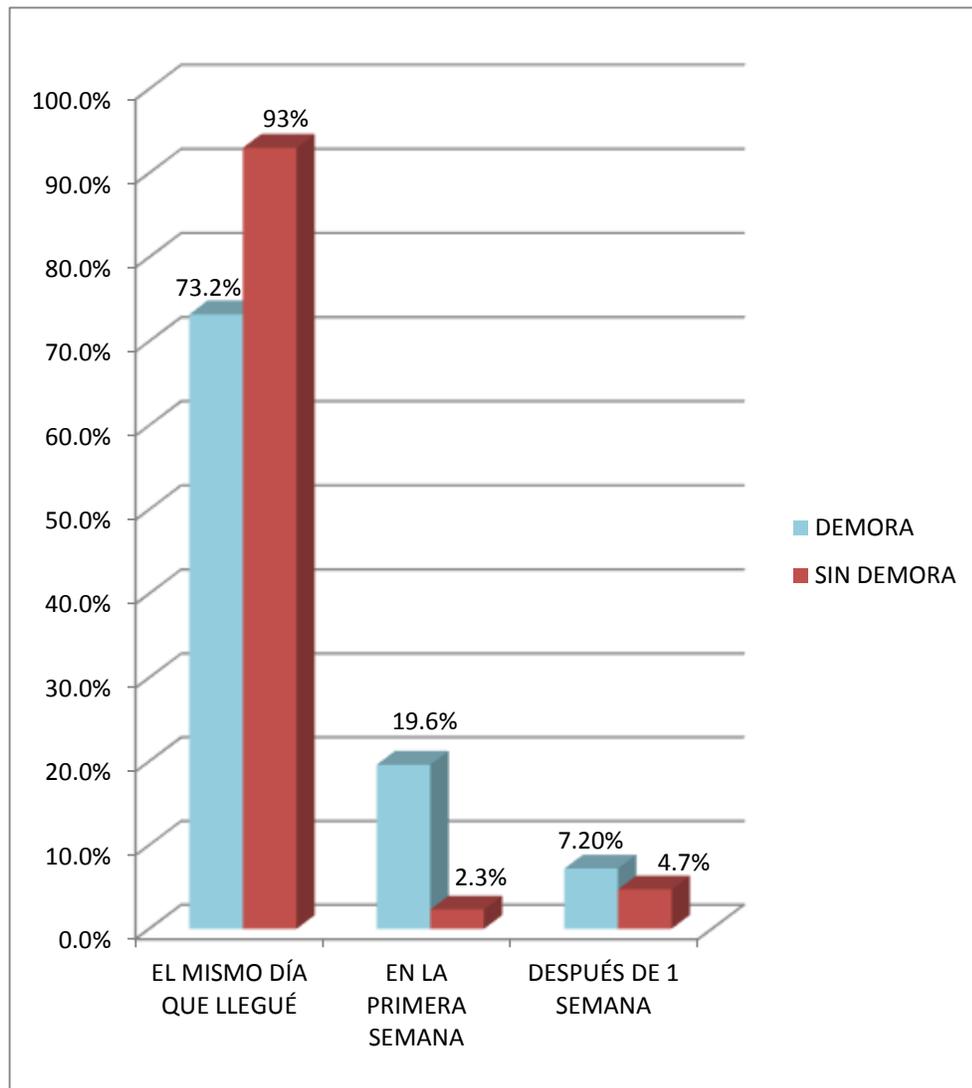
LO ATENDIERON EN CONSULTORIO DE DE PSIQUIATRIA	DEMORA	SIN DEMORA
EL MISMO DÍA QUE LLEGUÉ	71(73.2)	40(93)
EN LA PRIMERA SEMANA	19(19.6)	1(2.3)
DESPUÉS DE 1 SEMANA	7(7.2)	2(4.7)
TOTAL	97(100)	43(100)

En la tabla 24 y gráfico 24, se puede observar la frecuencia cuándo los atendieron en consultorio de psiquiatría, en pacientes adultos depresivos que demoran y no demoran al acceso a la atención especializada del Hospital Hermilio Valdizán.

Se encontró que la mayor frecuencia en el grupo que presentó demora en acceder a consulta especializada corresponde aquellos pacientes quienes fueron atendidos durante la primera semana, representado por un 19.6 %, a diferencia de los pacientes quienes fueron atendidos el mismo día que llegaron, con una mayor frecuencia del 93 % en quienes no demoraron en acceder a la atención especializada.

GRÁFICO N° 24

**FRECUENCIA DE CUÁNDO LOS ATENDIERON EN CONSULTORIO DE
PSIQUIATRÍA, EN PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS QUE DEMORAN Y
NO DEMORAN AL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL
HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN
ENERO A JUNIO DEL 2015**



5.1.4 FRECUENCIA DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO

TABLA N° 25
FRECUENCIA DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN PACIENTES ADULTOS
DEPRESIVOS QUE DEMORAN Y NO DEMORAN AL ACCESO A LA
ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN
ENERO A JUNIO DEL 2015

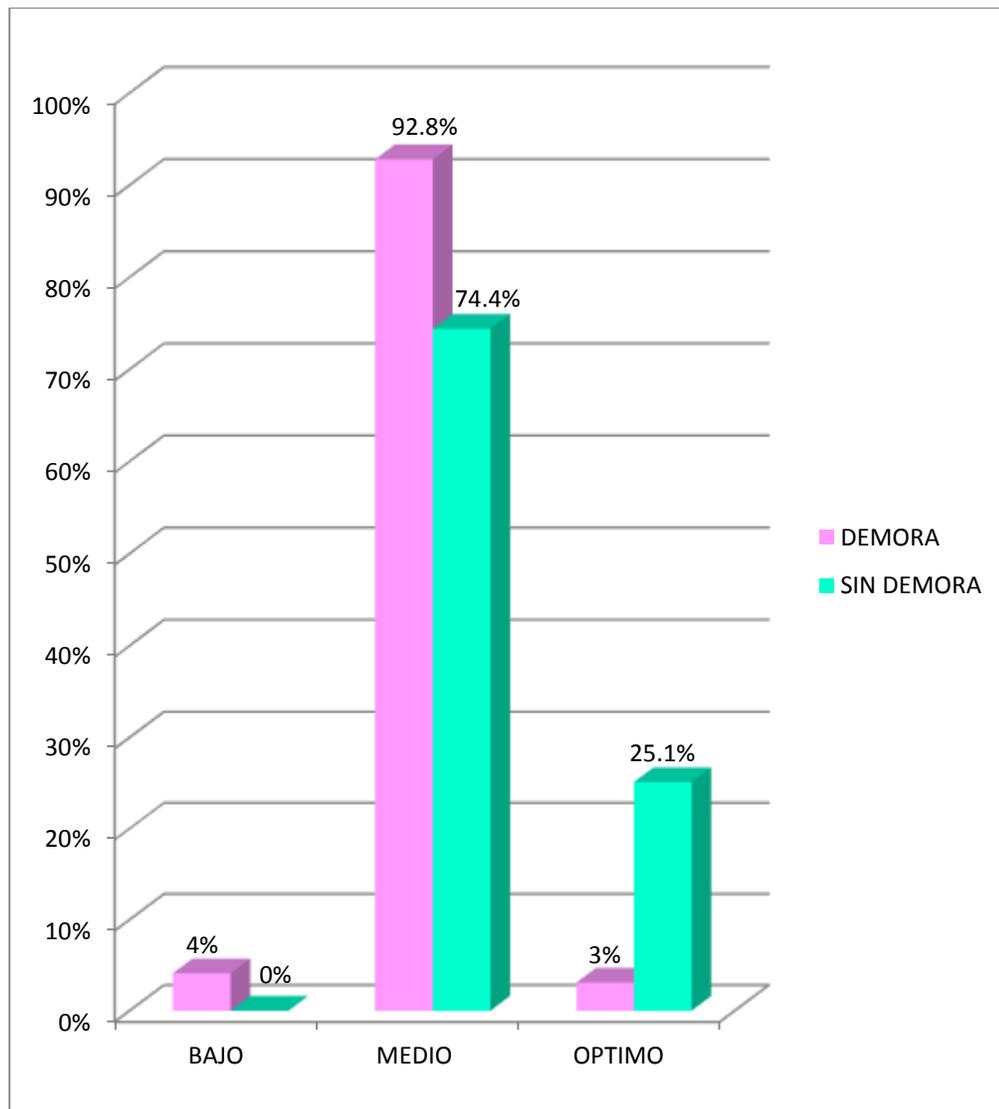
NIVEL DE CONOCIMIENTO	DEMORA	SIN DEMORA
BAJO	4(4.1)	0(0)
MEDIO	90(92.8)	32(74.4)
OPTIMO	3(3.1)	11(25.1)
TOTAL	97(100)	43(100)

En la tabla 25 y gráfico 25, se puede observar la frecuencia del nivel de conocimiento en pacientes depresivos que demoran y no demoran al acceso a la atención especializada del Hospital Hermilio Valdizán.

Se encontró que la mayor frecuencia en el grupo que presentó demora en acceder a consulta especializada corresponde aquellos con nivel medio de conocimiento, representado por el 95.9 %, a diferencia de los pacientes con nivel óptimo de conocimiento y que demoraron en acceder a la atención especializada fue de 30.3 %.

GRÁFICO N° 25

**FRECUENCIA DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN PACIENTES ADULTOS
DEPRESIVOS QUE DEMORAN Y NO DEMORAN AL ACCESO A LA
ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN
ENERO A JUNIO DEL 2015**



FACTORES ASOCIADOS

FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS

TABLA N° 26

**FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS ASOCIADOS A LA DEMORA AL
ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN PACIENTES ADULTOS
DEPRESIVOS EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN
ENERO A JUNIO DEL 2015**

		Puntuación	gl	Sig.
Variables	GENERO	24,033	1	,000
	ESTADO_CIVIL	45,508	1	,000
	PROCEDENCIA	86,699	1	,000
	GRADO_INSTRUCCION	9,344	1	,002
	RELIGION	62,693	1	,000
	NIVEL_ECONOMICO	50,663	1	,000

En la tabla 26 se presentan los factores socio-económicos asociados a la demora en el acceso a la atención especializada realizados por medio de la metodología de regresión logística binaria. En la tabla se presentan los seis factores por los cuales había asociación a demorar en acceder a la atención especializada, que son significativamente estadísticos como $p=0.000$, y $p=0.002 < \alpha =0.05$, entonces existe relación entre el género, estado civil, procedencia, grado de instrucción, religión y nivel económico en la demora en pacientes adultos depresivos del Hospital Hermilio Valdizán.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

TABLA N° 27

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LA DEMORA AL ACCESO A LA
ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS DEL
HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN
ENERO A JUNIO DEL 2015**

		Puntuación	gl	Sig.
Variables	DECIDIO_BUSCAR_ATENCION	7,379	1	,007
	HIZO_SABER_SINTOMAS	86,699	1	,000
	DISPUESTO_A_TOMAR_RECETA	7,820	1	,005
	DECIDIO_TOMAR_YERBAS	77,709	1	,000
	PERSONA_A QUIEN HIZO SABER SINTOMAS	72,411	1	,000

En la tabla 27 se presentan los aspectos psicológicos asociados a la demora en el acceso a la atención especializada realizados por medio de la metodología de regresión logística binaria. En la tabla se presentan los tres aspectos por los cuales había mayor asociación a demorar en acceder a la atención especializada, que son significativamente estadísticos, como $p=0.000 < \alpha =0.05$, entonces existe relación entre aquellos pacientes quienes hicieron saber sus síntomas, decidieron tomar yerbas o preparados porque pensaron que los sanaría, y la persona a quien le hizo saber sus síntomas con la demora en el acceso a la atención especializada en pacientes adultos depresivos del Hospital Hermilio Valdizán.

El primer y tercer aspecto, no se encontrarían asociados a la demora en acceder a la atención especializada, ya que $p=0.007$ y $p= 0.005$, respectivamente, $> \alpha =0.05$, es decir, no serían significativamente estadísticos.

ENTORNO DEL PACIENTE

TABLA N° 28

INFLUENCIA DEL ESTIGMA, PREJUICIO O DISCRIMINACIÓN DEL ENTORNO SOCIAL ASOCIADO A LA DEMORA AL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN ENERO A JUNIO DEL 2015

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,032	8	,059
N de casos válidos	140		

En la tabla 28 se presenta la influencia del estigma, prejuicio o discriminación del entorno social asociado a la demora en el acceso a la atención especializada, realizados por medio de la prueba de chi cuadrado, donde encontramos que no es significativamente estadístico como $p=0.059 > \alpha =0.05$, entonces no existe relación entre la influencia del estigma, prejuicio o discriminación del entorno y la demora en acceder a la atención especializada en pacientes depresivos adultos del Hospital Hermilio Valdizán.

TABLA N° 29

PREJUICIOS SOBRE EL ESPECIALISTA, DEPRESIÓN, Y GÉNERO ASOCIADO A LA DEMORA AL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN ENERO A JUNIO DEL 2015

		Puntuación	gl	Sig.
VARIABLES	CREE_QUE_DEPRESIÓN_ES_EXCLUSIVAMENTE_DE_MUJERES	11,975	1	,001
	ASOCIA_DEPRESION_Y_FALTA_DE_CHARACTER	19,015	1	,000
	RELACIONA_PALABRA_PSIQUIATRIA	92,833	1	,000

En la tabla 29 se presentan los prejuicios sobre el especialista, depresión y género asociado a la demora en el acceso a la atención especializada, realizados por medio de la metodología de regresión logística binaria. En la tabla se presentan los tres factores por los cuales había asociación a demorar en acceder a la atención especializada, que son significativamente estadísticos como $p < \alpha = 0.05$, entonces existe relación entre los prejuicios sobre el especialista, depresión y género asociado a la demora en el acceso a la atención especializada en pacientes adultos depresivos del Hospital Hermilio Valdizán.

INFLUENCIA DEL ENTORNO FAMILIAR O AMICAL EN BUSCAR ATENCIÓN ESPECIALIZADA

TABLA N° 30

FAMILIARES O AMIGOS NOTARON ALGUN CAMBIO EN EL PACIENTE ASOCIADO A LA DEMORA AL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA

**EN PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS DEL HOSPITAL HERMILIO
VALDIZÁN
ENERO A JUNIO DEL 2015**

Tabla cruzada FAMILIAR_AMIGO_NOTARON_CAMBIO*DEMORA

			DEMORA		Total
			SI	NO	
FAMILIAR_AMIGO_NOTARON_CAMBIO	SI	Recuento	90	5	95
		% dentro de DEMORA	92,8%	11,6%	67,9%
	NO	Recuento	7	38	45
		% dentro de DEMORA	7,2%	88,4%	32,1%
Total		Recuento	97	43	140
		% dentro de DEMORA	100,0%	100,0%	100,0%

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	89,964	1	,000
N de casos válidos	140		

En la tabla 30 se presenta la asociación entre que el familiar o amigo haya notado algún cambio en el paciente, y la demora en el acceso a la atención especializada, realizados por medio de la prueba de chi cuadrado, donde se encuentra asociación a demorar en acceder a la atención especializada, ya que es significativamente estadístico como $p=0,000 < \alpha =0.05$, entonces existe asociación entre que el familiar o amigo haya notado algún cambio en el paciente y a la demora en el acceso a la atención especializada en pacientes adultos depresivos del Hospital Hermilio Valdizán.

TABLA N° 31

**FAMILIARES O AMIGOS LE SUGIRIERON BUSCAR ATENCIÓN
ESPECIALIZADA ASOCIADO A LA DEMORA AL ACCESO A LA ATENCIÓN
ESPECIALIZADA EN PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS DEL HOSPITAL
HERMILIO VALDIZÁN
ENERO A JUNIO DEL 2015**

			Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson			7,758	1	,005
			SI	NO	Total
FAMILIARES_O_AMIGOS_LE	SI	Recuento	12	3	15
_SUGIRIERON_BUSCAR_AT		% dentro de DEMORA	13,3%	60,0%	15,8%
ENCIÓN_ESPECIALIZADA	NO	Recuento	78	2	80
		% dentro de DEMORA	86,7%	40,0%	84,2%
Total		Recuento	90	5	95
		% dentro de DEMORA	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 31 se presenta la asociación entre los familiares o amigos quienes les sugirieron buscar atención especializada y la demora en el acceso a la atención especializada, realizados por medio de la prueba de chi cuadrado, donde se encuentra asociación a demorar en acceder a la atención especializada, ya que es significativamente estadístico como $p=0,005 < \alpha =0.05$, entonces existe asociación entre los familiares o amigos quienes no les sugirieron buscar atención especializada y la demora en el acceso a la atención especializada en pacientes adultos depresivos del Hospital Hermilio Valdizán.

TABLA N° 32

**PERSONAS QUE A EXCEPCIÓN DEL MÉDICO GENERAL, LE SUGIRIERON
ACUDIR A PSIQUIATRÍA ASOCIADO A LA DEMORA AL ACCESO A LA**

**ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS DEL
HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN
ENERO A JUNIO DEL 2015**

Tabla cruzada EXCEPTO_MÉDICO_GENERAL_LE_SUGIRIÓ_ACUDIR_A_PSIQUIATRÍA*DEMORA

			DEMORA		Total
			SI	NO	
EXCEPTO_MÉDICO_GENERAL_LE_SUGIRIÓ_ACUDIR_A_PSIQUIATRÍA	SI	Recuento	17	31	48
		% dentro de DEMORA	28,3%	75,6%	47,5%
	NO	Recuento	43	10	53
		% dentro de DEMORA	71,7%	24,4%	52,5%
Total		Recuento	60	41	101
		% dentro de DEMORA	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21,829	1	,000
N de casos válidos	101		

En la tabla 32 se presenta la asociación entre personas que a excepción del médico general, le sugirieron acudir a psiquiatría, y la demora en el acceso a la atención especializada, realizados por medio de la prueba de chi cuadrado, donde se encuentra asociación a demorar en acceder a la atención especializada, ya que es significativamente estadístico como $p=0,000 < \alpha =0.05$, entonces existe asociación entre personas que a excepción del médico general, le sugirieron acudir a psiquiatría y la demora en el acceso a la atención especializada en pacientes adultos depresivos del Hospital Hermilio Valdizán.

SISTEMA DE INTERVENCIÓN SANITARIA

TABLA N° 33

**RELACIÓN MÉDICO - PACIENTE ASOCIADO A LA DEMORA AL ACCESO A
LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS
DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN
ENERO A JUNIO DEL 2015**

Tabla cruzada MÉDICO_GENERAL_LO_ESCUCHÓ_CON_ATENCIÓN_Y_SIN_PREJUICIOS*DEMORA

		DEMORA		Total	
		SI	NO		
MÉDICO_GENERAL_LO_ESCUCHÓ_CON _ATENCIÓN_Y_SIN_PREJUICIOS	SI	Recuento	2	1	3
		% dentro de DEMORA	5,4%	50,0%	7,7%
	NO	Recuento	35	1	36
		% dentro de DEMORA	94,6%	50,0%	92,3%
Total		Recuento	37	2	39
		% dentro de DEMORA	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,314	1	,021
N de casos válidos	39		

En la tabla 33 se presenta la relación médico - paciente asociado a la demora en el acceso a la atención especializada, realizado por medio de la prueba de chi cuadrado, donde se encuentra asociación a demorar en acceder a la atención especializada, ya que es significativamente estadístico como $p=0,021 < \alpha =0.05$, entonces existe asociación entre la relación médico - paciente y la demora en el acceso a la atención especializada en pacientes adultos depresivos del Hospital Hermilio Valdizán.

TABLA N° 34

DERIVACIÓN A LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA ASOCIADO A LA DEMORA AL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN ENERO A JUNIO DEL 2015

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson	8,724	1	,003	
N de casos válidos	39			
NO	Recuento	36	1	37
	% dentro de DEMORA	97,3%	50,0%	94,9%
Total	Recuento	37	2	39
	% dentro de DEMORA	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 34 se presenta la asociación entre la derivación del médico general a psiquiatría y la demora en el acceso a la atención especializada, realizado por medio de la prueba de chi cuadrado, donde se encuentra asociación a demorar en acceder a la atención especializada, ya que es significativamente estadístico como

$p=0,003 < \alpha =0.05$, entonces existe asociación entre la derivación del médico general a psiquiatría y la demora en el acceso a la atención especializada en pacientes adultos depresivos del Hospital Hermilio Valdizán.

TABLA N° 35

ACCESIBILIDAD AL SERVICIO ASOCIADO A LA DEMORA AL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN ENERO A JUNIO DEL 2015

Tabla cruzada LO_ATENDIERON_EN_CONSULTORIO_DE_PSIQUIATRÍA*DEMORA

	DEMORA		Total
	SI	NO	
Recuento	71	40	111

LO_ATENDIERON_EN_CO NSULTORIO_DE_PSIQUIA	EL MISMO DÍA QUE LLEGUÉ	% dentro de DEMORA	73,2%	93,0%	79,3%
TRÍA	EN LA PRIMERA SEMANA	Recuento	19	1	20
		% dentro de DEMORA	19,6%	2,3%	14,3%
	DESPUÉS DE UNA SEMANA	Recuento	7	2	9
		% dentro de DEMORA	7,2%	4,7%	6,4%
Total		Recuento	97	43	140
		% dentro de DEMORA	100,0%	100,0%	100,0%

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,997	2	,018

En la tabla 35 se presenta la accesibilidad al servicio, asociado a la demora en el acceso a la atención especializada, realizado por medio de la prueba de chi cuadrado, donde se encuentra asociación a demorar en acceder a la atención especializada, ya que es significativamente estadístico como $p=0,018 < \alpha =0.05$, entonces existe asociación entre la accesibilidad al servicio y la demora en el acceso a la atención especializada en pacientes adultos depresivos del Hospital Hermilio Valdizán.

NIVEL DE CONOCIMIENTO

TABLA N° 36

**NIVEL DE CONOCIMIENTO ASOCIADO A LA DEMORA AL ACCESO A LA
ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN PACIENTES ADULTOS DEPRESIVOS DEL
HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN
ENERO A JUNIO DEL 2015**

Tabla cruzada NIVEL_CONOCIMIENTO*DEMORA

			DEMORA		Total
			SI	NO	
NIVEL_CONOCIMIENTO	BAJO	Recuento	4	0	4
		% dentro de DEMORA	4,1%	0,0%	2,9%
	MEDIO	Recuento	90	32	122
		% dentro de DEMORA	92,8%	74,4%	87,1%
	ÓPTIMO	Recuento	3	11	14
		% dentro de DEMORA	3,1%	25,6%	10,0%
Total		Recuento	97	43	140
		% dentro de DEMORA	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,994	2	,000
N de casos válidos	140		

En la tabla 36 se presenta el nivel de conocimiento asociado a la demora en el acceso a la atención especializada por medio de la prueba de chi cuadrado, que es significativamente estadístico, como $p=0.000 < \alpha =0.05$, entonces existe relación entre nivel de conocimiento y la demora en acceder a la atención especializada en pacientes adultos depresivos del Hospital Hermilio Valdizán.

5.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

1. El factor socio económico, en referencia al motivo de consulta publicado por Isabel Pla J. quien determino que existen estereotipos y prejuicios de género en el medio socio - cultural, y que estas influyen en los profesionales de salud, predominantemente sobre el género femenino, encontramos en nuestro estudio que no solo la mayor frecuencia se da en pacientes del género femenino, sino que también predomina ,el ser soltero, procedentes

de Lima Metropolitana y con un grado instrucción de nivel secundaria, sumado todo ello las haría más susceptibles a demorar en acceder a una atención especializada, no solo por el sesgo que en cuanto al género se presenta durante las atenciones recibidas, sino también el no tener alguna pareja, quienes en muchas instancias pueden brindarle el apoyo que desean o necesitan. Además, el no tener un conocimiento óptimo sobre la depresión, también ocasionaría demora en acceder a la atención especializada, dado que no existiría un reconocimiento oportuno sobre los síntomas, generando retraso en la búsqueda de ayuda y tratamiento, y así disminuir la cronicidad de la depresión. Por otro lado, los pacientes no pobres extremos, también se asociarían a la demora, ya que no contarían con los recursos económicos suficientes como para poder pagar el costo de las consultas médicas o los gastos que ocasionaría el tratamiento. Así mismo, se encontró que los pacientes católicos demoran más en acceder a la atención especializada, pudiendo ser porque probablemente alguna de sus creencias o prácticas religiosas estén bloqueando de alguna manera el progreso y desarrollo mental del paciente, tal como lo mencionó Janaína Siqueira R. y cols. en su publicación sobre religiosidad/espiritualidad en la práctica clínica, donde plantea que podría ser necesario desafiar las creencias que estén siendo utilizadas de manera dañina, ya que a diferencia de las otras religiones quienes presentan menos o ninguna demora, como lo encontrado en nuestro estudio, estas creencias podrían ser utilizadas como parte del tratamiento para ansiedad o depresión, visto así por Melina Stanley y cols. en su publicación sobre preferencias de los adultos mayores de la religión y espiritualidad en el tratamiento para lo antes mencionado.

2. En relación a los aspectos psicológicos, tal cual lo mencionado en la publicación de Susana María Castro y col. en la publicación sobre consultoría psiquiátrica en atención primaria, encontramos también en nuestro estudio que los pacientes de salud mental no consultan a especialistas directamente, ya que en primera instancia recurren a los médicos generales, y no quieren ser referidos, si es que lo son, a los centros especializados por el estigma asociado, o porque la mayoría de veces es más factible tener acceso al médico general. Así mismo, similar al estudio publicado por Rubén Eliseo Valle R. sobre la demora en la búsqueda de atención médica en pacientes adictos a sustancias psicoactivas,

encontramos que la mayoría de pacientes no deciden, o deciden tardíamente buscar por cuenta propia atención médica, lo cual podría explicarse por el escaso conocimiento sobre la depresión, o porque pensaron que les pasaría solo, tal cual lo encontrado en nuestro estudio.

3. La variable, entorno del paciente, comparado con la publicación de Verónica Klingenberger, donde hace mención sobre la ignorancia y el prejuicio frente a la enfermedad mental, encontramos que los pacientes aún se encuentran sumergidos en un entorno donde el solo hecho de escuchar la palabra psiquiatría , lo relacionan erróneamente con una persona que trata locos, lo que lleva a pensar que cualquier persona con alguno de estos padecimientos mentales son locos y les atribuye rechazo por parte de la sociedad hacia ellos, observado no solo en el ámbito social o familiar, sino también entre los profesionales de salud, como lo son médicos generales, a quienes acuden en primeras instancias, incluso antes que sus mismos familiares, pensando encontrar un apoyo y tratamiento adecuado, sin embargo se observó en nuestro estudio, que la mayoría de los médicos generales tienden a no escuchar con atención a sus pacientes, recibéndolos con un prejuicio ya formado sobre salud mental y el género, ocasionando otro factor en la demora para que puedan acceder oportunamente a una atención especializada. Además que tanto médicos generales como aquellas otras personas a quienes el paciente les confió sus síntomas, no identifican la depresión como tal, por lo que conlleva a que no sean sugeridos o derivados oportunamente a salud mental, tal como lo observado en la publicación de Pedro Castro y cols, sobre conocimientos y estigmas sobre salud mental en familiares de pacientes que acuden al consultorio externo del Hospital Nacional Cayetano Heredia, donde encontraron que los familiares prefirieron que el paciente sea visto por un médico no psiquiatra y tratado por un psicólogo.
4. En el sistema de intervención sanitaria, encontramos en nuestro estudio que aún en nuestro país existe el prejuicio por parte de los médicos generales sobre salud mental, ya que la mayoría de ellos, al recurrir el paciente a ellos, los escucharon con poca o nula atención y con prejuicios, tal como lo relacionado a la publicación de Adalberto y cols. del estigma, prejuicio y discriminación en salud mental, donde refieren que los profesionales de salud los consideran con una connotación negativa y que sus rasgos son una amenaza, además encontramos que los médicos

generales no derivan a los pacientes a salud mental, pudiendo ser porque quizás no tienen un diagnóstico certero, no solo por la falta de reconocimiento sino también probablemente por el prejuicio con el que reciben a los paciente, como lo mencionado por Fernando Wagner y cols. en su publicación sobre la magnitud e impacto social de la depresión, donde encontraron baja proporción de diagnóstico y tratamiento certero, y que gran número de pacientes que contactaron con los servicios de salud, nunca recibieron ayuda. De igual manera, la no derivación del médico general, se relaciona con la publicación de Carlos Gómez y col, quienes encontraron que en todos los niveles de atención, existen dificultades para diagnosticar la depresión.

5. Cuando evaluamos la variable, nivel de conocimiento, encontramos que la mayoría de pacientes tiene nivel medio de conocimiento, mientras que lo ideal es que tengan un nivel óptimo de conocimiento, ya que así evitarían demorar en reconocer su sintomatología y tratar de buscar ayuda oportuna, no necesariamente impulsados por ellos mismos, sino también por apoyo familiar, ya que, se ha encontrado que los familiares demoran menos en buscar atención especializada para los pacientes, tal cual lo describe Rubén Eliseo Valle R y col. en su publicación sobre demora en la búsqueda de atención médica en pacientes adictos a sustancias psicoactivas, donde describen que los pacientes acuden a la atención médica especializada por primera vez pasado los 11 años, mientras que sus familiares tardan en buscar atención medica alrededor de los 4 años después de que percibieron el consumo.
6. Si bien es cierto que la mayoría de los pacientes depresivos del Hospital Hermilio Valdizán son atendidos en el primer día que acuden al nosocomio, estos llegan con un tiempo prolongado de sintomatología y tiempo sin recibir atención médica especializada, similar a lo publicado por Luis Vílchez y Salcedo, donde estudiaron la demanda de consulta externa en el Hospital Víctor Larco Herrera, encontrando que los pacientes adultos no habían tenido tenciones previas en salud mental y cumplían con criterios diagnósticos para, depresión, entre otros, y que cuyo tiempo de demora en acceder a ala atención fue mayor de seis meses, como lo encontrado en nuestro estudio, probablemente por los factores mencionados en los puntos descritos anteriormente a este.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. El género femenino presenta una mayor frecuencia en demorar al acceder a la atención especializada.

2. Los pacientes solteros presentan una mayor frecuencia en demorar al acceder a la atención especializada.
3. Los pacientes procedentes de Lima Metropolitana, presentan una mayor frecuencia en demorar al acceder a la atención especializada.
4. Los pacientes con grado de instrucción de secundaria, son más frecuentes en demorar al acceder a la atención especializada.
5. Los pacientes que pertenecen a la religión católica, presentan mayor frecuencia en demorar al acceso a la atención especializada.
6. Los pacientes con un nivel económico catalogado de no pobre extremo, presentan mayor frecuencia en demorar al acceder a la atención especializada.
7. Existe asociación entre los factores socio – económicos y la demora en el acceso a la atención especializada.
8. Se encuentra mayor frecuencia en demorar al acceso a la atención especializada en los pacientes depresivos que no deciden por cuenta propia buscar atención médica
9. Los pacientes quienes le hacen saber a alguien sobre sus síntomas, presentar la mayor frecuencia en demorar al acceso a la atención especializada.
10. Los pacientes quienes decidieron tomar yerbas o preparados porque pensaron que los sanaría, representan la mayor frecuencia en demorar al acceso a la atención especializada.
11. El médico general representa la mayor frecuencia en relación a la persona a quien el paciente le hizo saber sobre sus síntomas.
12. Existe asociación entre los aspectos psicológicos del paciente depresivo y la demora en acceder a la atención especializada, exceptuando la disposición

del paciente a tomar lo que le recete el psiquiatra y quienes no decidieron por cuenta propia buscar atención médica.

13. La razón que presentó mayor frecuencia en demorar al acceso a la atención especializada, por la que los pacientes no hicieron saber sobre sus síntomas, fue porque pensaron que les pasaría solo.
14. Los pacientes que relacionaron la palabra psiquiatría, la primera vez que lo escucharon, con persona que trata locos, representa la mayor frecuencia en demorar al acceso a la atención especializada.
15. La mayor frecuencia en demorar al acceso a la atención especializada, se encontró en aquellos pacientes quienes asocian la depresión a falta de carácter.
16. Existe asociación entre los prejuicios sobre el especialista y la depresión, y la demora en el acceso a la atención especializada.
17. Los pacientes a quienes a excepción del médico general no les sugirieron acudir a psiquiatría, presentaron la mayor frecuencia en demorar al acceso a la atención especializada.
18. La mayor frecuencia en demorar al acceso a la atención especializada, fueron los pacientes quienes sus familiares o amigos notaron algún cambio en el paciente y no les sugirieron buscar atención especializada.
19. Existe asociación entre la influencia del entorno familiar o amical en buscar atención especializada, y la demora al acceso a la atención especializada.
20. Los pacientes a quienes el médico general no los escuchó con atención y sin prejuicios, representan la mayor frecuencia en demorar al acceso a la atención especializada.
21. Existe asociación entre la relación médico – paciente y demora al acceso a la atención especializada.

22. Los pacientes a quienes el médico general no los derivó a psiquiatría, representan la mayor frecuencia en demora al acceso a la atención especializada.
23. Existe asociación entre la derivación a la especialidad y la demora al acceso a la atención especializada.
24. La mayor frecuencia de cuándo fueron atendidos los pacientes en consultorio de psiquiatría, están representados por los pacientes quienes fueron atendidos el mismo día.
25. Existe asociación entre el sistema de intervención sanitaria, exceptuando la accesibilidad al servicio, y la demora en acceder a la atención especializada.
26. Los pacientes con un nivel de conocimiento medio, representan la mayor frecuencia en demorar al acceso a la atención especializada.
27. Existe asociación entre el nivel de conocimiento y la demora al acceso a la atención especializada.
28. Los pacientes depresivos acceden a la atención especializada después de un tiempo prolongado de sintomatología y tiempo sin recibir atención médica especializada.

RECOMENDACIONES

1. Realizar programas de capacitación sobre depresión a los médicos generales, que les permita realizar diagnóstico y derivación oportuna.
2. Evaluar frecuentemente a los médicos generales sobre el reconocimiento de la depresión.
3. Sensibilizar a la población de Lima Metropolitana sobre salud mental, mediante campañas televisivas, en redes sociales, y en las vías públicas, que permitan erradicar el estigma, prejuicio, y discriminación.

4. Sensibilizar a la entidad del MINSA más cercana para incrementar las actividades preventiva- promocionales que conlleven a la prevención de la depresión.
5. Sensibilizar al sector de educación primaria y secundaria a nivel nacional, para que se logren realizar capacitaciones al personal educativo sobre depresión y así puedan instruir a los niños y adolescentes sobre la importancia de la salud mental, con la finalidad de crear un futuro sin estigmas ni prejuicios sobre los pacientes de salud mental.
6. Realizar otras investigaciones para establecer las deficiencias del sector salud en reconocer los síntomas sobre depresión, y las razones por las que existe estigmas y prejuicios hacia los pacientes de salud mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Vallejo Ruiloba Leal Cercós, “Tratado de Psiquiatría” Vol.1 – 2012. Cap. 80, pág. 1141 -1144. Edit. MARBAN, Madrid, España.
2. Santiago Stucchi Portocarrero, Art. “La Depresión” , Área de Investigación del Instituto Nacional de Salud Mental, Noviembre 2014
3. Castillo Martell, “La depresión es una enfermedad mental que puede ser mortal si no se detecta y trata a tiempo”. Instituto Nacional de Salud Mental, Agosto 2014
4. Gloria Vergara Guevara, “Más de 11 millones de peruanos tendrían un problema mental a lo largo de su vida”, Salud Mental – MINSA, Octubre 2012.
5. Castillo Martell, “Problemas de salud mental ocasionaron pérdidas económicas de más de 12 millones de soles en el Perú en el 2012”, Instituto Nacional de Salud Mental “ Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, Junio 2014.
6. Guillermo Bigotti y cols. “Salud Mental y derechos humanos: La situación de los derechos de las personas internadas en establecimientos de salud mental”. Informe Defensorial n° 102, Defensoría del Pueblo, 1° Edición 2005. Perú.
7. Análisis de la demanda y el acceso a los servicios de salud en el Perú. Dirección general de Epidemiología. Ministerio de Salud. Dic.2012.
8. S. W. Jackson, Obra: Historia de la melancolía y la depresión. Desde los tiempos hipocráticos a la época moderna., Madrid:Turner (1989)
9. R. Klibansky, E. Panofsky, F. Saxl, “Saturno y la melancolía”. 1° Edición, edit. Alianza Forma, Junio 1991
10. Kaplan. Cap. 15 Trastornos del estado de ánimo, pags. 543 – 546.
11. Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10

12. Actualización de la Codificación del DSM 5. Suplemento del Manual Diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, 5º edición, Trastorno de Depresión mayor. Asociación Americana de Psiquiatría, Marzo 2014.
13. Rotondo, H. Manual de Psiquiatría, 2º edición, Capítulo 33, UNMSM, Lima-Perú 1998.
14. Ainara Arnaiz, J.J. Uriarte “Estigma y enfermedad mental”, Rev. Norte de Salud Mental nº 26. pág. 49-59
15. Bobes, J., Comportamientos suicidas: Prevención y tratamiento, Editorial Ars Médica, Barcelona- España 2004.
16. Real Academia Española, Definición de Paciente.
17. Real Academia Española, Definición de Psiquiatría.
18. Real Academia Española , Definición de Depresión
19. Real Academia Española , Definición de Demora
20. Real Academia Española , Definición de Estigma
21. Real Academia Española , Definición de Autoestigma
22. Real Academia Española , Definición de Prejuicio
23. Real Academia Española , Definición de Discriminación
24. Real Academia Española , Definición de Estereotipo
25. Murray CJL López, AD. The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Harvard University Press, World Health Organization and The World Bank, 1996.
26. José Alberto Gonzáles Cáceres, Pesquisa de Depresión en atención primaria mediante tres preguntas orales. Junio, 2009. Psiquiatría.com

27. Shoshana Berenzon, D en Psic, María Asunción Lara, D en CS, Rebeca Robles, D en Psic. et al. "Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México". Rev. Salud Pública Méx 2013; Vol. 55(1):74-80
28. Oficina de Estadística e Informática del Hospital "Hermilio Valdizán": Perfil de pacientes que asisten a consulta externa (atenciones médicas psiquiátricas). Año 2013.
29. Castillo Martell, Humberto: "El suicidio es el desenlace fatal de un proceso de enfermedad mental y se puede prevenir tratando la depresión". Nota de prensa, Lima – Perú, Setiembre 2014.
30. Isabel Pla Julián y cols. "Estereotipos y prejuicios de género: factores determinantes en salud mental". Rev. Norte de Salud Mental, 2013, vol. XI, nº46: 20-28.
31. Estudio epidemiológico metropolitano en Salud Mental 2002 – Informe General. Anales de Salud Mental – Órgano Oficial del Instituto Especializado de Salud mental. Vol XVIII, Año 2002, números 1 y 2. Pag. 126 – 127
32. Verónica Klingenberg: el perro negro. Diario Publimetro, 2014; Jun: pág.4
33. Fernando Wagner y cols.: enfocando la depresión como problema de salud pública en México, 2012; Rev Sal Ment. vol.35 no.1
34. Luis Vilchez Salcedo: factores que intervienen en la demanda de pacientes que acuden a la consulta externa del hospital "Víctor Larco Herrera". 2014, Rev. Per de Epid.vol. 18. nº2
35. Adalberto Campos A. y cols.: estigma, prejuicio y discriminación en salud mental. 2013; Rev. Cien Biom Edit, 4(1): 9-10

36. Isabel Pla j. y Col.: estereotipos y prejuicios de género: factores determinantes en salud mental. 2013; Rev.de Salud Mental y Psiquiatría comunitaria.
36. Pedro Castro c. y cols.: conocimientos y estigmas sobre salud mental en familiares de pacientes que acuden a consultorio externo del hospital nacional cayetano heredia.2013; Rev. Acta Med Per. vol.30 no.2
37. Melinda Stanley. y cols.: preferencias de los adultos mayores de la religión / espiritualidad en el tratamiento para la ansiedad y la depresión. 2011; Rev Aging Mental-health, 15(3):334-43.
38. Janaína Siqueira R. y cols.: la religiosidad/ espiritualidad en la práctica clínica: ¿qué puede hacer el psiquiatra?. 2013; Rev Deb en Psiq.
39. Carlos Gómez R. y col.: guía de atención integral para la detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos, atención integral con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente, parte i: factores de riesgo, tamización, diagnóstico y evaluación de riesgo de suicidio en pacientes con diagnóstico de depresión: 2012; Rev Colomb Psiq. vol. 41, no. 4
40. Rubén Eliseo Valle r. y col.: demora en la búsqueda de atención médica en pacientes adictos a sustancias psicoactivas: 2010; Rev Adic. vol. 22(1) págs. 73-80.

ANEXOS

ANEXO 01: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	NATURA-LEZA	INDI-CADOR	CATEGORI-ZACION	ESCALA DE MEDI-CION	DEFINICION OPERACIONAL	DEFINICION DE CONCEPTO
EDAD	Independiente	Cuantitativa	Número de años	Adultos: 18-64 años	De razón	Tiempo de vida de una persona	Tiempo de vida de una persona desde que nació hasta el presente (años cumplidos)
GENERO	Independiente	Cualitativa	DNI	Masculino Femenino	Nominal	Género al que pertenece el paciente	Conjunto de personas que tienen características generales comunes.
ESTADO CIVIL	Independiente	Cualitativa	Lo que refiera el paciente	Soltero Conviviente Casado Separado Divorciado Viudo	Nominal	Condición civil del paciente	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto
PROCEDENCIA	Independiente	Cualitativa	Lo que refiera el paciente	Costa – rural Costa – urbano Sierra – rural Sierra – urbano Selva – rural Selva – urbano Lima Metropolitana	Nominal	Lugar de donde procede el paciente.	Persona que procede de algún lugar.
GRADO DE INSTRUCCION	Independiente	Cualitativa	Lo que refiera el paciente	Ninguna Primaria Secundaria Técnico Superior	Nominal	Grado más elevado de estudio que tiene el paciente	Grado más elevado de estudios realizados o en curso
RELIGION	Independiente	Cualitativa	Lo que refiera el paciente	Católico Cristiano – evangélico Mormón Adventista Testigo de Jehová Otros	Nominal	Creencia religiosa del paciente.	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad (un dios o varios dioses).
NIVEL ECONOMICO	Independiente	Cualitativa	Lo que refiera el paciente	No pobre Pobre Pobre no extremo	Nominal	Posición económica del paciente	Posición económica en relación a

				Pobre extremo			otras personas basadas en sus ingresos.
ASPECTOS PSICOLOGICOS	Independiente	Cualitativa	La manera de pensar del paciente que lo lleva a realizar acciones.	-Toma de decisiones -Prejuicios sobre el especialista, depresión y género	Nominal	Todo aquello referente a la conducta y aspecto afectivo-emocional del paciente	Conjunto de característica del funcionamiento o psíquico humano
ENTORNO DEL PACIENTE	Independiente	Cualitativa	Factores externos que influyen al paciente sobre la toma de decisiones.	-Influencia del estigma, prejuicio o discriminación del entorno social en la toma de decisión del paciente. -Influencia del entorno familiar o amical en la búsqueda de atención especializada.	Nominal	Conjunto de factores que rodean al paciente e influyen en tomar decisiones del paciente.	Conjunto de circunstancias o factores sociales, culturales, morales, económicos, profesionales, etc., que rodean a una persona, e influyen en su estado o desarrollo.
SISTEMA DE INTERVENCION SANITARIA	Independiente	Cualitativa	Manera en que el sistema de intervención sanitaria influye en el acceso a la atención especializada del paciente	Relación médico – paciente Derivación a especialidad Accesibilidad al servicio	Nominal	Sistema de salud encargado de brindar atención médica al paciente.	Suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud.
NIVEL DE CONOCIMIENTO	Independiente	Cualitativa	-Diagnóstico de la depresión -Etiología de la depresión -Síntomatología de la depresión -Clasificación de la depresión -Tratamiento para la depresión	Adecuado Inadecuado	Nominal	Conocimiento que tiene el paciente sobre la depresión	Grado de un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje.
DEMORA EN EL ACCESO A LA ATENCION ESPECIALIZADA	Dependiente	Cualitativa	Demora que presenta el paciente para acceder a la atención especializada.	- Sin demora -Con demora	Nominal	Tardanza en la entrada al trato o comunicación con un sistema de salud especializado, expresado en > 6 meses como demora, y < 6 meses sin demora para fines del presente estudio.	Tiempo que demora un paciente en acceder a atención especializada.

ANEXO 02: INSTRUMENTO

CODIGO: N° _____

ENCUESTA

Estimado paciente: Marque con una X o la respuesta que crea conveniente y escriba en el espacio en blanco. Gracias.

1. Edad: _____

2. Género:

Masculino	
Femenino	

3.- Estado civil

Soltero (a)	
Casado (a)	
Conviviente	
Viudo (a)	
Divorciado (a)	
Separado (a)	

4.- Lugar de Procedencia

Costa- Rural	
Costa - Urbano	
Sierra Rural	
Sierra Urbano	
Selva Rural	
Selva Urbano	
Lima- Metropolitana	

5.- Grado de instrucción

Ninguno	
Primaria	
Secundaria	
Técnico	
Superior	

6.- ¿Cuál es su religión?

Católica	
Cristiano – Evangélico	
Mormón	
Testigo de Jehová	
Adventista	
Otro*	

(*) Especifique _____

7.- Indique Ud. su nivel económico

Pobre extremo	
No Pobre extremo	
No pobre	
Pobre	

8.- ¿Decidió Ud. por cuenta propia buscar atención médica?

Sí	
No	

9.- ¿Cuándo acudió a buscar ayuda por primera vez?

Hoy	
Hace 1 semana	
Hace más de 1 mes	
Hace más de 6 meses	
Hace más de 1 año	
Hace más de 2 años	

10.- ¿Hace cuánto tiempo empezó a presentar los síntomas?

>2 meses	
>2 años	

11.- ¿Cuándo le diagnosticaron la depresión?

Hoy	
Hace menos de 2 semanas	
Hace 2 a 4 semanas	
Más de 1 mes	
Más de 1 año	
Más de 2 años	

12.- ¿Cuánto tiempo pasó desde que inició los síntomas hasta que accedió por primera vez a atención especializada?

Hace más de 6 meses	
Hace menos de 6 meses	

13.- Al inicio ¿Le hizo saber a alguien sobre sus síntomas?

Sí	
No	

14.- Si su respuesta fue **NO**, marque la razón:

Vergüenza	
Miedo al rechazo de los demás	
Pensé que me pasaría solo	
Temor a que me calificaran como "loca/o"	
Temor a que el tratamiento me volviera dependiente	
Los demás me verían como débil	
Temor a perder el trabajo	
Temor a perder mis amistades	
Temor a perder a mi pareja	

Todas las anteriores	
Otra *	

(*) Especifique:

15.- Si en la pregunta n°13, marcó **SI**, o si **luego** le hizo saber alguien sobre sus síntomas, marque a quién:

Familiar	
Amigo(a)	
Pareja(novio(a), enamorado(a))	
Líder de su religión	
Esotérica (o)	
Curandero(a)	
Neurólogo	
Psicólogo(a)	
Médico general	
Médico Psiquiatra	

16.- Si marcó **Médico General**: Diga Ud. si lo/ la escuchó con atención y sin prejuicios*:

Sí	
No	

**Prejuicio: Opinión previa y tenaz, por lo general desfavorable acerca de algo que se conoce mal.*

17.- Si marcó **Médico General** en la pregunta 15, responda: ¿La/ lo derivó o sugirió que acudiera a Salud mental o psiquiatría?

Sí	
No	

18.- En relación a la pregunta n°15: Si marcó cualquier opción, **EXCEPTO**: Médico General o Psiquiatra, diga Ud:

¿La/ lo derivó o sugirió que acudiera a Salud mental o psiquiatría?

Sí	
No	

19.- Si su respuesta fue **SI**: ¿Acudió a donde lo derivaron o sugirieron?

Sí	
No	

20.- En relación a la pregunta anterior: Si marcó **SI**: Cuando llegó al establecimiento de salud, ¿Cuándo lo atendieron en consultorio de psiquiatría?

El mismo día que llegué	
En la primera semana	
Después de 1 semana	
No me atendieron	

21.- Si su respuesta fue **No me atendieron**: Marque la razón:

No había cita	
No alcanzó el tiempo para que me atendieran el día de mi cita	
Llegué después de la hora de mi cita y no pudieron atenderme	

22.- ¿Cuál de los siguientes enunciados cree Ud. que le podría ayudar a sentirse mejor?

Ansiolíticos (pastillas para dormir)	
Yerbas	
Otros*	

(*) Especifique: _____

23.- ¿Con cuál de estos enunciados relaciona Ud., la depresión?

Tristeza prolongada	
Tristeza pasajera	
Debilidad física	

24.- ¿En algún momento sus familiares o amigos le dijeron que habían notado algún cambio en Ud.?

Sí	
No	

25.- ¿Si su respuesta fue SI, su familiar o amigo le sugirió acudir a buscar atención especializada?

Sí	
No	

26.-La primera vez que escuchó la palabra: “psiquiatra”, ¿con qué lo relacionó?

Persona que trata a locos	
Doctor especialista	
Persona que trata con endemoniados o poseídos.	

27.- ¿Antes de recibir atención especializada, quién creía Ud. que diagnosticaba y trataba la depresión?

Psicólogo	
Farmacéutico	
La yerbista	
El curandero	
El líder de su religión	
La esoterista	
Libro de autoayuda	
Psiquiatra	
Neurólogo	

28.- ¿En algún momento tomó Ud. alguna yerba o preparado porque pensó que lo sanaría?

Sí	
No	

29.- ¿Cree Ud. que la depresión está relacionada con algún problema espiritual?

Sí	
No	

30.- ¿Cree Ud. que la depresión puede hacerlo enojar o volverse irritable?

Sí	
No	

31.- ¿Cree Ud. que la depresión puede cursar con alucinaciones?

Sí	
No	

32.- ¿Considera Ud. que la depresión se trata con medicamentos?

Sí	
No	

33.- Si su respuesta fue afirmativa:

¿Estaría dispuesto a tomar lo que le recete el psiquiatra?

Sí	
No	

34.- ¿Sabe Ud. si la depresión ocasiona recaídas?

Sí	
No	

35.- ¿Cree Ud. que existen tipos de depresión?

Sí	
No	

36.- Cree Ud. que la depresión puede hacerle subir o bajar de peso?

Sí	
No	

37.- ¿Considera Ud. que la depresión puede afectar la memoria y concentración?

Sí	
No	

38.- ¿Cree Ud. que la depresión puede alterar el sueño?

Sí	
No	

39.- ¿Cree Ud. que la depresión es exclusivamente de las mujeres?

Sí	
No	

40.- ¿Asocia Ud. la depresión a falta de carácter?

Sí	
No	

FECHA: _____

HORA: _____

Ha finalizado la encuesta. ¡Muchas gracias por su colaboración!

ANEXO 03: VALIDEZ DE INSTRUMENTOS POR JUICIO DE EXPERTOS

ENCUESTA

Estimado paciente: Marque con una X ó ✓ la respuesta que crea conveniente y escriba en el espacio en blanco. Gracias.

1. Edad: _____

2. Género:

Masculino	
Femenino	

3.- Estado civil

Soltero (a)	
Casado (a)	
Conviviente	
Viudo (a)	
Divorciado (a)	

4.- Lugar de Procedencia

Rural	
Urbano	
Urbano -	
Marginal	

5.- Grado de instrucción

Ninguno	
Primaria	
Secundaria	
Técnico	
Superior	

6.- ¿Cuál es su religión?

Católica	
Cristiano -	
Evangélico	
Mormón	
Testigo de Jehová	
Adventista	
Otro*	

(*) Especifique _____

7.- Indique Ud. su nivel económico

Pobre extremo	
Pobre	
No pobre	

8.- ¿Decidió Ud. por cuenta propia buscar atención médica?

Si	
No	

9.- ¿Cuándo acudió a buscar ayuda por primera vez?

Hoy	
Hace 1 semana	
Hace más de 1 mes	
Hace más de 6 meses	
Hace más de 1 año	
Hace más de 2 años	

10.- ¿Hace cuánto tiempo empezó a presentar los síntomas?

>2 meses	
>2 años	

11.- ¿Cuándo le diagnosticaron la depresión?

Hoy	
Hace menos de 2 semanas	
Hace 2 a 4 semanas	
Más de 1 mes	
Más de 1 año	
Más de 2 años	

12.- ¿Cuándo accedió por primera vez a atención médica especializada?

Hoy	
Hace menos de 2 semanas	
Hace 2 a 4 semanas	
Más de 1 mes	
Más de 1 año	

[Firma]
 MARIO YAMIL ORTIZ CARREROS
 MEDICO - PSICOMATRIA
 C.M.F. 23661 - RNE 15104

[Firma]
 DR. LEON GALFERRI DIRECTOR
 Médico Psiquiatra
 C.M.F. 10025 - RNE 10570

[Firma]
 MARIO YAMIL ORTIZ CARREROS
 MEDICO - PSICOMATRIA
 C.M.F. 23661 - RNE 15104

13.- ¿Le hizo saber a alguien sobre sus síntomas?

Si	
No	

14.- Si su respuesta fue **NO**, maque la razón:

Vergüenza	
Miedo al rechazo de los demás	
Pensé que me pasaría solo	
Temor a que me calificaran como "loca/o"	
Temor a que el tratamiento me volviera dependiente	
Los demás me verían como débil	
Temor a perder el trabajo	
Temor a perder mis amistades	
Temor a perder a mi pareja	
Todas las anteriores	
Otra *	

(*) Especifique:

15.- Si su respuesta fue **SI**, marque a quién se lo hizo saber:

Familiar	
Amigo(a)	
Pareja(novio(a), enamorado(a))	
Líder de su religión	
Esotérica (o)	
Curandero(a)	
Neurólogo	
Psicólogo(a)	
Médico general	
Médico Psiquiatra	

16.- Si marcó **Médico General**: Diga Ud. si lo/ la escuchó con atención y sin prejuicios*:

Si	
No	

*Prejuicio: Opinión previa y tenaz, por lo general desfavorable acerca de algo que se conoce mal.

17.- Si marcó **Médico General** en la pregunta 16, responda: ¿La/ lo derivó o sugirió que acudiera a Salud mental o psiquiatría?

Si	
No	

18.- En relación a la pregunta n°16: Si marcó cualquier opción, **EXCEPTO**: Médico General o Psiquiatra, diga Ud:

¿La/ lo derivó o sugirió que acudiera a Salud mental o psiquiatría?

Si	
No	

19.- Si su respuesta fue **SI**: ¿Acudió a donde lo derivaron o sugirieron?

Si	
No	

20.- En relación a la anterior pregunta: Si marcó **SI**: Cuando llegó al establecimiento de salud, ¿Cuándo lo atendieron en consultorio de psiquiatría?

El mismo día que llegué	
En la primera semana	
Después de 1 semana	
No me atendieron	

[Firma]
MÉDICO YABIL QUESADA CARRERA
SERVICIO PSICIASTRÍA
CAMP 2381 RNE 13016

[Firma]
Dr. LEON CARRERA RECTOR
Médico Psiquiatra
CAMP 6025 RNE 10520

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE REFERENCIA
[Firma]
Dr. J. G. GONZÁLEZ
MÉDICO PSICIASTRÍA


MARIO TRABAQUE
 MEDICO PSIQUIATRA
 C.M.P. 22881 R.N.E. 15594


Dr. LIDIA CASAPRO
 MEDICO PSIQUIATRA
 C.M.P. 18025 R.N.E. 10507


MARIO TRABAQUE
 MEDICO PSIQUIATRA
 C.M.P. 22881 R.N.E. 15594

21.- Si su respuesta fue **No me atendieron**: Marque la razón:

No había cita	
No alcanzó el tiempo para que me atendieran el día de mi cita	
Llegué después de la hora de mi cita y no pudieron atenderme	

22.- ¿Cuál de los siguientes enunciados cree Ud. que le podría ayudar a sentirse mejor?

Ansiolíticos (pastillas para dormir)	
Yerbas	
Otros*	

(*) Especifique: _____

23.- ¿Con cuál de estos enunciados relaciona Ud., la depresión?

Tristeza prolongada	
Tristeza pasajera	
Debilidad física	

24.- ¿En algún momento sus familiares o amigos le dijeron que habían notado algún cambio en Ud.?

Si	
No	

25.- ¿Si su respuesta fue Si, su familiar o amigo le sugirió acudir a buscar atención especializada?

Si	
No	

26.- Cuando Ud. escucha la palabra: "psiquiatra", ¿con qué lo relaciona?

Persona que trata a locos	
Doctor especialista	
Persona que trata con endemoniados o poseídos.	

27.- ¿Quién cree Ud. que diagnostica y trata la depresión?

Psicólogo	
Farmacéutico	
La yerbista	
El curandero	
El líder de su religión	
La esoterista	
Libro de autoayuda	
Psiquiatra	
Neurólogo	

28.- ¿En algún momento tomó Ud. alguna yerba o preparado porque pensó que lo sanaría?

Si	
No	

29.- ¿Cree Ud. que la depresión lo causa algún mal o espíritu?

Si	
No	

30.- ¿Cree Ud. que la depresión puede hacerlo enojar o volverse irritable?

Si	
No	

31.- ¿Cree Ud. que la depresión puede hacerle tener alucinaciones?

Si	
No	

32.- ¿Considera Ud. que la depresión se trata con medicamentos?

Si	
No	

33.-Si su respuesta fue afirmativa:
¿Estaría dispuesto a tomar lo que le recete el psiquiatra?

Sí	
No	

34.- ¿Sabe Ud. si la depresión ocasiona recaídas?

Sí	
No	

35.- ¿Cree Ud. que existen tipos de depresión?

Sí	
No	

36.-Cree Ud. que la depresión puede hacerle subir o bajar de peso?

Sí	
No	

37.- ¿Considera Ud. que la depresión puede afectar en su memoria y concentración?

Sí	
No	

38.- ¿Cree Ud. que la depresión puede alterar el sueño?

Sí	
No	

39.- ¿Cree Ud. que la depresión es exclusivamente de las mujeres?

Sí	
No	

40.- ¿Asocia Ud. la depresión a falta de carácter?

Sí	
No	

FECHA: _____

Ha finalizado la encuesta. ¡Muchas gracias por su colaboración!


WILKO YAMIL QUIJPE CONTRERAS
MÉDICO PSICIAETRA
C.M.P. 23881 / RNE 13148


Dr. LEÓN CASTRO HECTOR
Médico Psiquiatra
C.M.P. 18725 / RNE 11537

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL GENERAL ALDAMAR
DR. JOSÉ CÉSAR DURÁN
C.M.P. 23077 / RNE 4113
MÉDICO PSICIAETRA

ANEXO 04: CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO – ESTUDIO PILOTO

PRUEBA PILOTO

Se realizó una encuesta Piloto para encontrar los factores asociados a la demora en el acceso a la atención especializada en pacientes depresivos. Se realizaron 30 encuestas, y el resultado de las asociaciones encontradas fue:

DEMORA EN EL ACCESO A LA ATENCION ESPECIALIZADA			
	RESPUESTAS	TOTAL	(%)
ACCEDIO POR PRIMERA VEZ A LA ATENCION ESPECIALIZADA	MENOS DE 6 MESES	6	20%
	MAS DE 6 MESES	24	80%
TOTAL		30	100%

-Grupo de pacientes que:

-Grupo de pacientes que demoró en acceder a la atención especializada: 80%

-Grupo de pacientes que accedió a atención especializada oportunamente: 20%

ANEXO 05: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CODIGO N°: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La información presentada a continuación tiene como finalidad ayudarle a decidir si Ud. desea participar en una investigación clínica en donde se guardará la confidencialidad del caso.

Si tuviera alguna duda, pregúnteles a las personas encargadas del estudio.

- Título de la Investigación:
- “FACTORES ASOCIADOS A LA DEMORA EN EL ACCESO PARA ATENCIÓN EN PACIENTES DEPRESIVOS EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN, ENERO -JUNIO 2015”

- Lugar donde se desarrolla el estudio:

Hospital Hermilio Valdizán, ubicado en Carretera Central Km. 3.5 – Santa Anita.

Información general del estudio:

El propósito del estudio es conocer los factores asociados a la demora en el acceso a la atención especializada, con el fin de poder desarrollar nuevas estrategias para así prevenir la cronicidad de esta patología y brindar tratamiento oportuno.

Objetivo del estudio:

Determinar los factores: a) socio- económicos, b) aspectos psicológicos, c) entorno del paciente, d) sistema de intervención sanitaria, e) nivel de conocimiento, f) tiempo transcurrido desde que los pacientes inician sintomatología hasta que

acceden por primera vez a la atención médica especializada, todos ellos relacionados a la demora en el acceso a la atención psiquiátrica.

Procedimiento del estudio:

Los pacientes que decidan voluntariamente participar en este estudio, se le realizará una entrevista donde se les tomará la encuesta, que tendrá una duración aproximada de 30-45 minutos. En esta investigación, participarán pacientes de sexo femenino o masculino, mayor o igual a 18 años de edad en el día de la firma del consentimiento informado, paciente que tenga la capacidad de entender las preguntas planteadas en el instrumento y que voluntariamente acceda a participar y firmar el consentimiento informado.

En este momento, el personal que participa en esta investigación mantendrá la confidencialidad de los pacientes participantes y no se recogerán datos sobre su identidad, por lo que no será posible identificarlos en el futuro.

Usted no recibirá ningún beneficio directo del presente estudio, pero el personal encargado podrá tener información útil sobre los factores relacionados a la demora en el acceso a la atención especializada.

Este estudio es clasificado como “sin riesgo”, ya que no se conoce ningún riesgo físico o mental por el hecho de participar en esta investigación.

Los resultados de esta investigación se utilizarán para la realización de una Tesis para obtener el Título de Médico - Cirujano en la Facultad de Medicina Humana de la Universidad “Ricardo Palma”. Este estudio ha sido aprobado por el Comité Ético del Hospital.

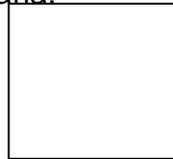
Su colaboración es voluntaria y es libre para decidir no participar en este estudio sin ningún tipo de prejuicio para usted.

Si desea participar coloque su nombre y firma en el lugar señalado.

Yo (Sra./Sr.)

Entiendo la información brindada líneas arriba, por lo que de manera libre y voluntaria, doy mi consentimiento para participar en esta investigación. Siendo así que mi participación es completamente voluntaria.

Firma del paciente



Huella digital

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN.

Lima, ___ de _____ del 201_

HORA: _____

—