

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO
ESCUELA DE RESIDENTADO MEDICO**



**FACTORES RELACIONADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
ANTIPSICÓTICO EN LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS EN EL HOSPITAL
MILITAR CENTRAL DEL PERÚ «CORONEL LUIS ARIAS SCHREIBER» ENTRE LOS
AÑOS 2015 Y 2020**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRÍA**

**PRESENTADO POR
DR BACA REYES, MOISES JUAN**

**DIRECTOR
Jhony A. De La Cruz Vargas, Phd, MSc, MD.**

**ASESOR (ES)
DR. RAFAEL IVÁN HERNÁNDEZ PATIÑO
DR. JOSE MANUEL VELA RUIZ**

**LIMA, PERÚ
2021**

INDICE

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- 1.1 Descripción de la realidad problemática
- 1.2 Formulación del problema
- 1.3 Línea de Investigación
- 1.4 Objetivos
 - 1.4.1 General
 - 1.4.2 Específico
- 1.5 Justificación del Estudio
- 1.6 Limitaciones
- 1.7 Viabilidad

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

- 2.1 Antecedentes de la Investigación Internacional y Nacional
- 2.2 Bases teóricas
- 2.3 Definiciones conceptuales
- 2.4 Hipótesis de investigación

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

- 3.1 Diseño de estudio
- 3.2 Población
- 3.3 Muestra
 - 3.3.1 Tamaño muestral
 - 3.3.2 Tipo de muestreo
 - 3.3.3 Criterios de selección de la muestra
 - 3.3.3.1 Criterios de inclusión
 - 3.3.3.2 Criterios de exclusión
- 3.4 Variables del estudio
 - 3.4.1 Operacionalización de variables
- 3.5 Técnicas e instrumento de recolección de datos
- 3.6 Procesamiento de datos y plan de análisis
- 3.7 Aspectos éticos de la investigación

CAPÍTULO IV: RECURSOS Y CRONOGRAMA

- 4.1 Fuente de financiamiento

4.2 Cronograma

4.3 Presupuesto

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

1. Matriz de consistencia
2. Instrumento de recolección de datos
3. Solicitud de permiso institucional
4. Reporte de Turnitin

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales más graves. Tiene una prevalencia puntual de 4,6 por 1000 habitantes, una prevalencia a lo largo de la vida de alrededor del 1% y la mediana de la incidencia notificada es de 15 casos por 100 000 habitantes. Aproximadamente dos tercios de los casos nuevos de esquizofrenia ocurren antes de los 45 años, es decir, en adultos jóvenes o de mediana edad. En cuanto a la presentación clínica, la esquizofrenia se caracteriza por un fenotipo heterogéneo y un curso variable, por lo que realmente se debería hablar de un grupo de enfermedades, "las esquizofrenias". Sin embargo, de acuerdo con los criterios de diagnóstico y clasificación, utilizamos el singular "esquizofrenia" para las guías. La enfermedad se caracteriza por trastornos psicopatológicos de percepción, funciones del yo, afectividad, energía y función psicomotora y por eventos que ocurren en coyunturas particulares del curso de la enfermedad. Este último es inter e intraindividualmente variable: puede haber un solo episodio, episodios recurrentes sin ningún síntoma intermedio, recaídas de gravedad creciente o enfermedad continua sin ausencia periódica de síntomas. Aunque se sabe que ocurren episodios autolimitados de esquizofrenia, la mayoría de los episodios requieren un tratamiento multiprofesional. El diagnóstico se realiza de manera operacionalizada de acuerdo con los criterios de la CIE-10. No sólo es muy importante diferenciar la esquizofrenia de otras enfermedades mentales; Las enfermedades somáticas también deben considerarse comorbilidades o causas de psicosis secundarias. La esquizofrenia, al día de hoy, se ha tornado en una fuente principal de discapacidad en el paciente, perjudicando de forma importante su calidad de vida. El diagnóstico temprano seguido de un tratamiento acorde a cada paciente uno de las columnas fundamentales que se toca en las políticas de salud^{1,2}.

Ahora se reconoce ampliamente que la esquizofrenia contribuye sustancialmente a la carga global de enfermedad. También es bien sabido que la esquizofrenia está asociada con tasas elevadas de suicidio. Menos apreciado es el hecho de que las personas con esquizofrenia tienen un mayor riesgo de padecer una enfermedad prematura. muerte asociada con enfermedades somáticas comórbidas. Además de los efectos adversos relacionados con la medicación, la esquizofrenia puede desencadenar una cascada de factores

socioeconómicos y de estilo de vida que, a su vez, pueden traducirse en resultados adversos para la salud física. Estas condiciones físicas comórbidas contribuyen a un mayor riesgo de mortalidad entre las personas con esquizofrenia³.

Los expertos de salud y con mayor énfasis los psiquiatras lidian con esta situación a diario, involucrando el ambiente familiar, social y el tratamiento farmacológico, que han evidenciado en múltiples investigaciones, ser esenciales para la recuperación. Acorde con nuestra experiencia clínica, se ha constatado que los individuos con esta dolencia sin un apego estricto al tratamiento sufren el avance creciente de la patología.

Es por ello que en el presente trabajo pretendemos definir: ¿Cuales son los factores relacionados a la falta de adherencia al tratamiento antipsicótico de esquizofrenia en usuarios del Hospital Militar Central en los años 2015-2020?.

1.2 Formulación del problema:

¿Cuáles son los factores relacionados a la falta de adherencia al tratamiento antipsicótico de esquizofrenia en usuarios del Hospital Militar Central en los años 2015-2020?.

1.3 Línea de Investigación:

Prioridades de Investigación del Instituto Nacional de Salud proyectadas para el año 2019-2023, esta investigación se encuentra dentro del problema 1 de los 10 problemas sanitarios de nuestro País: Salud Mental y se vincula con la prioridad de salud pública y de especialidades clínicas y quirúrgicas de las prioridades de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma.

1.4 Objetivos:

1.4.1 General:

Determinar los factores relacionados a la falta de adherencia al tratamiento antipsicótico de esquizofrenia en usuarios del Hospital Militar Central en los años 2015-2020.

1.4.2 Específicos:

- Identificar si la relación paciente-terapeuta es un factor de consideración a la no adherencia en la medicación antipsicótica.
- Determinar si el estado civil es un factor relacionado a la no adherencia en el tratamiento antipsicótico.
- Establecer si el nivel educativo es un factor relacionado a la no adherencia a la medicación antipsicótica.
- Reconocer si el estrato socioeconómico es una causal relacionada a la no adherencia en el tratamiento antipsicótico.
- Identificar si la estructura familiar disfuncional es un factor de riesgo de a la no adherencia en el tratamiento antipsicótico.
- Identificar si los efectos adversos de los medicamentos son factores de riesgo de a la no adherencia en el tratamiento antipsicótico.

1.5 Justificación del Estudio:

La presente investigación tienen significancia por tratar claramente uno de los elementos más importantes y efectivos en la problemática de la esquizofrenia, así como los factores de falta de adherencia al tratamiento y sus variables pronósticas; esta invaluable información a su vez generará una postura beneficiosa para los pacientes así como medidas prácticas preventivas; este tipo de perspectiva permitirá un adecuado manejo de los factores causales involucrados, elementos de riesgo y así poder tomar en cuenta medidas orientadas a la identificación de pacientes que en el futuro presentaran falta adherencia en el tratamiento, además, esta información podrá ser útil para la realización de futuros estudios relacionados al tema, aportando de esta manera a la sociedad científica.

Es de significancia metodológica por que las herramientas de acopio de datos que se utilizarán tienen validez y confiabilidad. También servirá como fuente bibliográfica para futuras investigaciones sobre este tema.

1.6 Limitación

El estudio se realizará teniendo en cuenta los datos en los registros del Hospital Militar Central durante el periodo 2015-2020 y considerando los criterios de inclusión y exclusión.

1.7 Viabilidad

El estudio es viable ya que se utilizará una ficha de recolección de datos que serán tomados de las historias clínicas del periodo del 2015-2020. Se contará con los permisos

institucionales requeridos por el Hospital Militar para ello, así como las autorizaciones del INICIB para el desarrollo del protocolo. No se requiere comité de ética porque sólo se accederá a la información contenida en las historias clínicas. Se cuenta con el apoyo del Servicio de Salud Mental para la realización de la presente investigación.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación Internacional y Nacional

De acuerdo a lo planteado por **Phan**², en comparación con la ausencia de medicación los antipsicóticos reducen significativamente las tasas de recaída en pacientes con esquizofrenia estabilizados con antipsicóticos durante un año. Desafortunadamente, la falta de adherencia es común y la falta de adherencia a la medicación en se informa que los pacientes con esquizofrenia oscilan entre el 20% y el 89%. El ensayo patrocinado por The National Institute of Mental Health (USA) que evalúa la efectividad de medicamentos antipsicóticos de primera y segunda generación en personas diagnosticadas con esquizofrenia encontró que el 74% de los pacientes interrumpieron la medicación antipsicótica antes de los 18 meses. En otro estudio, las tasas medias de incumplimiento son del 55% en los primeros dos años después de un episodio psicótico, y los estudios han encontrado que los pacientes que históricamente han sido no adherentes a la medicación tienen más probabilidades de no adherente al futuro.

La revisión de la literatura científica sobre la no adherencia al tratamiento ha mostrado una gran variabilidad al tratamiento psicofarmacológico yendo desde 10% al 77%, con tasas medias de 35 a 60%⁴.

Gabriel et al⁵ en su estudio de meta análisis, datos recopilados a través de un estudio multicéntrico hecho en 24 estados soberano, ordenados según su nivel de remuneración, determinaron un posible índice absoluto de abandono a los 12 meses, en pacientes que reciben medicinas por cualquier patología mental, de 31,7%, con un 26,3% en estados soberanos de ingresos altos, un 41,5% en estados soberanos de ingresos medianos o medios altos y de un 37,6% en estados soberanos de ingresos bajos o medios bajos.

En una investigación llevada a cabo en Singapur, con pacientes psicóticos que recibieron intervención multidisciplinaria temprana, **Zeng et al**⁶ mostró un 14% de abandono durante los siguientes 24 meses. Además especifica algunos factores predictores de alejamiento del tratamiento como por ejemplo la etnia (Malaya) y bajos niveles de estudios escolares (inferior a 6 años).

Vancamfort et al⁷ y **Tanskanen et al**⁸ en Eslovenia y Finlandia desarrollaron otro estudios en que desarrollan rastreo a enfermos que debutan con episodio inicial de psicosis y demuestran que la permanencia a la medicación farmacológica en poca cuantía es algo

común, con niveles de deserción al tratamiento que rondan el 19% a los 3 meses, 44% a los 6 meses y 56% al año de tratamiento.

A nivel de Sudamérica, en una clínica psiquiátrica de Bogotá **Amézquita Gómez et al**⁹ hizo seguimiento a 184 pacientes con esquizofrenia, demostró un 51,2% de abandono a la medicación antipsicótica y una relación importante con algunas características de los pacientes estudiados: haber fumado marihuana, nivel educativo primaria, ser parte de estratos socioeconómicos bajos, así como tener cosanguinidad de primer grado con personas que han tenido antecedentes de alguna patología mental. En los casos en los que no recibieron su medicación a tiempo, aumentó también el riesgo de no adherencia¹⁰.

En el 2010, a fin de describir los agentes involucrados a la no adherencia a la medicación en pacientes esquizofrénico adultos en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen – Essalud, se conversó con 100 pacientes con dicho diagnóstico que acudían al hospital ambulatoriamente por lo últimos 3 años y se encontró que dichas personas tenían un 67% de adherencia al tratamiento. No se encontró relación de importancia en las variables demográficas como edad, sexo y estado civil con la adherencia al tratamiento sin embargo sí se encontró una asociación importante entre el no laborar y la escasa adherencia al tratamiento farmacológico¹¹.

2.2 Bases teóricas

La esquizofrenia es una patología mental de curso crónico cuyas manifestaciones incluyen alteraciones en la captación o la exteriorización de la realidad. El funcionamiento psíquico del paciente también manifiesta múltiples alteraciones características, fundamentalmente de la conciencia de realidad, y una desorganización neuropsicológica compleja que afecta la motivación para actividades del día a día y un desinterés por la esfera social. No obstante, debido a diferentes posibles manifestaciones sintomáticas posibles, se ha sugerido que la esquizofrenia se trataría de diferentes trastornos y no de una única entidad. Según la OMS, señala que “en el mundo cada año son reportados cerca de 700 millones de enfermedades relacionadas con el sistema nervioso central y el cerebro. Encontrándose a la depresión, la esquizofrenia, el trastorno bipolar, el abuso de alcohol y el trastorno compulsivo, las primeras 10 causas de enfermedades mentales que producen mayor discapacidad crónica”^{10,12}.

Ahora es ampliamente reconocido que la esquizofrenia contribuye sustancialmente a la carga global de enfermedad. También es sabido que la esquizofrenia es asociada con tasas elevadas de suicidio. Menos apreciado es el hecho de que las personas con esquizofrenia

están en aumento del riesgo de asociación de muerte prematura atado con condiciones somáticas comórbidas. Aparte de los efectos adversos relacionados con los medicamentos, la esquizofrenia puede desencadenar una cascada de factores socioeconómicos y de estilo de vida que, a su vez, pueden traducirse en efectos adversos

resultados de salud física. Estas condiciones físicas comórbidas contribuyen a mayores riesgos de mortalidad entre las personas con esquizofrenia ^{8,13}.

En el año 2010, en España “alrededor de 9% de los habitantes sufrió algún tipo de enfermedad mental y aproximadamente el 15% lo padecerá en algún momento de su vida. Aumentando en frecuencia los involucrados con el estado de ánimo, la depresión, o problemas de la ansiedad, como pánico, fobias, estrés postraumático y trastornos mentales graves mayoritariamente esquizofrenia y el trastorno bipolar”.¹⁴

En la esquizofrenia hay una manifestación muy variada de síntomas que lo hace un síndrome enrevesado. Síntomas muy particulares, pero de ninguna manera exclusivos, los síntomas de esta patología pueden ser divididos en como "positivos", "negativos" y "cognitivos". Los síntomas positivos son formas de actuar y de pensar que por lo general están ausentes en la población en general, por ejemplo psicosis recurrentes, atribuido como "pérdida de contacto con la realidad" consistiendo de habla desorganizada, alucinaciones y delirios y cambios en la forma de comportarse. El síndrome amotivacional es caracterizado por síntomas negativos, entendidos como aplanamiento afectivo, insociabilidad, anhedonia (la incapacidad sentir placer) y debilitamiento de la iniciación de proyectos o decisiones y la energía. Para concluir, las funciones cognitivas también se ven afectadas y esto se manifiesta como un abanico vasto de disfunciones en la cognición^{1,5}.

El preámbulo de esta patología puede pasar desapercibido, se le conoce a esta etapa con el nombre de prodrómica (precedente a la exteriorización del primer episodio psicótico) y estriba en un deterioro de las funciones cognitivas y sociales, que generalmente comienza en la adolescencia temprana y se anticipa al inicio de los síntomas psicóticos por más de 10 años. Desafortunadamente, estas manifestaciones nacientes no llaman la atención suficientemente para que estos casos sean derivados con más frecuencia para el especialista apropiado hasta que la desconexión de la realidad sea de consideración, por lo general en épocas de la adolescencia tardía o adultez temprana. El desenlace final de la esquizofrenia es variopinto, partiendo desde la remisión absoluta hasta la obligación de asistencia crónica, por lo general se considera que estos pacientes viven aproximadamente 20 años menos que las población general¹⁵.

La vida de estos pacientes se ve disminuída en diferentes ámbitos: personal, laboral, familiar e incluso vivir de forma independiente. Estas carencias suelen continuar luego que las manifestaciones de psicosis han desaparecido. La posibilidad de que enfermos de esta patología vivan sin ayuda de otras personas depende si llegan a hacer uso de una mezcla de terapéutica antipsicótica e intervenciones psico sociales, que incrementan la calidad de vida, pero su alcance en el desempeño social y profesional es limitado. Por otro lado, los resultados funcionales dependen en gran medida de la presencia y gravedad de síntomas cognitivos y negativos al inicio de la enfermedad. De esta manera, muchos estudios realizados recientemente tienen como objetivo principal las intervenciones psicológicas, sociales o farmacológicas con la finalidad de disminuir los deterioros cognitivos en la esquizofrenia^{1,12}.

En investigaciones realizadas en el Perú se ha determinado que aproximadamente 280 mil personas padecen de esta patología, cuyas características comprenden perturbaciones en distintas funciones mentales, tienen un riesgo incrementado de presentarla los varones entre los 15 y 25 años de edad y mujeres entre los 25 y 35 años. Poco frecuentemente también puede comenzar en otras etapas de la vida como la infancia y la vejez, y se ha estimado que durante la vida de sufrirla es de 1% de la población¹⁴.

ETIOGENIA

Los factores que desencadenan la esquizofrenia permanecen aún ocultos para la ciencia. Las pesquisas científicas sugieren que es en cambio una constelación de agentes de diferente índole, ya sean físicos, genéticos, psicológicos y ambientales puede hacer que una persona sea más susceptible a desplegar episodios psicóticos a lo largo de su vida. Sin embargo, es un misterio el motivo por el cual algunas personas desarrollan síntomas y para otras es un fenómeno ausente durante toda su vida. Lo que si se ha llegado a determinar es que hay ciertos factores parecen aumentar el riesgo de desarrollar o desencadenar esquizofrenia, que incluyen:

Tener antecedentes familiares de esquizofrenia. La esquizofrenia tiene mucho componente ligado al material genético y la herencia, sin embargo se sabe que no se trata de un solo gen el involucrado. La diferente mezcla de genes hace más factible que ciertos individuos tengan mayor probabilidad de desarrollar la dolencia aunque tener estos genes no es un indicador ominoso y absoluto para desarrollar esta patología. Es gracias a estudios en hermanos gemelos que tenemos la certidumbre que hay un componente hereditario. Los gemelos idénticos poseen los mismos genes y debido a esto, si se presenta la patología es

un gemelo, el otro detenta una probabilidad de 1 en 2 de sufrirla también, incluso si se crían con familias diferentes. En el caso de los gemelos no idénticos, aquellos que poseen una estructura genética diferente, cuando un gemelo sufre a lo largo de su vida de esquizofrenia, el otro solo manifiesta una probabilidad de 1 en 8 sufrir la afección. A pesar que estos números son superiores a lo que se presentan en la gente común, donde la probabilidad es de aproximadamente 1 en 100, sugiere que los genes son sólo uno de los factores involucrados en la aparición de la mencionada enfermedad.

Se han encontrado anomalías estructurales cerebrales en estudios post mortem, así como en imágenes in vivo utilizando tecnología de tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética. Con respecto a este último, las dismorfologías estructurales han incluido agrandamiento de los ventrículos lateral y tercero, pérdida del volumen total de materia gris, lóbulo frontal y temporal, así como una reducción en el tamaño total del cerebro. Estos hallazgos parecen estar presentes al inicio de la enfermedad y no pueden atribuirse a una degeneración progresiva; sin embargo, la mayoría de los hallazgos son inespecíficos y se han observado en otros trastornos psiquiátricos. Los estudios de imágenes funcionales que utilizan tomografía por emisión de positrones o flujo sanguíneo cerebral regional han observado una disminución del metabolismo en la corteza frontal (hipofrontalidad), así como disfunción del hemisferio izquierdo.

También se han investigado ampliamente las anomalías de los sistemas de neurotransmisores. Durante muchos años, la teoría predominante de la esquizofrenia se ha centrado en el sistema de dopamina (DA). La hipótesis DA de la esquizofrenia se deriva de dos observaciones. Primero, la potencia de la medicación AP estándar se correlaciona con la cantidad de bloqueo del receptor DA (D2). En segundo lugar, fármacos como las anfetaminas, que mejoran la actividad de la DA, pueden causar psicosis o exacerbar los síntomas esquizofrénicos. La hipótesis DA sostiene que los síntomas psicóticos como las alucinaciones y los delirios están asociados con la hiperactividad del sistema mesolímbico DA. De manera similar, tanto la serotonina (5-hidroxitriptamina [5-HT]) como la norepinefrina se han asociado con la fisiopatología de la esquizofrenia porque la potencia de la generación más nueva de AP se ha relacionado con el bloqueo de los receptores alfa-adrenérgicos y de la 5-HT. Finalmente, el papel del neurotransmisor glutamato en la fisiopatología de la esquizofrenia está ganando mayor credibilidad en parte porque varios de los genes de susceptibilidad a la esquizofrenia identificados recientemente se dirigen a la transmisión glutamatérgica.^{1,16}

DIAGNÓSTICO

Para realizar el diagnóstico de Esquizofrenia se debe hacer la evaluación inicial incluyendo:

- Historia clínica médica y psiquiátrica.
- Historia psicosocial e historia psiquiátrica familiar.
- Evaluación física haciendo énfasis en la parte neurológica.
- Examen del estado mental.

Para realizar la valoración de las patologías mentales en Perú, se aplican ya sea el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-V-TR), o la Clasificación Internacional de las Enfermedades (The ICD-10 Classification of Mental and behavioural Disorders)^{17,18}.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Se debe realizar un diagnóstico diferencial de la esquizofrenia con otros cuadros psíquicos, con cuadros tóxicos y orgánicos. En cuanto a los cuadros psíquicos, debería diferenciarse entre trastorno esquizoafectivo; trastorno afectivo con rasgos psicóticos; trastorno esquizofreniforme; trastorno psicótico breve; trastorno delirante; trastorno profundo del desarrollo; trastorno de la personalidad esquizotípico, esquizoide o paranoide; trastornos borderline; psicosis histérica disociativa, y psicosis puerperales. El diagnóstico diferencial referido a cuadros orgánicos debería llevarse a cabo con tumores cerebrales (frontales, temporales); enfermedad del lóbulo temporal; epilepsia; encefalopatía vírica-encefalitis; abscesos cerebrales; postencefalitis; tirotoxicosis; porfiria aguda intermitente; y trastorno psicótico debido a delirio o demencia. Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. Finalmente, en cuanto a cuadros tóxicos, deberían tenerse en cuenta los siguientes: consumo crónico de cannabis, anfetaminas, LSD, digital, esteroides, alucinosis alcohólica, u otros¹⁶.

MANEJO FARMACOLÓGICO DE LA ESQUIZOFRENIA

Los objetivos de la farmacoterapia en la esquizofrenia debe cubrir:

- Evitar cuando sea posible la institucionalización de los pacientes.
- Controlar el episodio agudo psicótico.
- Permitir en el periodo intercrítico la mejoría y la funcionalidad.
- Minimizar la aparición de nuevos episodios.
- Fomentar la mejoría de los síntomas del ánimo y cognitivos del paciente.
- Reforzar la calidad de vida tanto del usuario y su familia^{15,16}.

ADHERENCIA

Según la OMS, la adherencia podría definirse como el nivel en que la forma de comportarse de un individuo —mantenerse ingiriendo el fármaco, seguir una dieta y promover variabilidad en el modo de vivir— van acorde con el consejo estipulado por un facilitador de asistencia sanitaria¹⁹.

Con el tiempo se han utilizado una amplia variedad de términos alternativos, incluyendo el cumplimiento y la fidelidad del tratamiento, pero la adherencia actualmente se ve favorecida en parte debido a su neutralidad. A diferencia de, el cumplimiento implica un equilibrio de poder desigual entre el prescriptor y el paciente. La adherencia a la medicación se basa en un espectro que va desde personas que no toman medicamentos, a pesar de estar de acuerdo con el médico prescriptor para hacerlo, para aquellos que toman cada dosis precisamente a tiempo. Entre estos dos extremos son pacientes que muestran diversos grados de adherencia, tomando alguna medicación algunas veces pero no consistentemente según lo prescrito. Esto se denomina adherencia parcial e incluye a aquellos que constantemente omiten dosis en un de forma regular y aquellos que atraviesan ciclos de diferentes niveles de adherencia a lo largo del tiempo, por ejemplo, tomando el 100% de la medicación durante una recaída pero reduciendo gradualmente su ingesta cuando está en remisión. Los problemas con la adherencia pueden incluir tomar medicación en exceso, pero esto es menos común, los que toman menos medicación que prescrito y aquellos que dejaron de tomar del todo el tratamiento. La adherencia suele estar dicotomizada para la investigación propósitos y a menudo se define como faltante al menos el 20% de la medicamento en cuestión. Este límite tiene validez para predecir hospitalización posterior a través de varias enfermedades crónicas, aunque para pacientes individuales el grado de incumplimiento que afecta los resultados de salud variará y dependerá de múltiples factores, incluida la afección, su gravedad, el riesgo de recurrencia, la eficacia relativa de la medicación y su dosis y frecuencia de administración^{3,9,20}.

Se estima que aproximadamente 50% de los enfermos que son recetados con terapéutica de duración prolongada no concluye su tratamiento, cosa que manifiesta una complicación especialmente de consideración en dolencias mentales crónicas, precisamente aquellas cuya cantidad de adherencia a la medicina es incluso más bajas que en otras patologías, considerando las patologías psiquiátricas de consideración como la esquizofrenia y el trastorno bipolar, el índice medio de permanencia en la medicación es de 42% en la esquizofrenia y del 41% en el trastorno bipolar, habiendo una alternancia de importancia

entre las investigaciones. La mejor metodología para evaluar la adherencia (investigación cualitativa frente a cuantitativa, autoinforme del paciente frente a informes de los médicos, medición directa de parámetros en sangre u orina frente a mediciones indirectas), el período de observación (de una semana a varios meses) y los criterios para definiendo la falta de adherencia. Además, la adherencia a la medicación es un comportamiento dinámico dicotómico, influenciado por múltiples factores que pueden estar relacionados a estos pacientes (efectos adversos de la medicación), sus interacciones sociales (sostén familiar y alianza terapéutica), contrariedades cognitivas como menoscabo de la memoria o atención y también el sistema prestador de servicios de salud. El estudio de estos componentes se ha convertido en un tema crucial para médicos e investigadores y reconocer los factores de riesgo facilitará realizar acciones dirigidas al enfermo. Dichas medidas son de mayor relevancia en los primeros estadios de la patología mental grave, casos en los que se ha determinado que la no adherencia al tratamiento es vital para el desenlace del paciente^{11,12,19,21}.

La falta de adherencia con la medicación en pacientes con esquizofrenia puede deberse a la falta de percepción o conciencia, psicopatología, trastorno comórbido por uso de sustancias, problemas de tolerabilidad asociados con el tratamiento antipsicótico, el estigma y los problemas con continuidad de la atención entre los servicios de salud mental. Otros factores que influyen la adherencia incluye las percepciones y actitudes del paciente hacia la enfermedad y tomar medicamentos (por ejemplo, se cree que tienen propiedades adictivas), influencias culturales, o el estado socioeconómico. Por ejemplo, los pacientes más jóvenes o los que tienen una duración más corta de la enfermedad pueden reflejarse negativamente en la necesidad de medicación. El malentendido de los pacientes sobre la esquizofrenia o su trasfondo cultural, como la creencia de que la psicosis se debe a un origen externo o aceptación de la enfermedad, puede afectar la adherencia. Se encontró que los factores de riesgo para la futura no adherencia a la medicación eran hospitalizaciones previas, vivir de forma independiente y exhibir un nivel básico de hostilidad. Pacientes que lidian con su enfermedad ignorando los síntomas o pretendiendo ser sanos tienen menos probabilidades de adherirse a los medicamentos; sin embargo, los pacientes que aceptan su enfermedad y tienen estrategias de afrontamiento más positivas no tienen necesariamente un menor riesgo de incumplimiento de la medicación^{2,10,22}.

2.3 Definiciones conceptuales

Adherencia: el nivel en que la forma de comportarse de un individuo —mantenerse ingiriendo el fármaco, seguir una dieta y promover variabilidad en el modo de vivir— van acorde con el consejo estipulado por un facilitador de asistencia sanitaria¹⁹.

Esquizofrenia: es una patología compleja, determinada por la existencia de síntomas positivos (alucinaciones, delirios, desorganización conductual, etc.) y negativos (apatía, abulia, empobrecimiento afectivo, etc.) de variable severidad durante el derrotero de la dolencia, y llevando en ocasiones al deterioro²³.

Factores de Riesgo: es aquella peculiaridad o condición identificable en un individuo o grupo de individuos que se advierte está relacionada con un acrecentamiento en la verosimilitud de sufrir, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido.

2.4 Hipótesis de investigación

Existen factores que se relacionen a la no adherencia al tratamiento antipsicótico en los pacientes esquizofrénicos del Hospital Militar Central entre los años 2015 y 2020.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Diseño de estudio

3.1 Tipo de Estudio:

El tipo de investigación es cuantitativo, correlacional, retrospectivo, observacional ya que se centra en analizar cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado, o bien en cuál es la correlación entre un cúmulo de variables en un punto en el tiempo.

3.2 Diseño de Investigación

El diseño es observacional, descriptivo y retrospectivo, porque no se va a someter a las personas a una potencial causa de enfermedad, es decir no se realizará intervención alguna sobre los sujetos de estudio y se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único.

3.2 Población

Pacientes atendidos en el Servicio de Psiquiatría con diagnóstico de Esquizofrenia pertenecientes al Hospital Militar Central que han recibido tratamiento antipsicótico desde el 2015 al 2020.

3.3 Muestra de Estudio

Se realizará un muestreo probabilístico: Aleatorio simple.

3.3.1 Tamaño muestral

ESTIMACIÓN DE UNA PROPORCIÓN POBLACIONAL CON UNA PRECISIÓN ABSOLUTA ESPECIFICADA	
PROPORCIÓN ESPERADA EN LA POBLACIÓN	0.5
NIVEL DE CONFIANZA	0.95
VALOR Z PARA ALFA	1.96
ERROR O PRECISIÓN	0.05
TAMAÑO DE LA POBLACIÓN	10000
TAMAÑO DE MUESTRA INICIAL	385
TAMAÑO DE MUESTRA FINAL	371

Universo de pacientes que acuden a la Institución

Pacientes asegurados pertenecientes al Hospital Militar Central.

3.3.3 Criterios de selección de la muestra

3.3.3.1 Criterios de inclusión:

Hombres y mujeres entre 18 y 65 años de edad con diagnóstico de Esquizofrenia de acuerdo con los criterios del DSM-V, valorados durante el periodo del estudio, en el servicio de consulta externa y hospitalización en el Hospital Militar Central.

Pacientes con historia clínica completa.

3.3.3.2 Criterios de Exclusión:

Pacientes con enfermedades neurológicas, retardo mental y pacientes que suministrarán información inconsistente o incompleta, y que no se pudiera completar con la historia clínica o con información del cuidador.

3.4 Variables del estudio

3.4.1 Dependiente:

- No adherencia al tratamiento

3.4.2. Independiente:

- Factores relacionados a la falta de adherencia al tratamiento antipsicótico.

3.4.1 Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE RELACION Y NATURALEZA	CATEGORÍA O UNIDAD
NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	Grado en que la conducta de un paciente en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario	Seguimiento del paciente en la toma de las medicinas indicadas.	Nominal	Dependiente, cualitativa	1=Si 2=No
RELACION TERAPEUTA PACIENTE	Encuentro en la consulta (pedir, tomar consejo entre dos hombres libres con móviles distintos pero	Empatía entre dos personas	Nominal	Independiente, cualitativa	1=Si 2=No

	convergentes, aquel que necesita y otro que ayuda				
EFFECTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS	Cualquier respuesta a un fármaco que es nociva, no intencionada y que se produce a dosis habituales para la profilaxis, diagnóstico, o tratamiento	Efectos relacionados a la toma de medicación	Nominal	Independiente, cualitativa	1=Si 2=No
ESTRUCTURA FAMILIAR DISFUNCIONAL	Familia que no puede cubrir algunas de las necesidades materiales, educativas, afectivas o psicológicas	Son familias cuyas relaciones e interacciones no hacen que su eficacia sea aceptable y armónica	Nominal	Independiente, cualitativa	1=Si 2=No
ESTADO CIVIL	La situación de los individuos en un sistema jurídico está determinada	Situación jurídica de un individuo en la familia y en la sociedad que lo habilita para ejercer ciertos derechos y	Ordinal	Independiente, cualitativa	1=Soltero 2=Conviviente 3=Casado 4=Divorciado 5=Viudo

		contraer ciertas obligaciones			
NIVEL EDUCATIVO	El nivel de educación más alto que una persona ha terminado	Nivel de competencia alcanzado por una persona	Ordinal	Independiente, cualitativa	1=Primaria 2=Secundaria 3=Universitario 4=Posgrado 5=Ninguno
ESTRATO SOCIOECONOMICO	Nivel adquisitivo alcanzado	Recursos económicos de una persona	Ordinal	Independiente, cualitativa	1=A 2=B 3=C 4=D 5=E

3.5 Técnicas e instrumento de recolección de datos

Del sistema de archivo estadístico del Servicio Psiquiatría. Se obtendrá información de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia durante el periodo 2015-2020.

Las historias se seleccionarán de los registros del hospital, considerando criterios de inclusión y exclusión. Ulteriormente la información se plasmará en una ficha de recolección de datos que incluyan edad, sexo, y factores relacionados a la no adherencia en el tratamiento. (ANEXO N°02).

3.6 Procesamiento de datos y plan de análisis

Los datos recopilados serán acopiados en Excel, en una hoja de cálculo, en segundo lugar serán computados utilizando el paquete estadístico SPSS versión 20 y ulteriormente estos serán presentados en gráficas de doble acceso así como en representaciones de envergadura. Se realizará el análisis estadístico mediante el cálculo de chi cuadrado, y odds ratio.

3.7 Aspectos éticos de la investigación

Para el presente estudio se cuenta con licencia del comité de Investigación y Ética del Hospital Militar Central y de la Universidad Ricardo Palma, debido a que en esencia es un estudio descriptivo, de tipo retrospectivo, durante el cual se recogerá información clínica de las historias de los pacientes; de ninguna manera será necesario el consentimiento informado, así mismo, se tomará en cuenta la declaración de Helsinki II (Numerales: 11,12,14,15,22 y 23) y la ley general de salud (Titulo cuarto: artículos 117 y 120).

**CAPÍTULO IV:
RECURSOS Y CRONOGRAMA**

4.1 Recursos

Autofinanciado

4.2 Cronograma

ETAPAS	2021		2022						2023	
	SEP	NOV	ENE	MAR	MAY	JUL	SEP	NOV	ENE	MAR
	- OC T	- DIC	- FEB	- ABR	- JUN	- AG O	- OC T	- DIC	- FEB	- ABR
Elaboración del proyecto	X									
Presentación del proyecto	X									
Revisión bibliográfica		X								
Trabajo de campo y captación de información		X	X	X	X	X				
Procesamiento de datos						X	X			
Análisis e interpretación de datos							X	X		
Elaboración del informe								X	X	

Presentación del informe										X
---------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

4.3 Presupuesto

DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO (S/)	
			UNITARIO	TOTAL
PERSONAL				
Asesor estadístico	Horas	50	20	1000
BIENES				
Papel bond A-4	Hojas	1000	0.02	20
Lapiceros	Unidad	10	2	20
Corrector	Unidad	4	5	20
Resaltador	Unidad	4	2	8
Perforador	Unidad	1	8	8
Engrapador	Unidad	1	8	8
Grapas	Caja	1	5	5
CD - USB	Unidad	3	15	45
Espiralado	Unidad	3	10	30
Internet	Tarifa mensual	1	70	70
Fotocopias	Copias	200	0.10	20
Movilidad	Galones	5	13	65
COSTO TOTAL				S/1319

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kahn RS, Sommer IE, Murray RM, Meyer-Lindenberg A, Weinberger DR, Cannon TD, et al. Schizophrenia. *Nat Rev Dis Primer*. 12 de noviembre de 2015;1:15067.
2. Phan SV. Medication adherence in patients with schizophrenia. *Int J Psychiatry Med*. 2016;51(2):211-9.
3. García S, Martínez-Cengotitabengoa M, López-Zurbano S, Zorrilla I, López P, Vieta E, et al. Adherence to Antipsychotic Medication in Bipolar Disorder and Schizophrenic Patients: A Systematic Review. *J Clin Psychopharmacol*. agosto de 2016;36(4):355-71.
4. Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [citado 23 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2171206915000174?token=3C44CA0D25D58A08CCF5D3EC06C5A6F909722AF5A9CBB337A3A538DD408D2E166A6C612D594839708E707F2315C02FE4>
5. Gabriel D, Jakubovski E, Taylor JH, Artukoglu BB, Bloch MH. Predictors of treatment response and drop out in the Treatment of Early-Onset Schizophrenia Spectrum Disorders (TEOSS) study. *Psychiatry Res*. septiembre de 2017;255:248-55.
6. Zheng S, Poon LY, Verma S. Rate and predictors of service disengagement among patients with first-episode psychosis. *Psychiatr Serv Wash DC*. 1 de agosto de 2013;64(8):812-5.
7. Vancampfort D, Rosenbaum S, Schuch FB, Ward PB, Probst M, Stubbs B. Prevalence and predictors of treatment dropout from physical activity interventions in schizophrenia: a meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 1 de marzo de 2016;39:15-23.
8. Tanskanen A, Tiihonen J, Taipale H. Mortality in schizophrenia: 30-year nationwide follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*. 2018;138(6):492-9.
9. Amézquita Gómez L, Barrera Páez A, Vargas Forero T. Prevalencia y factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico con antipsicóticos en pacientes adultos con esquizofrenia [Internet] [bachelorThesis]. reponame:Repositorio Institucional EdocUR. Universidad del Rosario; 2012 [citado 28 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/>
10. Claudia Carniglia Tobar. Adherencia a tratamiento de personas con primer episodio de esquizofrenia en establecimientos del sistema público de salud. Universidad de Chile Facultad de Medicina Escuela de Salud Pública; 2015.
11. Ayllón P, Margot J. Factores relacionados a la no adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos adultos en el departamento de psiquiatría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen - ESSALUD – 2010. Univ Ricardo Palma [Internet]. 2011 [citado 28 de marzo de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/233>
12. Bozzatello P, Bellino S, Rocca P. Predictive Factors of Treatment Resistance in First Episode of Psychosis: A Systematic Review. *Front Psychiatry [Internet]*. 2019 [citado 20 de mayo de 2021];10. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2019.00067/full>

13. Lomholt LH, Andersen DV, Sejrsgaard-Jacobsen C, Øzdemir CM, Graff C, Schjerning O, et al. Mortality rate trends in patients diagnosed with schizophrenia or bipolar disorder: a nationwide study with 20 years of follow-up. *Int J Bipolar Disord* [Internet]. 1 de marzo de 2019 [citado 20 de mayo de 2021];7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6395457/>
14. Najas-Garcia A, Gómez-Benito J, Huedo-Medina TB. The Relationship of Motivation and Neurocognition with Functionality in Schizophrenia: A Meta-analytic Review. *Community Ment Health J*. 1 de octubre de 2018;54(7):1019-49.
15. Müller N. Inflammation in Schizophrenia: Pathogenetic Aspects and Therapeutic Considerations. *Schizophr Bull*. 20 de agosto de 2018;44(5):973-82.
16. Taipale H, Mehtälä J, Tanskanen A, Tiihonen J. Comparative Effectiveness of Antipsychotic Drugs for Rehospitalization in Schizophrenia—A Nationwide Study With 20-Year Follow-up. *Schizophr Bull*. 17 de octubre de 2018;44(6):1381-7.
17. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. American Psychiatric Association; 2014. 480 p.
18. Organización Mundial de la salud. GUÍA DE BOLSILLO DE LA CLASIFICACIÓN CIE-10 - Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. España: Editorial Médica Panamericana; 2000.
19. Organización Mundial de la salud. Adherencia a los Tratamientos a Largo Plazo. 2004.
20. Haddad P, Brain C, Scott J. Nonadherence with antipsychotic medication in schizophrenia: challenges and management strategies. *Patient Relat Outcome Meas*. junio de 2014;43.
21. Ärzteblatt DÄG Redaktion Deutsches. Schizophrenia (12.06.2020) [Internet]. Deutsches Ärzteblatt. [citado 8 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.aerzteblatt.de/int/archive/article?id=214278>
22. García-Cabeza I, Díaz-Caneja CM, Ovejero M, de Portugal E. Adherence, insight and disability in paranoid schizophrenia. *Psychiatry Res*. diciembre de 2018;270:274-80.
23. Kaplan & Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. 11.^a ed. Wolters Kluwer;

ANEXOS

1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICA E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS
¿Cuáles son los factores relacionados a la no adherencia al tratamiento antipsicótico en los pacientes esquizofrénicos entre los años 2010 y 2020?	Determinar los factores relacionados a la no adherencia al tratamiento antipsicótico en los pacientes esquizofrénicos entre los años 2015 y 2020.	Existen factores que se relacionen a la no adherencia al tratamiento antipsicótico en los pacientes esquizofrénicos entre los años 2015 y 2020	<ul style="list-style-type: none"> - No adherencia - Relación terapeuta paciente - Efectos adversos a medicamentos - Estructura familiar disfuncional - E Civil - Nivel Educativo - Estrato socioeconómico 	Observacional, descriptivo y retrospectivo	Pacientes atendidos en el Servicio de Psiquiatría con diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide entre los años 2010-2020	Ficha de recolección de datos	<ul style="list-style-type: none"> Estadística descriptiva Análisis multivariado Regresión logística

2. Instrumentos de recolección de datos

CUESTIONARIO FACTORES DE RIESGO PREVENIBLES ASOCIADOS A HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES PSICÓTICOS

FECHA DE HOSPITALIZACIÓN: ___/___/___
dd mm aaaa

FECHA DE CONSULTA: ___/___/___
dd mm aaaa

Número de Historia clínica _____

I. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DEL PACIENTE

1. Género:

1. Masculino _____

2. Femenino _____

2. ¿Cuál es la edad actual del paciente en años cumplidos?

1. _____ años

3. ¿Cuál es el estado civil actual del paciente?

1. Unión libre

2. Casado

3. Soltero

4. Separado

5. Viudo

4. ¿Cuál fue el último año de estudios del paciente?

1. Ninguno

2. Primaria

3. Secundaria

4. Universitario

5. Postgrado

6. Otros estudios

5. ¿Tiene el paciente un trabajo u ocupación remunerada?

1. Si _____

2. No _____ ¿Por qué?

6. ¿En qué distrito y localidad se encuentra la casa del paciente?

1. Distrito _____

2. Localidad _____

7. ¿En la actualidad con qué personas vive el paciente?

II. ACCESO Y ADHERENCIA

1. En los últimos treinta días, ¿el paciente ha tenido todos sus medicamentos psiquiátricos a tiempo (entiéndase por medicación a tiempo como la recepción del medicamento en el momento en que es solicitado)?

1. ____ Si

2. ____ No

2. En los últimos treinta días, ¿al paciente le han entregado la totalidad de los medicamentos que toma?

1. Si

2. No

3. ¿El paciente consume a diario las dosis completas de los medicamentos que le formula su médico tratante?

1. Si

2. No

4. ¿El paciente consume para su enfermedad mental alguno(s) de los siguientes medicamentos? (Respuestas múltiples)

1. Haloperidol

2. Clozapina

3. Risperidona, olanzapina o quetiapina

4. Sinogán

5. Otros. ¿Cuáles?

6. No sabe

5. ¿Las complicaciones (eventos adversos) han hecho que el paciente deje de tomar sus medicamentos?

1. Si

2. No

III. ASPECTOS DE LA ENFERMEDAD

1. ¿Qué enfermedades orgánicas (distintas a las psiquiátricas) tiene actualmente el paciente? _____

2. ¿Qué enfermedad psiquiátrica tiene actualmente el paciente? (Respuestas múltiples)

1. Esquizofrenia
2. Trastorno afectivo bipolar
3. Trastorno psicótico agudo
4. Trastorno esquizoafectivo
5. Trastornos depresivos
6. Dependencia de sustancias psicoactivas (alcohol e ilegales)
7. Otras enfermedades.

¿Cuáles? _____

3. ¿Cuáles familiares del paciente tienen o tuvieron enfermedades mentales?(Respuestas múltiples)

1. Padre
2. Madre
3. Hermano (a)
4. Abuelos
5. Tíos (a)
6. Hijos (a)
7. Otros familiares.

¿Cuáles? _____

8. Ningún familiar

4. ¿Si el paciente tiene familiares con enfermedad mental, alguno(a) de ellos vive en la casa donde reside el paciente?

1. ____ Si
2. ____ No

5. ¿Qué edad tenía el paciente cuando se iniciaron los síntomas de su enfermedad mental?

1. ____ Años

6. ¿Qué edad tenía el paciente cuándo le diagnosticaron la enfermedad mental por la que consulta o por la que ha estado hospitalizado?

1. ____ Años

IV. CITAS Y HOSPITALIZACIONES

1. En el último año ¿El paciente ha cumplido todas las citas psiquiátricas que fueron solicitadas?

1. Si

2. No

2. ¿Cuántas consultas psiquiátricas ha tenido el paciente en el último año?

1. < 3 citas

2. 3-5 citas

3. 6-10 citas

4. 11-14 citas

5. 15-19 citas

6. >= 20 citas

3. ¿Cuántas consultas psiquiátricas ha tenido el paciente en los últimos tres meses?

1. ____ citas

4. Si el paciente no ha asistido a consultas psiquiátricas en los últimos tres meses, ¿por qué ha ocurrido esto?

5. A lo largo de la vida ¿cuántas veces ha estado hospitalizado el paciente debido a su enfermedad mental? ____ veces (Incluir la última si el paciente está hospitalizado)

6. ¿Cuándo fue la última hospitalización psiquiátrica del paciente? Hace:

1. ____ días

2. ____ meses

3. ____ años

7. ¿Cuánto tiempo de duración tuvo la última hospitalización? _____ días

V. COMPOSICIÓN FAMILIAR Y ADAPTACIÓN (ESCALA)

1. ¿Qué personas conforman actualmente el hogar del paciente? (Respuestas múltiples)

1. Esposo (a)

2. Hijos (a) del paciente

3. Padre del paciente

4. Madre del paciente

5. Hermanos (a) del paciente

6. Abuelos del paciente

7. Tíos (a) del paciente

8. Otras personas

¿Cuáles? _____

2. ¿Aparte de su familia, el paciente se relaciona con otras personas?

1. Si

2. No

3. ¿El paciente es acompañado a las consultas de psiquiatría por sus familiares?

1. Si

2. No

VI. AUTOAGRESIÓN

1. El paciente ha realizado a lo largo de la vida intentos suicidas?

1. ___ Si

2. ___ No

2. A lo largo de la vida, que número de intentos suicidas ha tenido el paciente? _

1. Si

2. No

3 Cuando fue la última vez que realizó un intento suicida el paciente?

1. Si

2. No