

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

“Eficacia de timolépticos y repercusión en la calidad de vida de pacientes depresivos,
CREMPT – Piura 2021”

Área de Investigación:

Cáncer y enfermedades no transmisibles

Autor (es):

Br. Dávila Gemín, Leonardo Javier

Jurado Evaluador:

Presidente: Lozano Ibáñez, Rosa Angela

Secretario: Canchucaya Bonarriba, Lucía Victoria

Vocal: Bastardo Campos, Getulio

Asesor:

Rodríguez Zanabria, Edgar Alonso

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8901-2304>

Piura – Perú

2022

Fecha de sustentación: 2022/05/16

DEDICATORIA

A mis padres y hermano, por guiarme siempre por el camino correcto, por toda su confianza depositada en mí, por su apoyo incondicional a lo largo de mi vida, por sentirse orgullosos de cada uno de mis logros, hoy hacemos realidad un sueño más.

A Mónica, con quien he compartido altos y bajos a lo largo de mi carrera universitaria. Siempre has sido mi baluarte, animándome a superar las adversidades, a seguir adelante, a vivir mis sueños, este logro también es tuyo.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por hacerme una persona de bien, por darme una familia maravillosa, por reconfortarme en mis momentos de duda, por darme una mente clara para ser una persona justa.

A mis docentes y amigos, por los conocimientos compartidos, por todas las anécdotas vividas en el pregrado, rotaciones e internado, por hacer de esta época universitaria, una de las mejores experiencias de mi vida.

A mi asesor Dr. Edgar Rodríguez, quien es parte fundamental de este trabajo, su apoyo constante y cada uno de sus consejos ven hoy los frutos de mi investigación.

GRACIAS

Eficacia de timolépticos y repercusión en la calidad de vida de pacientes depresivos, CREMPT – Piura 2021.

Efficacy of thymoleptics and impact on quality of life in depressive patients, CREMPT - Piura 2021.

AUTOR: Leonardo Javier Dávila Gemín

ASESOR: Dr. Edgar Alonso Rodríguez Zanabria

INSTITUCIÓN DE ESTUDIO: Centro de Reposo San Juan de Dios (Crempt) - Piura

CORRESPONDENCIA:

Nombre: Leonardo Javier Dávila Gemín.

Dirección: Los Sauces B-28

Teléfono: (+51) 920 740 874

Email: leodavilag@gmail.com

ÍNDICE

RESUMEN	6
SUMMARY	7
INTRODUCCIÓN:	8
ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	11
HIPÓTESIS	11
OBJETIVOS GENERAL	11
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
MATERIAL Y MÉTODOS	13
DISEÑO DE ESTUDIO:	13
POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO.....	13
POBLACIÓN:	13
MUESTRA Y MUESTREO	13
Unidades de análisis.....	13
Unidades de muestreo.....	13
Muestra	13
Criterios de inclusión	14
Criterios de exclusión	14
Muestreo	15
VARIABLES	15
PROCEDIMIENTOS	15
INTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.....	15
ANÁLISIS DE DATOS	18
ASPECTOS ÉTICOS.....	19
LIMITACIONES.....	19
RESULTADOS.....	20
DISCUSIÓN	28
CONCLUSIONES	30
RECOMENDACIONES.....	31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32
ANEXOS	36

RESUMEN

Objetivo: Determinar si los timolépticos son realmente eficaces en el tratamiento de la depresión y mejoran la calidad de vida de los pacientes que acuden al Centro de Reposo San Juan de Dios (Cremp) – Piura durante 2021.

Métodos: Este estudio fue no experimental, y se incluyeron pacientes con diagnóstico de Depresión que recibieron tratamiento con timolépticos en el Centro de Reposo San Juan de Dios (Cremp) – Piura durante los meses de abril a octubre del 2021. Se establecieron dos grupos de estudio: grupo1, aquellos que reciben solo tratamiento farmacológico, y grupo 2, los que recibieron tratamiento farmacológico más terapia conductual. Se aplicó ficha de recolección de datos, test de Zung (para evaluar el nivel de depresión), test PANAS (para evaluar la calidad de vida) y el cuestionario ESTA (Evaluar el nivel de satisfacción con el tratamiento) de cada paciente.

Resultados: Se incluyeron 114 pacientes, de los cuales el 51.75% recibieron timolépticos más terapia conductual y 48.25% recibieron solo timolépticos. La edad promedio fue de 41.76 años, y el sexo femenino representó el 78.95%. Los timolépticos por si solos mejoraron los síntomas somáticos en 70.94% de los pacientes, mientras que si se combinaban con terapia conductual la mejoría de los síntomas somáticos fue hasta 83%. Los timolépticos mejoraron la calidad de vida en 74.55% si se usan solos y combinada con terapia conductual fue de 66%.

Conclusiones: Los timolépticos fueron eficaces en el tratamiento de depresión de los pacientes del CREMPT durante el año 2021, No obstante, el uso combinado con terapia conductual, el efecto principal fue atribuido básicamente a la farmacoterapia.

Palabras clave: Timolépticos, depresión, calidad de vida, Perú.

SUMMARY

Objective: To determine whether thymoleptics are effective in the treatment of depression and improve the quality of life of patients attending the Centro de Reposo San Juan de Dios (Cremp) - Piura during 2021.

Methods: This study was non-experimental and included patients with a diagnosis of depression who received treatment with thymoleptics at the Centro de Reposo San Juan de Dios (Cremp) - Piura during the months of April to October 2021. Two study groups were established: group 1, those receiving only pharmacological treatment, and group 2, those receiving pharmacological treatment plus behavioral therapy. Data collection form, Zung test (to evaluate their level of depression), PANAS test (to evaluate their quality of life) and ESTA questionnaire (Evaluate the level of satisfaction with the treatment) were applied.

Results: We included 114 patients, of whom 51.75% received thymoleptics plus behavioral therapy and 48.25% received only thymoleptics. The mean age was 41.76 years, and female sex represented 78.95%. Thymoleptics alone improved somatic symptoms in 70.94% of patients, while if combined with behavioral therapy the improvement was similar with 83%. Thymoleptics improved quality of life by 74.55% if used alone and with combined behavioral therapy was 66%.

Conclusions: Thymoleptics were effective in the treatment of depression in CREMPT patients during 2021, despite the combined use with behavioral therapy, the main effect was basically attributed to pharmacotherapy.

Key words: Thymoleptics, depression, quality of life, Peru.

INTRODUCCIÓN:

La depresión se define como un trastorno mental frecuente caracterizado por tristeza vital y anhedonia ⁽¹⁾, acompañado por una gran variedad de síntomas somáticos, afectivos, cognitivos e idea de muerte, que causan un malestar clínicamente significativo ⁽²⁾, en los ámbitos personal, social y laboral para enfrentar la vida diaria ^(3,4). Actualmente, afecta a más de 350 millones de personas en todo el mundo, con prevalencias que fluctúan entre 3.3% y 21.4% ⁽⁵⁾. Constituye una de las principales causas de discapacidad mundial ⁽⁶⁾, siendo responsable del 7.5% del total de años vividos con discapacidad, de la carga global de enfermedades ⁽⁷⁾. Con frecuencia se asocia con trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos alimenticios, trastorno de personalidad límite, y abuso de sustancias ⁽⁸⁾. Presenta un curso crónico recurrente alto pues el 30% al 40% de los pacientes experimenta nuevos episodios en el año ⁽⁷⁾, y el 75% padecerá una o más recurrencias durante el resto de su vida ⁽⁵⁾. Así mismo, motivaría el 80% de suicidios en el mundo, lo que equivale a una muerte cada 40 segundos ⁽⁹⁾. En el 2019 en Perú, se tuvo registro de 1 700 000 personas que padecieron de depresión, de las cuales solo 425 000 recibieron tratamiento ⁽⁹⁾. Pero estudios anteriores revelan una prevalencia entre 16,2% a 21,4% dependiendo de la región geográfica, así como que la cuarta parte de adultos en Lima metropolitana y Callao ha experimentado un episodio depresivo en su vida ⁽⁵⁾.

Actualmente se posiciona como el tercer motivo de consulta en el contexto de atención primaria a nivel mundial, lo que ha generado que varios autores señalen estos tiempos como la era de la depresión ⁽¹⁰⁾. Esto genera una gran carga económica en los presupuestos de todas las naciones, con gastos de 210 mil millones de dólares en EE. UU ⁽¹¹⁾, o de 6 069,3 millones de dólares en España ⁽⁶⁾, mientras que en Perú se invierte solo 55,7 millones de dólares (0.1% del presupuesto nacional) para todo el programa de salud mental ⁽⁹⁾, muy por debajo del mínimo recomendado por la OMS.

Si bien, los agentes antidepresivos solo deben ser recomendados en caso con sintomatología persistente, recurrente o en casos graves donde los pacientes experimentan un deterioro funcional severo ⁽¹²⁾, sus tasas de prescripción han aumentado exponencialmente en las últimos 3 décadas, como se evidencia en el número de recetas prescritas en EE.UU de 18 millones en 1998 a casi 43 millones en

el 2010 ⁽¹³⁾, lo que equivale a que el 11% de su población adulta consume antidepresivos, y que estos sean la segunda terapia psicotrópica más común en los jóvenes^(14,15); Así como en Australia donde su uso se duplicó entre el 2000 y 2014, y ahora son los medicamentos más usados pues los consume el 10% de su población ⁽¹⁶⁾; O en España donde su consumo se triplicó entre los años 2000 y 2013, alcanzando las 80 mil dosis diarias ⁽¹⁷⁾, a pesar que muchos estudios reflejaban una estabilidad en la prevalencia de la depresión ⁽¹⁸⁾; Mientras que en Chile para el 2004, su consumo aumentó un 400% en solo 13 años ⁽¹⁹⁾.

Este aumento en la prescripción de agentes antidepresivos está relacionado con un fenómeno global amplio de medicalización, donde continuamente más condiciones vitales son transformadas en enfermedades con causa somática y se les busca una respuesta sanitaria ⁽¹⁸⁾. Así, los trastornos depresivos serían originados por una alteración en los circuitos neurotransmisores del cerebro, donde los diferentes fármacos antidepresivos actuarían al corregir los sistemas dopaminérgico, serotoninérgico y noradrenérgico ⁽¹⁷⁾. Además, se vienen redefiniendo los límites entre normalidad y patología mental, así que muchas condiciones antes valoradas como normales, ahora cumplen criterios para diagnósticos psiquiátricos ⁽²⁰⁾. Al igual que, se evidencia un aumento de la longevidad (etapa más proclive a padecer depresión), y una mayor difusión a pedir ayuda en el nivel primario. Todo esto justificaría el aumento de la utilización de los fármacos ⁽²⁰⁾ pues las diversas revisiones sistemáticas y metaanálisis publicados hablan de una gran eficacia sobre la enfermedad, con OR desde 1.37 a 2.43 sobre los placebos ⁽¹¹⁾.

Sin embargo, en los últimos años varios estudios independientes han demostrado que los antidepresivos tienen eficacia mínima o nula en el tratamiento, pues son mínimas las diferencias clínicas en la respuesta entre placebo y antidepresivo ⁽¹⁷⁾. Kirsch I, en su artículo Antidepressants and the Placebo Effect, encontró que de todos los estudios de Antidepresivos enviados a la agencia FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos de EE.UU.), solo el 43% de ensayos mostraron un beneficio estadístico significativo sobre el placebo, mientras que el 57% fueron ensayos fallidos no publicados, casualmente patrocinados por compañías farmacéuticas. Además, que un 65% de mejora en el grupo de medicamentos, también ocurre en los pacientes a los que se les administró píldoras simuladas sin ingrediente activo ⁽²¹⁾. Si bien, el uso de

antidepresivos es obligatorio para casos graves o recurrentes, los ensayos aprobados han evitado incluir a pacientes hospitalizados con depresión extrema ⁽²²⁾. Por el contrario, han incluido a pacientes con depresión leve y moderada, desde que se ampliaron los criterios de su definición por parte del DSM-II en adelante, dando resultados más favorables para el placebo ⁽¹⁸⁾. Incluso, hay registros de pacientes diagnosticados que no habían recurrido a ningún tratamiento y al cabo de 3 años, el 44% de ellos ya no manifestaban criterios de trastorno mental, logrando la cura espontáneamente ⁽²³⁾.

Ante la duda sobre su eficacia, se suman las preocupaciones sobre su seguridad y tolerancia, pues los efectos secundarios son muy comunes en todos los tipos de antidepresivos ⁽²⁴⁾, tal como demostró Read *et al* (2017) en su encuesta llevada a cabo en el Reino Unido, donde el 85,9% de pacientes experimentaron algún efecto secundario, y el 36,1% sufrió efectos adversos de moderados a graves ⁽¹⁶⁾. Esto generaría una prevalencia entre 10% y 60% de falta de adherencia al tratamiento, donde hasta el 73% de pacientes van a interrumpir el consumo de sus antidepresivos a los 3 meses de iniciado el tratamiento ^(14,8). Mientras que un 30,6% modificará la dosis y un 45,6% cambiará la duración del tratamiento, por miedo a los efectos adversos, como el temor de volverse adictos, falta de dinero o poco interés ⁽¹⁾. Si bien existen más de 40 fármacos antidepresivos, varios metaanálisis mostraron que no hay resultados positivos al cambiar de medicamento, incluso en Alemania, Bschor *et al.* (2016), concluyó que el cambio de agente antidepresivo es significativamente peor para los pacientes ⁽¹³⁾.

Entonces, el debate profesional sobre el uso de antidepresivos se va a centrar típicamente en si funcionan a nivel neuroquímico y sobre sus efectos adversos físicos o biomédicos ⁽²³⁾, no abordando los efectos adversos causados en el ámbito interpersonal y emocional ⁽¹⁶⁾, como desapego de los demás (38,8%), reducción de emociones positivas y negativas (41,7%), sentirse emocionalmente adormecido (60,4%), no sentirse ellos mismos (52,4%) ⁽²⁴⁾, preocuparse menos por uno mismo, miedo creciente a la adicción, y aumento de tendencias suicidas ⁽¹⁶⁾. Estos efectos demostraron estar ampliamente relacionado con el nivel de satisfacción de los usuarios con su antidepresivo ⁽¹²⁾, mientras que los efectos metabólicos, sexuales y/o gastrointestinales tendrían un impacto mínimo ⁽²⁴⁾. Entonces, la satisfacción del

paciente se define como la evaluación del proceso de la toma o administración del tratamiento y los resultados asociados ^(4,8,25) van a estar ligados a la adherencia del tratamiento, pues un paciente muy satisfecho cumplirá con la toma correcta del medicamento en el tiempo prescrito ⁽²⁴⁾.

Tomando en cuenta toda la evidencia presentada sobre los antidepresivos, los pocos estudios realizados en nuestro país sobre su uso, el aumento exponencial de su prescripción en el primer nivel de atención, la carga económica y social que representa para el paciente, su familia y al estado, y los últimos estudios internacionales que cuestionan su eficiencia y seguridad; se busca determinar si los timolépticos son realmente eficaces en el tratamiento de la depresión, y si se justifica su uso en los trastornos depresivos leves y moderados, que vienen aumentando en nuestra región, sobre todo en esta época de pandemia. Para ello, se buscó evaluar su eficacia objetiva al medir los cambios significativos que puedan producir en la gravedad de la depresión diagnosticado de los pacientes, así como su eficacia subjetiva valorando la mejora de la calidad de vida de los pacientes y la eficacia percibida por ellos sobre el uso de timolépticos en su tratamiento, que les permita llevar una vida plena y normal.

ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Los timolépticos son eficaces en el tratamiento de la depresión en fase aguda y mejoran la calidad de vida de los pacientes que acuden al Centro de Reposo San Juan de Dios (Cremp) – Piura durante los meses de abril a octubre de 2021?

HIPÓTESIS

H₀: Los timolépticos son eficaces en el tratamiento de la depresión al mejorar la calidad de vida de los pacientes que acuden al Centro de Reposo San Juan de Dios (Cremp) – Piura durante los meses de abril a octubre de 2021.

H₁: Los timolépticos no son eficaces en el tratamiento de la depresión ni mejoran la calidad de vida de pacientes que acuden al Centro de Reposo San Juan de Dios (Cremp) – Piura durante los meses de abril a octubre de 2021.

OBJETIVOS GENERAL

- Determinar si los timolépticos son realmente eficaces en el tratamiento de la

depresión y mejoran la calidad de vida de los pacientes que acuden al Centro de Reposo San Juan de Dios (Crempt) – Piura durante los meses de abril a octubre de 2021.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la eficacia de los timolépticos en la resolución de los síntomas somáticos en pacientes con diagnóstico de depresión del CREMPT Piura durante los meses de abril a octubre de 2021.
- Evaluar la mejora en la calidad de vida de los pacientes que consumen timolépticos con diagnóstico de Depresión del CREMPT Piura durante los meses de abril a octubre de 2021.
- Analizar la percepción de la eficacia de los timolépticos en los pacientes que consumen timolépticos con diagnóstico de Depresión del CREMPT Piura durante los meses de abril a octubre de 2021.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DE ESTUDIO:

Fue un estudio no experimental. Como señala Carrasco (2016), la investigación no experimental “Es aquella cuyas variables independientes carecen de manipulación intencional y no poseen grupo de control, ni mucho menos experimental. Analizan y estudian los hechos y fenómenos de la realidad después de su ocurrencia” ⁽²⁷⁾.

POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

POBLACIÓN:

Pacientes con diagnóstico de Depresión que llevan tratamiento farmacológico con timolépticos en el Centro de Reposo San Juan de Dios (Cremp) – Piura durante los meses de abril a octubre de 2021.

MUESTRA Y MUESTREO

Unidades de análisis

Encuesta aplicada a pacientes con diagnóstico de Depresión que llevan tratamiento farmacológico con timolépticos en el Centro de Reposo San Juan de Dios (Cremp) – Piura durante los meses de abril a octubre de 2021.

Unidades de muestreo

Pacientes con diagnóstico de Depresión que llevan tratamiento farmacológico con timolépticos en el Centro de Reposo San Juan de Dios (Cremp) – Piura durante los meses de abril a octubre de 2021.

Muestra

Parte de la población que se selecciona, y de la cual realmente se obtendrá la información para el desarrollo del estudio, y sobre la cual se efectuarán la medición y la observación de las variables objeto de estudio ⁽²⁸⁾.

Hernández, *et al* (2014), señala que la muestra es un subgrupo de la población de interés, sobre el cual se recolectarán datos, y que tiene que definirse y delimitarse, de antemano con precisión, para generalizar resultados y establecer parámetros. Para seleccionar una muestra, lo primero es definir la unidad de muestreo y de análisis. El

interés es que la muestra sea estadísticamente representativa de la población. Es utilizada por economía de tiempo y recursos ⁽²⁹⁾.

Se aplicó un cálculo de muestra para una población finita, utilizando la fórmula de Luna del Castillo (1993) ⁽³⁰⁾:

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}{d^2 (N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

n: Total de encuestas a aplicar

N: Total de población

Z_{α}^2 : 1.962 (seguridad del 95%)

p: proporción esperada (5% = 0.05)

q: 1 – p (en este caso: 1 – 0.05 = 0.95)

d: precisión que deseamos para nuestro estudio (en este caso es del 5%)

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de Depresión tratados con timolépticos en el Cremp – Piura.
- Pacientes adultos (mayores de 18 años).
- Pacientes que deseen participar de la investigación.

Criterios de exclusión

- Pacientes con otro diagnóstico psiquiátrico u otra enfermedad que afecte el sistema nervioso central.
- Pacientes que padezcan enfermedad infecciosa o degenerativa grave no controlada, durante el estudio que pueda interferir con sus respuestas.
- Pacientes que tomen tratamiento adyuvante como antipsicóticos, litio, antiepilépticos.

- Pacientes que no deseen participar del estudio.
- Pacientes que abandonen el tratamiento o sean referidos a otros centros de salud.

Muestreo

Para definir el tamaño de la muestra se utilizó el muestreo aleatorio simple. Este muestreo es el elemento más común para obtener una muestra representativa es la selección al azar, es decir, que cada uno de los individuos de una población tienen la misma posibilidad de ser elegido ⁽³¹⁾.

VARIABLES

Variable dependiente: Nivel de Depresión, Nivel de calidad de vida

Variable independiente: Timolépticos (con y sin terapia conductual).

Variables intervinientes: Edad (años), sexo (masculino/femenino), Nivel educativo (primaria/secundaria/superior técnico y universitario), estado civil (soltero/conviviente/casado/divorciado/viudo).

PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS

PROCEDIMIENTOS

- El trabajo de investigación se llevó a cabo en el Centro de Reposo San Juan de Dios (Cremp) de Piura. Para ello, se solicitó formalmente el permiso al director de la entidad y a su departamento de investigación, para el acceso a los pacientes del área Psiquiátrica.
- Posteriormente, se procedió a la recolección de datos en cuatro oportunidades: una primera visita donde es diagnosticado y recetado el tratamiento farmacológico, una segunda visita a las 8 semanas de consumir el fármaco, a las 12 semanas, y a las 16 semanas.
- Todos los datos fueron consignados en una ficha de recolección de datos.

INTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

La técnica que se aplicó fue la encuesta, que es una técnica de investigación social para la indagación, exploración y recolección de datos, mediante preguntas

formuladas directa o indirectamente a los sujetos que constituyen la unidad de análisis del estudio investigativo ⁽²⁷⁾.

La técnica que se aplicó fue la encuesta, que es una técnica de investigación social para la indagación, exploración y recolección de datos, mediante preguntas formuladas directa o indirectamente a los sujetos que constituyen la unidad de análisis del estudio investigativo ⁽²⁷⁾. Esta técnica pretende obtener información que brinda una muestra o grupo de sujetos, o que tenga relación con un tema en particular ⁽³²⁾.

El instrumento utilizado fue un cuestionario. Según Carrasco (2016) define que el cuestionario “es el instrumento de investigación social más usado cuando se estudia gran número de personas, ya que permite una respuesta directa, mediante la hoja de preguntas que se le entrega a cada una de ellas” ⁽²⁷⁾.

“Es la modalidad de encuesta que se realiza de forma escrita mediante un instrumento o formato en papel conteniendo de una serie de preguntas. *Se le denomina cuestionario auto-administrado porque debe ser llenado por el encuestado, sin intervención del encuestador*”⁽³⁰⁾. Los informantes o fuentes será el público objetivo. La ventaja es que es aplicable a un gran número de informantes, sobre un gran número de datos. Y la desventaja, es que presenta poca profundidad.

Existen diferentes tipos de cuestionarios, pero para nuestra investigación nos basaremos en Carrasco, (2016), por el modo de estructuración de preguntas que permite clasificarlos, teniendo en cuenta si las preguntas se han diseñado con sus respectivas respuestas. Dentro de ellas se encuentran los cuestionarios pre categorizados, que son aquellos cuyas preguntas contienen respuestas excluyentes (SÍ o NO) o graduados (de totalmente de acuerdo con totalmente en desacuerdo) lo que implica que el encuestado solo debe marcar la respuesta que crea conveniente. Esta clase de cuestionarios son de mayor uso por ser fácil de tabulación y clasificación, que permite un rápido procesamiento ⁽²⁷⁾.

Los ítems del cuestionario se han elaborado de acuerdo con las variables, problema, indicadores, hipótesis y objetivos específicos del trabajo de investigación. Debido a que se deseó comparar dos grupos de estudio: grupo 1 que recibe solamente

tratamiento farmacológico, y grupo 2 que recibe tratamiento farmacológico más terapia conductual.

Para evaluar los participantes se utilizó:

1. Test De Zung: Conocida como Escala de autoevaluación para la depresión (EAMD), es un cuestionario elaborado por W. Zung para medir el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con desordenes depresivos. Cuenta con una sensibilidad de 97%, una especificidad de 63% y tiene un 82% de acierto para discriminar depresión.

Esta encuesta corta consta de 20 ítems relacionados con características específicas de la enfermedad, estados de ánimo predominantes, trastornos fisiológicos, psíquicos y psicomotores. La mitad de las preguntas están elaborados de forma positiva, mientras que la otra mitad de forma negativa.

Cada pregunta puede adquirir un valor entre 1 a 4 puntos según como experimente el paciente cada ítem (poco tiempo, algo de tiempo, buena parte del tiempo, o la mayor parte del tiempo). Se suman dichos puntajes y se convierte el total de la puntuación a un índice basado en 100. Dando como resultados: Sin Depresión < 50 puntos, Depresión leve entre 50 y 59, Depresión Moderada entre 60 y 69, y Depresión grave un puntaje ≥ 70 .

2. Test Spanas-SF: Escala diseñada en Reino Unido como una versión corta del Test PANAS (Positive and Negative Affect Schedule), cuya misión es medir la presencia de emociones Positivas y Negativas que experimentan las personas en su vida, y como varían con la aplicación de tratamientos.

Cuenta con 10 ítems que se dividen en dos subescalas, 5 ítems de afectos negativos y 5 ítems de afectos positivos, cada pregunta puede adquirir un puntaje de 1 (Si nunca experimenta) a 5 (Si Siempre experimenta), en donde altas puntuaciones en cada subescala sugiere alta vivencia de emociones positivas o negativas que experimenta cada paciente, como efecto de su calidad de vida.

3. Cuestionario ESTA (Percepción de la eficacia del Tratamiento): Encuesta elaborada en España para medir la satisfacción con el tratamiento antidepresivo, el cual repercute en la calidad de vida relacionada con la salud. Determinando su

validez convergente respecto a su efectividad clínica, cumplimiento de expectativas, adherencia terapéutica y tolerabilidad.

Incluye 11 ítems, relacionados con el tratamiento, su efectividad (control de síntomas, ausencia de molestias y comodidad) y otros aspectos de la vida cotidiana en los que los pacientes mejoran especialmente. Cada enunciado fue respondido mediante una escala de Likert con 5 opciones de respuesta, que oscilaron desde 1 punto "totalmente en desacuerdo" a 5 puntos "totalmente de acuerdo". Sumando la puntuación de cada ítem se obtiene una puntuación global de satisfacción que oscila entre 11 puntos (menor satisfacción posible) y 55 (mayor satisfacción posible). Para que la puntuación obtenida por un paciente sea fácilmente interpretable puede transformarse en una puntuación de rango 0 a 10 (0: satisfacción mínima, 10: satisfacción máxima) mediante la ecuación:

$$\text{Satisfacción} = [(\text{puntuación obtenida}-11) / (55-11)] \times 10$$

En la visita inicial, se aplicó la ficha de recolección de datos y test de Zung (para evaluar su nivel de depresión) + test PANAS (para evaluar su calidad de vida). Se repitió ambas pruebas en la semana 8, 12 (Fase aguda de tratamiento) + el cuestionario ESTA semana 16 (Mantenimiento) (Evaluar la satisfacción percibida por el paciente con el tratamiento).

Posteriormente, se analizó si el consumo de antidepresivos demuestra una remisión de los síntomas somáticos de la depresión, mejoran la calidad de vida, y si los pacientes creen que los antidepresivos fueron eficaces, y si los recomendarían.

ANÁLISIS DE DATOS

Después de realizar la recolección de datos, se les organizó para su análisis.

Para determinar los análisis de datos, se empleó tablas para la presentación, análisis e interpretación de los resultados de campo, donde se han establecido los objetivos e hipótesis de este, utilizando el programa Microsoft office Excel 2010.

El registro de base de datos será consignado y procesado utilizando el programa estadístico Stata v14.

Para realizar el análisis univariado de variables categóricas se utilizó las tablas de frecuencias y porcentajes. Para el análisis bivariado se utilizó Chi-cuadrado de homogeneidad como prueba de hipótesis, donde se midió la asociación entre variables con un valor de significancia $p < 0.5$.

Además, para el análisis multivariado se aplicó la regresión logística, todo con un error del 5% e intervalo de confianza al 95%.

ASPECTOS ÉTICOS

Este trabajo fue aprobado por el comité de ética de la Universidad Privada Antenor Orrego en Trujillo, y por el director del Centro de Reposo San Juan de Dios (Cremp) de Piura, donde se llevó a cabo dicho estudio. La información recopilada se mantuvo en estricta confidencialidad y solo tuvieron acceso a ella las personas vinculadas al proyecto. Dicha información no podrá ser usada con otros fines.

Además, se solicitó el consentimiento informado de cada paciente para poder participar del estudio, así como se respetó su opinión y opción de abandonar el estudio en el momento que desee.

LIMITACIONES

El presente trabajo de investigación tuvo como limitantes la disposición de los pacientes para ser objeto de estudio.

RESULTADOS

En este estudio se incluyó a 114 pacientes que acuden al Centro de Reposo San Juan de Dios (CREMPT) – Piura durante los meses de abril a octubre de 2021, de los cuales el 51.75% (n=59) recibieron tratamiento con timolépticos más terapia conductual y 48.25% (n=55) recibieron solo tratamiento con timolépticos. La edad promedio de los participantes fue de 41.76 años, y el sexo femenino representó el 78.95% (n=90) de los participantes. Respecto al nivel educativo, el más predominante fue el haber cursado secundaria completa en 28.95% (n=33), superior incompleta en 25.44% (n=29) y superior completa en 25.44% (n=29). El estado civil más predominante fue el de soltero en 25.44% (n=29) de los participantes. Ver tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes que acuden al Centro de Reposo San Juan de Dios (CREMPT) – Piura durante los meses de abril a octubre de 2021.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Edad (años)	41.76 ± 14.86	
Sexo		
Femenino	90	78.95%
Masculino	24	21.05%
Nivel educativo		
Primaria incompleta	5	4.39%
Primaria completa	0	0%
Secundaria incompleta	7	6.14%
Secundaria completa	33	28.95%
Superior incompleta	29	25.44%
Superior completa	29	25.44%
Técnico incompleta	3	2.63%
Técnico completo	8	7.02%
Estado civil		
Soltero	29	25.44%
Conviviente	22	19.30%
Casado	61	53.51%
Divorciado	0	0%
Viudo	2	1.75%

Fuente: Encuesta.

Al evaluar la presencia de síntomas depresivos mediante el test de Zung, durante la primera visita realizada a los pacientes (semana 1) se identificó que entre aquellos

que solo recibían tratamiento farmacológico con timolépticos predominó la depresión moderada en 61.82% (n=34), mientras que no se identificaron pacientes sin síntomas depresivos y entre aquellos que recibieron tratamiento con timolépticos más terapia conductual también predominó la depresión moderada en 54.24% (n=32) y se identificaron 1.69% (n=1) paciente sin síntomas depresivos.

La evaluación realizada durante la semana ocho de tratamiento, identificó que entre aquellos que solo recibían tratamiento farmacológico con timolépticos la depresión leve predominó en 47.27% (n=26) mientras que similar porcentaje no presentó síntomas depresivos, y entre aquellos que recibieron tratamiento con timolépticos más terapia conductual la depresión leve se identificó en 44.07% (n=26) y el 50.85% (n=30) no presentaba síntomas depresivos.

La evaluación realizada durante la semana 12 de tratamiento, permitió identificar en aquellos que solo recibían tratamiento farmacológico con timolépticos en quienes la depresión leve predominó en 61.82% (n=34), mientras que 10.91% (n=6) no presentó síntomas depresivos, y entre aquellos que recibieron tratamiento con timolépticos más terapia conductual, la depresión leve se identificó en 67.8% (n=26) y el 16.95% (n=30) no presentaba síntomas depresivos.

No se identificaron diferencias significativas en la distribución de síntomas depresivos en cada medición semanal evaluada ($p>0.05$). Ver tabla 2.

Al evaluar la eficacia de la utilización de timolépticos para reducir la presencia de síntomas depresivos, se identificó que durante la semana 8 de tratamiento el 70.91% (n=39) de los pacientes que recibían solo timolépticos presentaron mejoría, mientras que los pacientes que recibieron timolépticos más terapia conductual presentó una mejoría de 83.05% (n=49).

Durante la semana 12, se identificó mejoría en 87.27% (n=48) de los pacientes que recibieron solo timolépticos y 94.92% (n=56) de los pacientes que recibieron tratamiento con timolépticos más terapia conductual. No se identificó diferencia significativa en ninguna de las dos mediciones realizadas entre ambos grupos de tratamiento ($p>0.05$). Ver tabla 2.

Tabla 2. Eficacia de los timolépticos en la resolución de los síntomas somáticos en pacientes con diagnóstico de depresión del CREMPT Piura durante los meses de abril a octubre de 2021.

Variable	Timolépticos + terapia conductual	Solo timolépticos	p
Evaluación de la prueba De Zung			
a) Primera visita			
Sin depresión	1(1.69%)	0(0%)	0.605*
Depresión leve	15(25.42%)	14(25.45%)	
Depresión moderada	32(54.24%)	34(61.82%)	
Depresión grave	11(18.64%)	7(12.73%)	
b) Semana 8 de tratamiento			
Sin depresión	30(50.85%)	26(47.27%)	0.930*
Depresión leve	26(44.07%)	26(47.27%)	
Depresión moderada	3(5.08%)	3(5.45%)	
c) Semana 12 de tratamiento			
Sin depresión	10(16.95%)	6(10.91%)	0.329*
Depresión leve	40(67.8%)	34(61.82%)	
Depresión moderada	9(15.25%)	14(25.45%)	
Depresión grave	0(0%)	1(1.82%)	
Eficacia del manejo de síntomas depresivos			
a) Eficacia en la Semana 8 de tratamiento**			
No mejoró	10(16.95%)	16(29.09%)	0.123*
Mejoró	49(83.05%)	39(70.91%)	
b) Eficacia en la Semana 12 de tratamiento***			
No mejoró	3(5.08%)	7(12.73%)	0.149*
Mejoró	56(94.92%)	48(87.27%)	

Fuente: Encuesta

*Prueba de Chi-cuadrado

**Eficacia evaluada según cambio de clasificación de la semana 8 en comparación con la primera visita realizada a los pacientes (semana 1)

*** Eficacia evaluada según cambio de clasificación de la semana 12 en comparación con la semana 8 de tratamiento.

Al evaluar la calidad de vida según la subescala de afectos positivos de la escala de PANAS, durante la primera visita realizada a los pacientes (semana 1) se identificó que entre aquellos que solo recibían tratamiento farmacológico con timolépticos el puntaje promedio obtenido fue 10.24 ± 2.08 mientras entre aquellos que recibieron tratamiento con timolépticos más terapia conductual el puntaje promedio obtenido fue de 9.83 ± 2.46 . La evaluación realizada durante la semana 8 de tratamiento identifico que entre aquellos que solo recibían tratamiento farmacológico con timolépticos el puntaje promedio obtenido fue de 12.82 ± 1.98 y para aquellos que recibieron

tratamiento con timolépticos más terapia conductual el puntaje promedio obtenido fue de 13.61 ± 2.15 . La evaluación realizada durante la semana 12 permitió identificar en aquellos que solo recibían tratamiento farmacológico con timolépticos el puntaje promedio obtenido fue de 14.45 ± 1.62 mientras que para aquellos que recibieron tratamiento con timolépticos más terapia conductual el puntaje promedio obtenido fue de 14.85 ± 1.55 . Solo se identificó diferencias significativas entre grupos de tratamiento durante la semana 8 de tratamiento ($p=0.044$). Ver tabla 3.

Al evaluar la eficacia de la utilización de timolépticos más terapia conductual para mejorar la calidad de vida según evaluación de afectos positivos, se identificó que durante la semana 8 de tratamiento el 72.73% ($n=40$) de los pacientes que recibían solo timolépticos presentaron mejoría mientras que esto se identificó en 86.44% ($n=51$) pacientes que recibieron tratamiento con timolépticos más terapia conductual. Durante la semana 12, se identificó mejoría en 74.55% ($n=41$) de los pacientes que recibieron solo timolépticos y 66.1% ($n=39$) de los pacientes que recibieron tratamiento con timolépticos más terapia conductual. No se identificó diferencia significativa en ninguna de las dos mediciones realizadas entre ambos grupos de tratamiento ($p>0.05$). Ver tabla 3.

Tabla 3. Calidad de vida según evaluación de afectos positivos de los pacientes que consumen timolépticos con diagnóstico de Depresión del CREMPT Piura durante los meses de abril a octubre de 2021.

Variable	Timolépticos + terapia conductual	Solo timolépticos	p
Subescala positiva de la escala de PANAS			
a) Primera visita			
MD \pm DS	9.83 \pm 2.46	10.24 \pm 2.08	0.346+
b) Semana 8 de tratamiento			
MD \pm DS	13.61 \pm 2.15	12.82 \pm 1.98	0.044+
c) Semana 12 de tratamiento			
MD \pm DS	14.85 \pm 1.55	14.45 \pm 1.62	0.189+
Eficacia en mejoría de calidad de vida según evaluación de afectos positivos			
a) Eficacia en la Semana 8 de tratamiento**			
No mejoró	8(13.56%)	15(27.27%)	0.068*
Mejoró	51(86.44%)	40(72.73%)	
b) Eficacia en la Semana 12 de tratamiento***			

No mejoro	20(33.9%)	14(25.45%)	0.325*
Mejoro	39(66.1%)	41(74.55%)	

Fuente: Encuesta

+Prueba de T de Student

*Prueba de Chi-cuadrado

**Eficacia evaluada según cambio de puntaje de la semana 8 en comparación con la primera visita realizada a los pacientes (semana 1)

*** Eficacia evaluada según cambio de puntaje de la semana 12 en comparación con la semana 8 de tratamiento.

Al evaluar la calidad de vida según la subescala de afectos negativos de la escala de PANAS, durante la primera visita realizada a los pacientes (semana 1) se identificó que entre aquellos que solo recibían tratamiento farmacológico con timolépticos el puntaje promedio obtenido fue 16.09 ± 2.82 mientras que entre aquellos que recibieron tratamiento con timolépticos más terapia conductual el puntaje promedio obtenido fue de 16.10 ± 2.98 . La evaluación realizada durante la semana 8 de tratamiento identifico que entre aquellos que solo recibían tratamiento farmacológico con timolépticos el puntaje promedio obtenido fue de 13.82 ± 2.21 y para aquellos que recibieron tratamiento con timolépticos más terapia conductual el puntaje promedio obtenido fue de 12.98 ± 2.51 . La evaluación realizada durante la semana 12 permitió identificar en aquellos que solo recibían tratamiento farmacológico con timolépticos el puntaje promedio obtenido fue de 10.09 ± 2.49 mientras que para aquellos que recibieron tratamiento con timolépticos más terapia conductual el puntaje promedio obtenido fue de 9.75 ± 2.23 . No se identificó diferencias significativas entre grupos de tratamiento durante las semanas de tratamiento ($p > 0.05$). Ver tabla 4.

Al evaluar la eficacia de la utilización de timolépticos más terapia conductual para mejorar la calidad de vida según evaluación de afectos negativos, se identificó que durante la semana 8 de tratamiento el 67.27% ($n=37$) de los pacientes que recibían solo timolépticos presentaron mejoría mientras que esto se identificó en 67.8% ($n=40$) pacientes que recibieron tratamiento con timolépticos más terapia conductual. Durante la semana 12, se identificó mejoría en 89.09% ($n=49$) de los pacientes que recibieron solo timolépticos y 84.75% ($n=50$) de los pacientes que recibieron tratamiento con timolépticos más terapia conductual. No se identificó diferencia significativa en ninguna de las dos mediciones realizadas entre ambos grupos de tratamiento ($p > 0.05$). Ver tabla 4.

Tabla 4. Calidad de vida según evaluación de afectos negativos de los pacientes que consumen timolépticos con diagnóstico de Depresión del CREMPT Piura durante los meses de abril a octubre de 2021.

Variable	Timolépticos + terapia conductual	Solo timolépticos	p
Subescala negativa de la escala de PANAS			
a) Primera visita			
MD ± DS	16.10±2.98	16.09±2.82	0.984+
b) Semana 8 de tratamiento			
MD ± DS	12.98±2.51	13.82±2.21	0.063+
c) Semana 12 de tratamiento			
MD ± DS	9.75±2.23	10.09±2.49	0.436+
Eficacia en mejoría de calidad de vida según evaluación de afectos negativos			
a) Eficacia en la Semana 8 de tratamiento**			
No mejoró	19(32.2%)	18(32.73%)	0.952
Mejoró	40(67.8%)	37(67.27%)	
b) Eficacia en la Semana 12 de tratamiento***			
No mejoró	9(15.25%)	6(10.91%)	0.493
Mejoró	50(84.75%)	49(89.09%)	

Fuente: Encuesta

+Prueba de T de Student

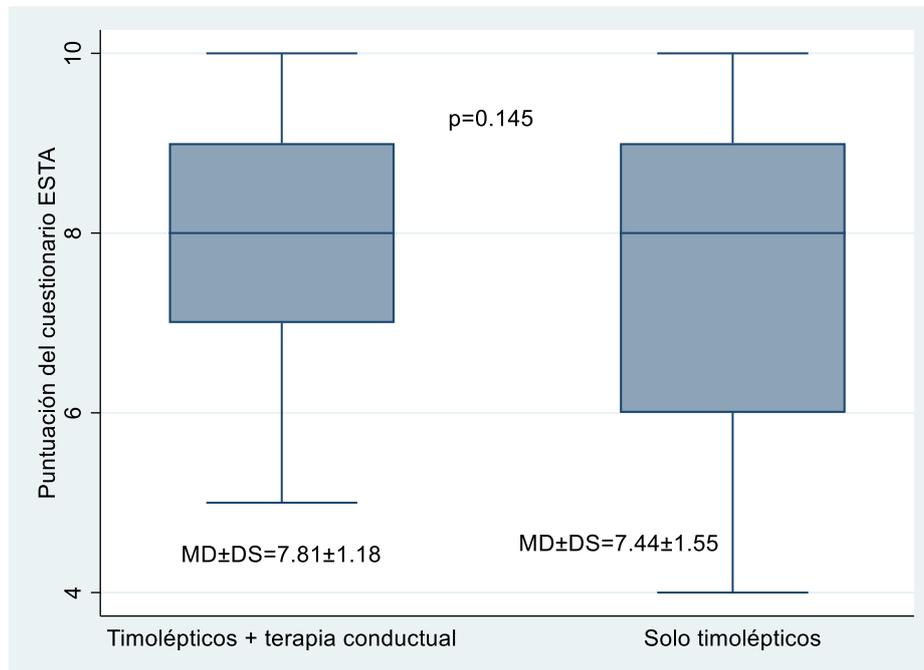
*Prueba de Chi-cuadrado

**Eficacia evaluada según cambio de puntaje de la semana 8 en comparación con la primera visita realizada a los pacientes (semana 1)

*** Eficacia evaluada según cambio de puntaje de la semana 12 en comparación con la semana 8 de tratamiento.

Entre los pacientes que recibieron solo tratamiento farmacológico con timolépticos la puntuación promedio del cuestionario ESTA fue de 7.44±1.55 y en los que se empleó timolépticos más tratamiento conductual fue de 7.81±1.18. No se encontró asociación entre las variables. Ver gráfico 1.

Gráfico 1. Percepción de la eficacia de los timolépticos en los pacientes con diagnóstico de depresión que reciben atención en el CREMPT Piura durante 2021.



Fuente: Encuesta.

El análisis de regresión multivariada identificó que el uso de tratamiento de timolépticos más terapia conductual incrementó en 20% (RP=1.20, IC95%=0.96-1.51, p=0.114) la reducción de síntomas depresivos en la semana 8 de tratamiento y en 7% (RP=1.07, IC95%=0.96-1.19, p=0.225) durante la semana 12 de tratamiento.

Respecto a la mejoría de la calidad de vida según evaluación de afectos positivos con la escala de PANAS, se identificó que el tratamiento mejoró la calidad de vida en 19% (RP=1.19, IC95%=0.98-1.44, p=0.080) durante la semana 8, sin embargo, la redujo en 11% (RP=0.89, IC95%=0.69-1.13, p=0.331) durante la semana 12 de tratamiento.

El uso de tratamiento de timolépticos más terapia conductual incrementó en 2% (RP=0.98, IC95%=0.76-1.25, p=0.860) la calidad de vida según evaluación de afectos negativos en la escala de PANAS en la semana 8 de tratamiento y en 3% (RP=0.97, IC95%=0.85-1.12, p=0.691) durante la semana 12 de tratamiento. Además, se identificó que el tratamiento con timolépticos más terapia conductual incrementó en 5% (RP=1.05, IC95%=0.98-1.12, p=0.160) la percepción de la eficacia del tratamiento.

administrado. Sin embargo, ninguna de las asociaciones identificadas fue estadísticamente significativa ($p > 0.005$). Ver tabla 5.

Tabla 5. Eficacia de los timolépticos en el tratamiento de la depresión y mejora de la calidad de vida de los pacientes que acuden al Centro de Reposo San Juan de Dios (CREMPT) – Piura durante los meses de abril a octubre de 2021.

Variable	RP	IC95%	p
Eficacia del manejo de síntomas depresivos			
a) Eficacia en la Semana 8 de tratamiento			
No mejoró	Referencia		
Mejoró	1.20	0.96-1.51	0.114
b) Eficacia en la Semana 12 de tratamiento			
No mejoró	Referencia		
Mejoró	1.07	0.96-1.19	0.225
Eficacia en mejoría de calidad de vida según evaluación de afectos positivos			
a) Eficacia en la Semana 8 de tratamiento			
No mejoró	Referencia		
Mejoró	1.19	0.98-1.44	0.080
b) Eficacia en la Semana 12 de tratamiento			
No mejoró	Referencia		
Mejoró	0.89	0.69-1.13	0.331
Eficacia en mejoría de calidad de vida según evaluación de afectos negativos			
a) Eficacia en la Semana 8 de tratamiento			
No mejoró	Referencia		
Mejoró	0.98	0.76-1.25	0.860
b) Eficacia en la Semana 12 de tratamiento			
No mejoró	Referencia		
Mejoró	0.97	0.85-1.12	0.691
Percepción de la eficacia del tratamiento	1.05	0.98-1.12	0.160

*Modelo de regresión multivariado ajustado por variable intervinientes.

DISCUSIÓN

La población estudiada fue en su mayoría mujer con una edad promedio de 41 años. A lo largo de los años se ha identificado mayor tasa de depresión en mujeres que en hombres, la brecha de género aumenta después de la pubertad y se estabiliza en la etapa adulta; se hace predominante en países ricos donde la presencia de la mujer es cada vez más visible en el mundo laboral, y en la cual existen de manera frecuente situaciones o detonantes para que se desarrollen bajo esta presión laboral enfermedades de salud mental tal como lo es la depresión ⁽³³⁾.

En el presente estudio se encontró que la eficacia de los timolépticos mejora en cuanto a los puntajes de depresión en al menos 70% en ambos grupos, tanto con el uso solo de los fármacos como combinando con terapia conductual, por lo que se observa una gran proporción de mejoría de por si usando los timolépticos, por lo cual se muestra una eficacia alta, en contraste a otros estudios que plantean la eficacia no clara de la acción de los timolépticos ^(13,19), tal como el estudio de Kirsh donde se identificó el mismo efecto clínico en los pacientes tratados con antidepresivos que los tratados con placebos ⁽²¹⁾. Asimismo, la revisión sistemática de Cipriani estudió 21 antidepresivos y encontró una diferencia significativa a favor de los antidepresivos con respecto al placebo en la remisión de síntomas de los pacientes con depresión mayor, donde el escitalopram, la mirtazapina, la paroxetina, la agomelatina y la sertralina destacaban por su eficacia ⁽¹¹⁾.

El metaanálisis de Liu compara dos grupos en adolescentes, uno bajo antidepresivos y otro bajo la acción combinada de estos con la terapia conductual; se concluye la existencia de una mejoría mínima a favor del grupo combinado al igual que el estudio presente ⁽³⁴⁾. La terapia conductual ha mostrado un efecto positivo en la función de la corteza frontopolar ⁽³⁵⁾ lo que quizá podría estar relacionado con la disminución de la ideación suicida ⁽³⁶⁾. En el presente estudio esta terapia conductual tuvo una mejora mínima, en cuanto a la disminución de síntomas depresivos.

Respecto a la calidad de vida, si bien es cierto no se identificó diferencia significativa en ambos grupos de tratamiento, se encuentra una mejoría significativa en calidad de vida a las 12 semanas de uso de timolépticos de hasta 89%, por lo cual la eficacia de

por sí solo es alta para este grupo, en contraste en la revisión de literatura al comparar con el estudio de Sava, no se evidenció diferencia en cuanto a los años asociados a la calidad de vida ⁽³⁷⁾; se ha evidenciado que los antidepresivos que han demostrado una mejoría en la calidad de vida se encuentran el escitalopram y la fluoxetina con mejoría incluso en la calidad de sueño de los pacientes ⁽³⁾. Por lo que se requieren estudios que incluyan una comparación de cada antidepresivo en particular.

Respecto a la percepción de eficacia se encontró una percepción de mejora mayor del percentil 50 para ambos grupos, siendo similar en ambos grupos. Estos hallazgos son similares y compatibles con el estudio de Lahera quien encontró que el 62% de los pacientes percibían a los antidepresivos como fármacos que generan dependencia a pesar de ser efectivos; asimismo el estudio de Gibson encuentra que más de la mitad de los pacientes perciben a los antidepresivos con efectos positivos sobre sus vidas ^(6,23).

En conclusión, los timolépticos son eficaces en cuanto a la remisión de los síntomas y la calidad de vida, y al agregar la terapia conductual esta eficacia se mantiene alta, con diferencias muy similares entre ambos grupos. Se necesitarían estudios por grupos de fármacos para determinar eficacia individual para cada desenlace y poder individualizar el tratamiento entre cada paciente.

CONCLUSIONES

- Los timolépticos fueron eficaces en el tratamiento de depresión de los pacientes del CREMPT durante los meses de abril a octubre de 2021. Sin embargo, a pesar del uso combinado con terapia conductual, el efecto principal fue atribuido básicamente a la farmacoterapia.
- Los timolépticos por si solos mejoraron los síntomas somáticos en 70.94% de los pacientes, mientras que si se combinaban con terapia conductual la mejoría fue similar con 83% sin diferencias significativas.
- Los timolépticos mejoraron la calidad de vida en 74.55% si se usan solos y con terapia conductual combinada fue de 66% a pesar de la diferencia, estadísticamente fueron similares.
- En cuanto a la disminución de síntomas, se percibió una mejoría significativa entre ambos grupos ya que ambos superaron el percentil 50 en cuanto a disminución de síntomas.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar estudios controlados en contexto de ensayo clínico en el cual se realicen tratamientos con timolépticos y sin timolépticos para poder establecer una eficacia adecuada. En el presente estudio solo se evaluó la eficacia de manera observacional.
- Se recomienda evaluar la eficacia individual de cada medicamento para poder establecer diferencias y personalizar el tratamiento de acuerdo con las necesidades de cada paciente.
- Se debe evaluar la importancia de la terapia conductual dentro de la terapéutica en los pacientes con depresión, así mismo asegurar que sea aplicada de manera correcta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gaviria J, Martínez G, Martínez L, et al. Adherencia a los antidepresivos: reto terapéutico para mejores desenlaces clínicos en pacientes con depresión. Archivos de Medicina (Col) (Internet) 2017 (consultado 2020 Dic 28); 17(1):150-159. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273851831016>
2. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5TM (Internet). Arlington,VA: American Psychiatric Association, 2013 (consultado 2020 Nov 25). p.103-110 Recuperado de: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
3. Dzevlan A, Redzepagic R, Hadzisalihovic M, et al. Quality of Life Assessment in Antidepressant Treatment of Patients with Depression and/or Anxiety Disorder. Mater Sociomed (Internet) 2019 (consultado 2020 Nov 20); 31(1):14-18. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31213949/> DOI: 10.5455/msm.2019.31.14-18
4. Cienfuegos E, Gonzales E. Seguimiento farmacéutico de ansiolíticos y antidepresivos en un grupo de pacientes del hospital militar central, Lima. Tesis de pregrado. Lima, Perú. Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2018,99pp. Recuperado de: <http://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/1259128>
5. De Paz C. Factores relacionados a la no adherencia al tratamiento antidepresivo en pacientes de psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo, febrero-marzo 2016. Tesis de pregrado. Trujillo, Perú. Universidad Nacional de Trujillo, 2017, 145 pp. Recuperado de: <http://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/619801>
6. Lahera G, Andrade-González N, Gasull V, et al. Percepción de la población española sobre la depresión [The public perception of depression in Spain]. An Sist Sanit Navar. (Internet) 2019 (consultado 2020 Nov 25); 42(1):31-39. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30936572/> DOI: 10.23938/ASSN.0590
7. Shinohara K, Efthimiou O, Ostinelli E, et al. Comparative efficacy and acceptability of antidepressants in the long-term treatment of major depression: protocol for a systematic review and network meta-analysis. BMJ Open (Internet) 2019 (consultado 2020 Nov 15); 9(5): e027574. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31110100/> DOI: 10.1136/bmjopen-2018-027574
8. Graglia DA, Ieronimo MV, Palacios A, et al. Estudio de satisfacción del tratamiento antidepresivo en pacientes en Argentina. Pharm. Care Esp (Internet) 2017 (Consultado 2020 Nov 1); 19(1):16-26 Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc-160643>
9. Caretas. Perú: La causa principal del suicidio es la depresión (Internet) Lima: Carlos Cabanillas; 2019 (consultado 2021 Ene 7). Recuperado de: <https://caretas.pe/nacional/peru-principal-del-suicidio-depresion-salud-mental/>
10. Quintana I, Velazco Y. Reacciones adversas de los antidepresivos: consideraciones actuales. Rev Med Electrón (Internet) 2018 (consultado 2020 Dic 01); 40(2). Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=81250>

11. Cipriani A, Furukawa T, Salanti G, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet* (Internet) 2018 (consultado 2020 Nov 15);391(10128): 1357-1366. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29477251/> DOI: 10.1016/S0140-6736(17)32802-7
12. López-Torres J, López Y, Párraga I, et al. Treatment Satisfaction Among Patients Taking Antidepressant Medication. *Community Ment Health J.* (Internet) 2016 (Consultado 2020 Nov 10); 52(6): 738-745. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25833726/> DOI: 10.1007/s10597-015-9865-5
13. Bschor T, Kilarski LL. Are antidepressants effective? A debate on their efficacy for the treatment of major depression in adults. *Expert Rev Neurother* (Internet) 2016 (consultado 2020 Nov 20); 16(4):367-74. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26891111/> DOI: 10.1586/14737175.2016.1155985
14. Brijnath B, Antoniadou J. Playing With Antidepressants: Perspectives From Indian Australians and Anglo-Australians Living With Depression. *Qual Health Res.* (Internet) 2017 (Consultado 2020 Nov 25); 27(13):1970-1981. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27288015/> DOI: 10.1177/1049732316651404
15. Safer DJ, Zito JM. Short- and Long-Term Antidepressant Clinical Trials for Major Depressive Disorder in Youth: Findings and Concerns. *Front Psychiatry* (Internet) 2019 (consultado 2020 Dic 01); 10:705. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31681028/> DOI: 10.3389/fpsy.2019.00705
16. Read J, Gee A, Diggle J, et al. The interpersonal adverse effects reported by 1008 users of antidepressants; and the incremental impact of polypharmacy. *Psychiatry Res.* (Internet) 2017 (consultado 2020 Dic 09); 256:423-427. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28697488/> DOI: 10.1016/j.psychres.2017.07.003
17. Ortiz A, Sobrado A. Uso adecuado de... Antidepresivos. *AMF* (Internet) 2017 (consultado 2020 Nov 10); 13(1): 29-33. Recuperado de: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1982
18. Varela M, Del Pozo L, Ortiz A. ¿Es hora de repensar el uso de los antidepresivos? *Rev CLIN MED FAM* (Internet) 2016 (consultado 2020 Dic 01); 9(2):100-107. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc-155704>
19. Toledo M, Olmos I, Mato M, et al. Antidepresivos: controversia sobre su eficacia en el trastorno depresivo mayor. *Rev Psiquiatr Urug* (Internet) 2016 (consultado 2020 Dic 28); 80(2): 111-119. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-973344>
20. Stucchi-Portocarrero S. ¿Realmente existe una “epidemia de depresión”? *Rev Neuropsiquiatr* (Internet) 2017 (Consultado 2020 Dic 10); 80(4):261-264. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-991486>
21. Kirsch I. Antidepressants and the Placebo Effect. *Z Psychol* (Internet) 2014 (consultado 2020 Nov 15); 222(3): 128-134. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25279271/> DOI: 10.1027/2151-2604/a000176
22. Ioannidis JP. Effectiveness of antidepressants: an evidence myth constructed from a thousand randomized trials? *Philos Ethics Humanit Med* (Internet) 2008 (Consultado

- 2020 Dic 28); 3:14. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18505564/> DOI: 10.1186/1747-5341-3-14
23. Gibson K, Cartwright C, Read J. 'In my life antidepressants have been...': a qualitative analysis of users' diverse experiences with antidepressants. *BMC Psychiatry* (Internet) 2016 (consultado 2020 Nov 10); 16:135 Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27165309/> DOI: 10.1186/s12888-016-0844-3
24. Hughes S, Lacasse J, Fuller RR, et al. Adverse effects and treatment satisfaction among online users of four antidepressants. *Psychiatry Res.* (Internet) 2017 (consultado 2020 Nov 10); 255:78-86. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28531820/> DOI: 10.1016/j.psychres.2017.05.021
25. Sagy R, Amitai M, Weizman A, et al. Levels of depression and satisfaction with life as indicators of health services consumption. *Int J Psychiatry Clin Pract.* (Internet) 2016 (consultado 2020 Nov 15); 20(4):245-8. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27609695/> DOI: 10.1080/13651501.2016.1223855
26. Olié JP, Elomari F, Spadone C, et al. Résultats d'une enquête sur l'usage des antidépresseurs en population générale française (Antidepressants consumption in the global population in France). *Encephale* (Internet) 2002 (consultado 2021 Ene 04); 28(5 Pt 1):411-7. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12386542/>
27. Carrasco, S. Metodología de la Investigación Científica. Perú: Editorial San Marcos. 2016.
28. Bernal, C. A. Metodología de la Investigación para Administración y Economía. Santafé de Bogotá: Nomos S.A. 2000.
29. Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista-Lucio, P. Selección de la muestra. En *Metodología de la Investigación* (6ª ed., pp. 170-191). México: McGraw-Hill. (Internet) 2014 (consultado 2021 Ene 31) Recuperado de: http://sined.uaem.mx:8080/bitstream/handle/123456789/2776/506_6.pdf?sequence=1
30. Luna del Castillo, M. Bioestadística para las ciencias de la salud. Madrid - España. Editorial Norma. 4ª ed. (Internet) 1993. (consultado 2021 Feb 14) Recuperado de: http://navarrof.orgfree.com/Docencia/MatematicasIII/M3UT8/tamano_muestral2.pdf
31. Tamayo, M. El Proceso de la Investigación Científica. México: Limusa S.A. (Internet) 1997. (consultado 2021 Feb 14) Recuperado de: <http://evirtual.uaslp.mx/ENF/220/Biblioteca/Tamayo%20Tamayo-El%20proceso%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%20cient%C3%ADfica2002.pdf>
32. Fidias, G. El Proyecto de Investigación Introducción a la metodología científica (6ta ed.). Venezuela: Episteme. 2012.
33. Salk RH, Hyde JS, Abramson LY. Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychol Bull.* 2017 Aug;143(8):783-822.
34. Liu W, Li G, Wang C, Wang X, Yang L. Efficacy of Sertraline Combined with Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Comput Math Methods Med.* 2021 Dec 28;2021:5309588.
35. Katayama N, Nakagawa A, Umeda S, Terasawa Y, Abe T, Kurata et al. Cognitive behavioral therapy effects on frontopolar cortex function during future thinking in major

depressive disorder: A randomized clinical trial. *J Affect Disord.* 2022 Feb 1;298(Pt A):644-655.

36. Hemanny C, Sena EP, de Oliveira IR. Behavioural activation and trial-based cognitive therapy may be beneficial to reduce suicidal ideation in major depressive disorder: A post hoc study from a clinical trial. *J Clin Pharm Ther.* 2022 Jan;47(1):46-54.

37. Sava FA, Yates BT, Lupu V, Szentagotai A, David D. Cost-effectiveness and cost-utility of cognitive therapy, rational emotive behavioral therapy, and fluoxetine (Prozac) in treating depression: a randomized clinical trial. *J Clin Psychol.* 2009 Jan;65(1):36-52.

ANEXOS

Anexos 1: Ficha de recolección de datos

Eficacia de los Antidepresivos y su repercusión en la calidad de vida de pacientes tratados en el CREMPT – Piura 2021.

Fecha: / /

Ficha N°:

Datos Generales:

Nombre y apellidos: _____

Edad: _____ Sexo: M F Teléfono: _____

Nivel académico:

Primaria: C I Secundaria: C I Superior: C I

Técnico: C I

Estado Civil: Soltero ___ Casado ___ Viudo ___ Conviviente ___

Diagnóstico: _____

Tratamiento Farmacológico: Si ___ No ___

Tratamiento Conductual: Si ___ No ___

Variable de Exposición:

Antidepresivo que toma:

Cuántas veces al día:

Dosis: _____

Periodo de Tratamiento: _____

(Solo en la segunda entrevista)

¿Ha olvidado alguna vez tomar su medicamento?: Si ___ No ___

¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?: Si ___ No ___

Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar su antidepresivo? Si ___ No ___

Si alguna vez le sienta mal, ¿deja de tomarlo? Si ___ No ___

¿Presenta algún efecto secundario al tomar el fármaco? Si ___ No ___

Cuál: _____

Criterios de Exclusión

	SI	NO	Cuál
¿Padece otra enfermedad?			
¿Está bien controlada?			
¿Toma algún otro fármaco?			
¿Ha estado hospitalizado o aislado durante el estudio?			

Anexo 2: Escala de Depresión de Zung

Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

Por favor lea cada enunciado y decida con qué frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

Por favor marque (x) la columna adecuada	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena				

19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes				

Anexo 3: Escala PANAS

Apéndice I I-Spanas-SF

Nombre: _____ Edad: _____

A continuación le presentamos varias palabras que describen diferentes sentimientos y emociones. Lea cada una de ellas y marque con un aspa con cuanta frecuencia experimenta usted estas emociones o sentimientos. Por ejemplo, marque 1 si "Nunca" experimenta un sentimiento o emoción, y marque 5 si lo hace "Siempre".

	1	2	3	4	5		
	Nunca				Siempre		
1. Molesto(a)			1	2	3	4	5
2. Hostil			1	2	3	4	5
3. Alerta			1	2	3	4	5
4. Avergonzado(a)			1	2	3	4	5
5. Inspirado (a)			1	2	3	4	5
6. Nervioso(a)			1	2	3	4	5
7. Decidido(a)			1	2	3	4	5
8. Atento(a)			1	2	3	4	5
9. Temeroso(a)			1	2	3	4	5
10. Activo(a)			1	2	3	4	5

Anexo 4: Cuestionario ESTA

CUESTIONARIO ESTA

Estimado señor(a), la presente investigación tiene como finalidad determinar la relación el tratamiento antidepressivo que está recibiendo actualmente, por el cual pido su colaboración para responder con precisión y sinceridad el cuestionario, el cual posee carácter confidencial y académico.

Según las siguientes afirmaciones, señale su grado de acuerdo o desacuerdo:

	ESCALAS				
	Totalmente de acuerdo 5	De acuerdo 4	Indiferente 3	En desacuerdo 2	Totalmente desacuerdo 1
1. El tratamiento antidepresivo es eficaz					
2. Los síntomas mejoran con el tratamiento					
3. Con el tratamiento resulta más fácil participar en actividades de ocio					
4. Con el tratamiento resulta más fácil relacionarse con otras personas					
5. El estado de ánimo mejora con el tratamiento					
6. Con el tratamiento resulta más fácil realizar las tareas cotidianas					
7. El tratamiento antidepresivo te hace sentir más activo y con más energía.					
8. Con el tratamiento antidepresivo mejora la capacidad para disfrutar de las cosas					
9. Con el tratamiento antidepresivo mejora la capacidad de concentración					
10. En general, el tratamiento antidepresivo es muy satisfactorio					
11. Con el tratamiento antidepresivo aumenta la satisfacción con la vida.					

Anexo 5: Consentimiento Informado

Eficacia de los Antidepresivos y su repercusión en la calidad de vida de pacientes tratados en el CREMPT – Piura 2021

Me llamo Leonardo Javier Dávila Gemín, Interno de Medicina Humana de la universidad UPAO Piura. Me es grato saludarle y a la vez, invitarlo a formar parte de un estudio de investigación sobre EFICACIA DE LOS ANTIDEPRESIVOS Y SU REPERCUSIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES TRATADOS EN EL CREMPT – PIURA, cuyo objetivo es determinar el impacto que tienen los fármacos antidepresivos en el tratamiento de la depresión, y su impacto sobre los cambios afectivos de la calidad de vida de los pacientes, que se llevará a cabo durante la primera mitad del 2021.

Solicitamos su colaboración y autorización para realizar una recopilación de datos sobre su tratamiento, estado de ánimo y opinión sobre el tratamiento, a través de un cuestionario que se le realizará en 4 oportunidades, en un tiempo no mayor a 15 minutos. Es importante dejar en claro que su participación es totalmente voluntaria, no implica ningún pago, no existe ningún riesgo para usted u otros participantes, no hay ninguna alteración o intervención sobre su tratamiento, y los datos que nos proporcionen son totalmente confidenciales, no se entregará ninguna información a terceros, ni se expondrá su identidad.

Los resultados y conclusiones al terminar el estudio serán publicados en espacios académicos sin revelar ningún dato personal de los participantes. Usted es libre de desistir del estudio en el momento que lo crea conveniente.

Sin más que agregar, agradezco su participación en este proyecto de investigación, y ante cualquier duda o consulta, puede contactarme a través de mi email: ldavilag@upao.edu.pe o mi número celular: 920 740 874.

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para ser potencial participante y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando dar mi consentimiento libremente:

Firma y Huella

Anexo 6: Operacionalización de variables

Variable de respuesta	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Escala de medición	Instrumento de medición
Nivel de Depresión	Trastorno mental caracterizado por tristeza vital y anhedonia, que se acompaña con cambios somáticos, afectivos, cognitivos e idea de muerte.	Presencia de inestabilidad emocional persistente, que ocasiona trastornos psic motores, psíquicos y fisiológicos en la vida del paciente, causando conductas desaptativas.	Trastorno Afectivos Trastornos Fisiológicos Trastornos Psic motores Trastornos Psíquicos	Tristeza (1) Llanto (2) Variación: Diurna (3) / Sueño (4) Apetito (5) / Peso (7) Libido (6) Trastorno: Gastrointestinal (8) Cardiovascular (9) Musculoesquelético (10) Astenia psic motora (12) Agitación Psic motora (13) Confusión (11) / Desesperanza (14) Irritabilidad (15) / Indecisión (16) Sensación de Vacío (18) Desvaloración personal (17) Ideas suicidas (19) / Insatisfacción (20)	Ordinal	Escala Depresión de Zung Sin Depresión: < 50 Depresión: Leve: 50 - 59 Moderada: 60 – 69 Grave: ≥ 70
Nivel de Calidad de vida	Presencia de afectos positivos y negativos que refleja el estado emocional de la persona y su calidad de desenvolvimiento social.	Percepción del individuo sobre la intensidad y predominio de los aspectos positivos y negativos que definen su vida y su comportamiento con su entorno.	Afectividad Positiva Afectividad Negativa	Alerta (3) / Inspirado (5) Decidido (7) / Atento (8) Activo (10) Molesto (1) / Hostil (2) Avergonzado (4) / Nervioso (6) Temeroso (9)	Ordinal	Escala SPANAS-SF