

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



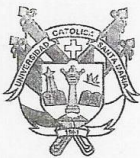
**“FACTORES RELACIONADOS A LA NO ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL
CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI DESDE
ENERO A JUNIO DEL 2017”**

Tesis presentada por la bachiller:
Salinas Pérez, Kimberly Milagros

Para optar el título profesional de:
Médico Cirujano

Asesor: Dr. Zevallos Rodríguez, Juan Manuel

AREQUIPA – PERÚ
2018



Universidad Católica de Santa María

(51 54) 382038 Fax:(51 54) 251213 ✉ucsm@ucsm.edu.pe 🌐http://www.ucsm.edu.pe Apartado:1350

AREQUIPA - PERÚ

INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS
DECRETO N° 181 - FMH-2017

Visto el Borrador de Tesis titulado:

"FACTORES RELACIONADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI DESDE ENERO A JUNIO DEL 2017"

Presentado por el (la) Sr. (ta):

KIMBERLY MILAGROS SALINAS PEREZ

Nuestro dictamen es:

Favorable

OBSERVACIONES:

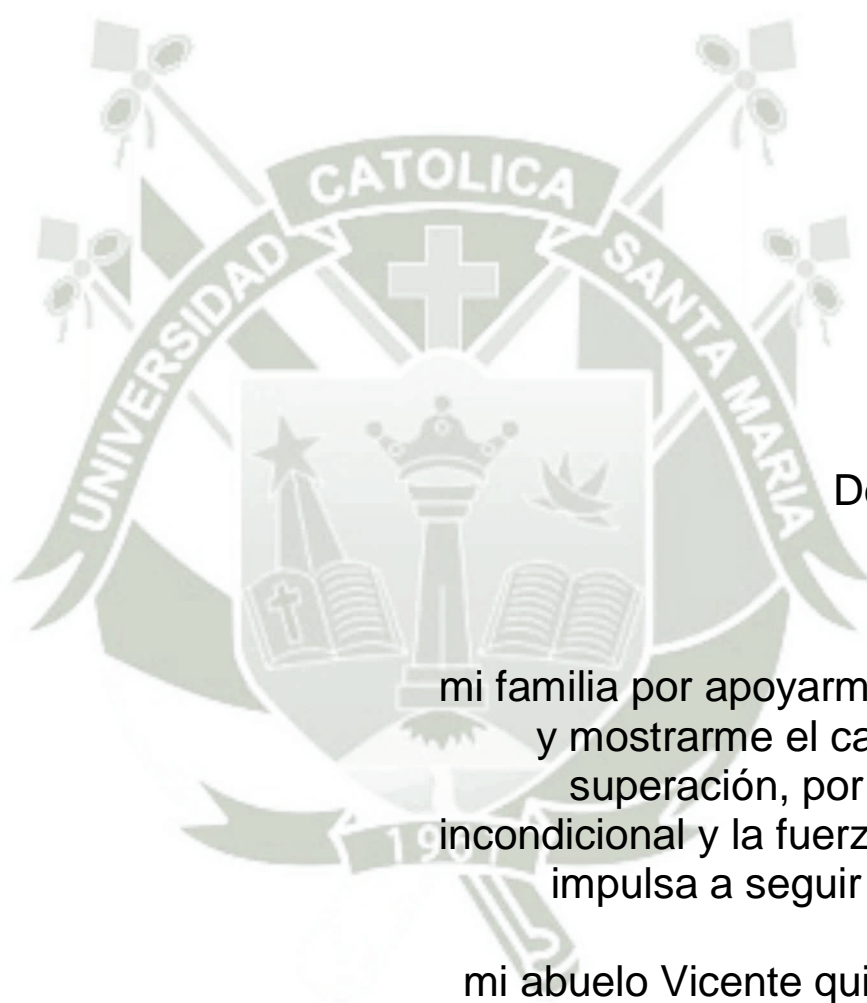
Se hicieron las correcciones perfectas

Arequipa, *16 de Marzo del 2018*

Ricardo
Dr. Ricardo Ibáñez Barreda
MEDICO PSQUIATRA
C.M.P. 37542 - R.N.E. 28105
DR. RICARDO JAVIER IBÁÑEZ BARREDA

J. Eluf
DR. JOSÉ ELISEO ALVARADO ACO
C.M.P. 14011

Liliana
DRA. LILIANA VALENZUELA VALENCIA
Neóloga
C.M.P. 15236 - R.N.E. 11106



Dedicatoria

A
mi familia por apoyarme en todo
y mostrarme el camino a la
superación, por su apoyo
incondicional y la fuerza que me
impulsa a seguir adelante.

A
mi abuelo Vicente quién sonrío
desde el cielo.

INDICE GENERAL

| | |
|--|-----|
| Resumen..... | III |
| Abstract..... | IV |
| Introducción..... | V |
| CAPÍTULO I Material y métodos | 1 |
| CAPÍTULO II Resultados..... | 3 |
| CAPÍTULO III Discusión y comentarios..... | 40 |
| CAPÍTULO IV Conclusión y Recomendaciones..... | 46 |
| Bibliografía | 49 |
| Anexos | |
| ✓ Anexo 1: Proyecto de Investigación..... | 53 |
| ✓ Anexo 2: Ficha de recolección de datos | 92 |
| ✓ Anexo 3: Matriz de datos | 93 |

RESUMEN

Antecedente: Factores sociodemográficos, económicos y del propio tratamiento pueden convertirse en factores determinantes para la adherencia al tratamiento en pacientes con depresión.

Objetivo: Determinar los factores relacionados a la no adherencia del tratamiento en pacientes con depresión, analizando los distintos factores que pueden afectar a la adherencia en el tratamiento antidepresivo.

Métodos: Los datos se obtuvieron mediante el acceso a la unidad de archivo a través de una ficha de recolección de datos, revisándose 101 historias clínicas; los datos fueron procesados y tabulados para su interpretación y análisis. Se comparan resultados mediante prueba chi cuadrado utilizando el programa estadístico SPSS23.0 para resumir las variables en sus frecuencias absolutas y relativas porcentuales

Resultados: Se evaluaron 101 historias clínicas de las cuales el 52.0% de los pacientes que no se adhieren al tratamiento son de sexo femenino y presenta relación estadística significativa (prueba de chi cuadrado $X^2=8.26$ y $P<0.05$). Asimismo, se observa que el 32.0% de los pacientes con depresión que no se adhieren al tratamiento tiene un ingreso económico mensual entre 501-1000 soles y más de 1000 soles. (prueba de chi cuadrado $X^2=6.80$ y $P<0.05$). Además, también se obtuvo que 48.0% de los pacientes con depresión que no se adhieren al tratamiento siguen un tratamiento farmacológico únicamente. (prueba de chi cuadrado $X^2=18.87$ y $P<0.05$).

Conclusión: El sexo femenino constituye la mayor prevalencia en este diagnóstico y además se presenta como factor relacionado a la no adherencia al tratamiento antidepresivo con resultados estadísticos significativos. Otro factor es el ingreso económico de los pacientes, ya que se encontró que el tener mayores ingresos predispone a un abandono del tratamiento. El tipo de tratamiento farmacológico también resultó ser un factor asociado al abandono del tratamiento lo que nos hace pensar la necesidad y utilidad de un tratamiento más completo incluyendo la psicoterapia.

PALABRAS CLAVE: depresión – adherencia al tratamiento – pacientes – factores asociados

ABSTRACT

Background: sociodemographic, economic factors and the treatment itself can become determining factors for adherence to work in patients with depression.

Objective: To determine the factors related to the non-adherence of the treatment in patients with depression, analyzing the parameters that can affect the adherence in the antidepressant treatment.

Methods: Data were obtained through access to the archive unit through a data collection card, reviewing 101 medical records; the data was processed and tabulated for its interpretation and analysis. Results are compared by chi-squared test using the statistical program SPSS23.0 to summarize the variables in their absolute and relative percentage frequencies.

Results: We evaluated 101 clinical histories of which 52.0% of the patients who did not identify with the treatment of the female sex and with the significant positive relationship (Chi square test $X^2 = 8.26$ and $P < 0.05$). Likewise, it was observed that 32.0% of the patients with depression who do not adhere to the treatment have a monthly economic income between 501-1000 soles and more than 1000 soles. (chi square test $X^2 = 6.80$ and $P < 0.05$). In addition, 48.0% of patients with depression who do not adhere to treatment follow a pharmacological treatment only. (Chi square test $X^2 = 18.87$ and $P < 0.05$).

Conclusion: Female sex is the main prevalence in this diagnosis and it is also presented as a factor related to non-adherence to antidepressant treatment with significant statistical results. Another factor is the economic income of patients, who were found to have higher income predisposes to a dropout of treatment. The type of pharmacological treatment also turned out to be a factor associated with the abandonment of the treatment that makes it necessary to receive attention and usefulness of a more complete treatment with psychotherapy.

KEY WORDS: depression - adherence to work - patients - associated factors

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales conforman un grupo de enfermedades de gran prevalencia, en el cual el trastorno depresivo se encuentra como uno de los más frecuentes, en la mayoría de hospitales, centros de salud, clínicas particulares y demás, es una creciente patología que demanda gran parte del tiempo de la atención por emergencia.

En el último año 2017 en el Hospital Goyeneche, específicamente en el servicio de medicina interna, los pacientes con síntomas depresivos, intento de suicidio y con problemas de relaciones interpersonales constituyeron la quinta parte de la casuística.

El Trastorno mental Depresión según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2020 será uno de los principales problemas de salud y la segunda causa de incapacidad a nivel mundial, una estimación bastante preocupante en la actualidad, ya que más de 300 millones de personas en el mundo la padecen. (1)

Cifras a nivel nacional según el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado- Hideyo Noguchi. Señalan que esta enfermedad afecta anualmente afecta a cerca de 1 millón 700 mil peruanos y una de cada 20 personas mayores de 15 años se deprime cada año. Un 6,7% de la población en todo el país padece de este trastorno, siendo la enfermedad mental más común que afecta al 8% de los adolescentes, al 6% de adultos y al 7% de adultos mayores. (2). Un estudio realizado en pacientes por consultorio externo del Hospital Nacional Cayetano Heredia se encontró que el 75% de los pacientes presentaba algún síntoma depresivo: 11 varones (24.4%) y 34 mujeres (75.6%), en lo que respecta a depresión mayor se encontró a 11 pacientes (18.3%): 1 varón (9.1%) y 10 mujeres (90.9%). La edad promedio de los pacientes con depresión mayor fue de 72.7 años (3)

A nivel local se han realizado estudios de depresión pero en poblaciones específicas como es en el caso de pacientes oncológicos en el Hospital Goyeneche, de los cuales el 89.41% presentaba algún síntoma depresivo. (4)

Este trastorno mental genera un impacto en la funcionalidad personal llegando a considerarse como una adversidad en el desarrollo de la vida; por lo que la correcta

medicación es una medida necesaria, lamentablemente la desinformación, el alto costo de algunos medicamentos o el mismo estigma que se da a la enfermedad impiden su mejora.

Estudios internacionales confirman esta realidad como en Chile, en el que un trabajo de investigación tuvo como resultados un incumplimiento de toma de antidepresivos del 52.8% y el principal factor asociado fue el ingreso económico. Género y nivel educativo también fueron asociados con el incumplimiento del tratamiento. (5)

Por eso debemos tener en cuenta que aproximadamente un tercio de los pacientes que inician tratamiento antidepresivo, los han dejado antes de tres meses (6).

Esta falta de adherencia conllevaría a serias repercusiones como mayor número de hospitalizaciones, mayores tasas de recaídas o recurrencias, mayores tasas de suicidio y un peor pronóstico (7)

Esta baja adherencia al tratamiento a la larga se transforma en un problema de salud pública interfiriendo en la correcta efectividad del tratamiento y a su vez a la recuperación del paciente.

Por lo tanto en este trabajo se propone la búsqueda de los factores más relevantes asociados a la no adherencia del tratamiento en pacientes con depresión; en los que se ven implicados factores como: edad, sexo, características sociodemográficas y económicas, además de la clínica y tratamiento, debido a que estos elementos pueden afectar en mayor o menor medida a la adherencia al tratamiento antidepresivo.

Y así, espera servir como una oportuna intervención en el cuidado del paciente para una buena calidad de vida y ser una herramienta útil a los profesionales de salud para orientar en el tratamiento permitiendo una mejor adherencia y porque no también lograr disminuir la frecuencia de recaídas, reingresos hospitalarios, hasta mejorar la disponibilidad de recursos sanitarios.

CAPÍTULO I

MATERIALES Y MÉTODOS

- 1) **Técnicas, instrumentos y materiales de verificación**
 - a) **Técnicas:** Recolección de datos obtenidos de las fichas respectivas, con su procesamiento estadístico.
 - b) **Instrumentos:** Fichas de recolección de datos (Anexo 1)
 - c) **Materiales:** Hojas, lapiceros, computadora, software Excel, software spss y/o stata.

- 2) **Campo de verificación**
 - 2.1) **Ubicación espacial:** El estudio fue realizado en el Centro de Salud Moisés Heresi, el cual está ubicado en la Avenida Pumacahua S/N . En el Distrito de Cerro Colorado en la Provincia y Departamento de Arequipa
 - 2.2) **Ubicación temporal:** El estudio fue realizado durante el periodo Diciembre del 2017- Enero y Febrero del 2018
 - 2.3) **Unidades de estudio:** Estuvieron representadas por todas las historias clínicas de Enero – Junio del 2017

- 3) **Población:**
 - 3.1) Pacientes con diagnóstico de Episodio Depresivo diagnosticados en los meses de Enero a Junio en el 2017
Muestra: 100 historias clínicas que cumplieron con los criterios de selección.
 - 3.2) **Criterios de inclusión:** Pertenecer al Centro de Salud Mental Moisés Heresi
 - 3.3) **Criterios de exclusión:**
 - No tener el diagnóstico de Episodio Depresivo
 - Historias clínicas que no se encontraban en la unidad de archivo al momento de la recolección de datos.

3.4) Definición de No adherencia al tratamiento: paciente que habiendo acudido a Centro de Salud Moisés Heresi recibe el diagnóstico de Episodio Depresivo durante el periodo de Enero a Junio 2017, quedando en tratamiento en dicho centro de salud y dejando de acudir a las citas programadas por un periodo de 6 meses

4) Estrategia De Recolección De Datos:

a) Organización

- Aprobación del proyecto de tesis por el asesor
- Se presentará el proyecto de tesis a profesores de maestría del curso de taller de Tesis
- Se solicitará por escrito la autorización al Centro de Salud Moisés Heresi.
- Se procederá a la recolección de datos mediante las historias clínicas de los pacientes con depresión mayor atendidos durante el periodo de Enero a Junio del 2017, para la debida valoración e interpretación
- Aclaración de criterios de inclusión y exclusión.
- Se finalizara el trabajo con asesoría sobre calidad de vida y salud en relación a los diversos síndromes geriátricos, por los principios éticos de la investigación en seres humanos.

b) Recursos

- Humanos: Investigador, Asesor, Personal administrativo del Centro de Salud
- Institucionales: UCSM, Facultad de Medicina Humana, Centro de Salud Moisés Heresi
- Financieros: La presente investigación fue solventada por recursos propios del investigador.

5) Criterios Para Manejo De Resultados

a) Plan de procesamiento

Los datos serán obtenidos a través de una ficha de recolección de datos (Anexo 1), serán procesados y tabulados para su interpretación y análisis, en el programa Microsoft® Excel 2010, originando una base de datos, de la cual se podrá realizar el análisis y extrapolación estadística.

b) Plan de análisis

Se usaran los métodos de la estadística descriptiva, utilizando el programa estadístico SPSS23.0 para resumir las variables en sus frecuencias absolutas y relativas porcentuales





TABLA N^o. 1
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS PACIENTES CON
DEPRESIÓN EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI
DESDE ENERO A JUNIO DEL 2017

| Factores Sociodemográficos | N^o. | % |
|-----------------------------------|-----------------------|------------|
| Sexo | | |
| Masculino | 38 | 38,0 |
| Femenino | 62 | 62,0 |
| Edad | | |
| <15 | 6 | 6,0 |
| 16-20 | 20 | 20,0 |
| 21-30 | 14 | 14,0 |
| 31-40 | 14 | 14,0 |
| 41-50 | 22 | 22,0 |
| >50 | 24 | 24,0 |
| Estado civil | | |
| Soltero | 46 | 46,0 |
| Casado | 32 | 32,0 |
| Otros | 22 | 22,0 |
| Ocupación | | |
| Sin trabajo | 58 | 58,0 |
| Esporádico | 6 | 6,0 |
| Frecuente | 36 | 36,0 |
| Procedencia | | |
| Urbana | 76 | 76,0 |
| Rural | 24 | 24,0 |
| Instrucción | | |
| Primaria | 6 | 6,0 |
| Secundaria | 40 | 40,0 |
| Superior | 32 | 32,0 |
| Técnico | 22 | 22,0 |
| Tipo de familia | | |
| Funcional | 22 | 22,0 |
| Disfuncional | 78 | 78,0 |
| TOTAL | 100 | 100 |

La Tabla N^o. 1 muestra que el 62.0% de los pacientes con depresión en el Centro de salud mental Moisés Heresi desde Enero a Junio del 2017 son de sexo femenino, el 22.0% tienen entre 41-50 años, el 46.0% son solteros, el 58.0% no tienen trabajo, el 76.0% son de zona urbana, el 40.0% de los pacientes tienen instrucción secundaria y el 78.0% vienen de familia disfuncional.

TABLA N°. 2

**INGRESO ECONÓMICO DE LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN EN
EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI DESDE ENERO
A JUNIO DEL 2017**

| Ingreso económico | Nº. | % |
|--------------------------|------------|------------|
| 0-500 | 14 | 14,0 |
| 501-1000 | 36 | 36,0 |
| >1000 | 50 | 50,0 |
| TOTAL | 100 | 100 |

La Tabla N°. 2 muestra que el 50.0% de los pacientes con depresión en el Centro de salud mental Moisés Heresi desde Enero a Junio del 2017 tienen un ingreso mensual mayor a 1000 soles, mientras que el 14.0% de los pacientes perciben entre 0-500 soles mensuales.

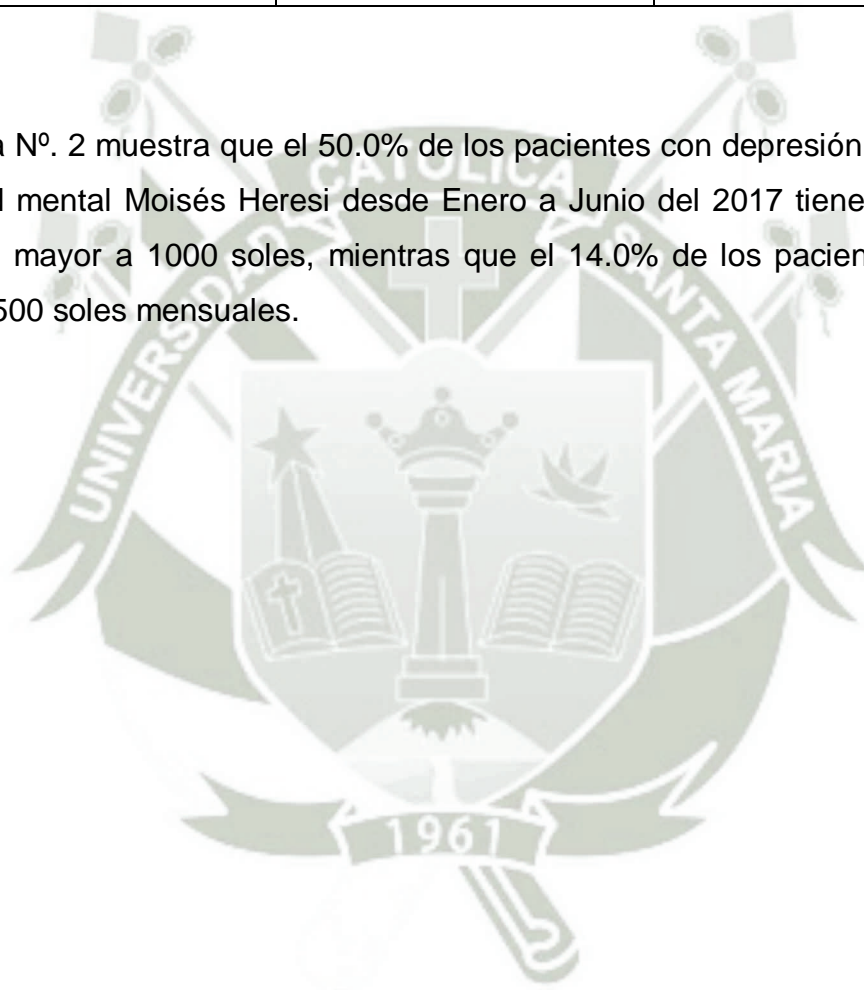


GRAFICO N° 1
INGRESO ECONÓMICO DE LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL
CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI DESDE ENERO A JUNIO DEL
2017

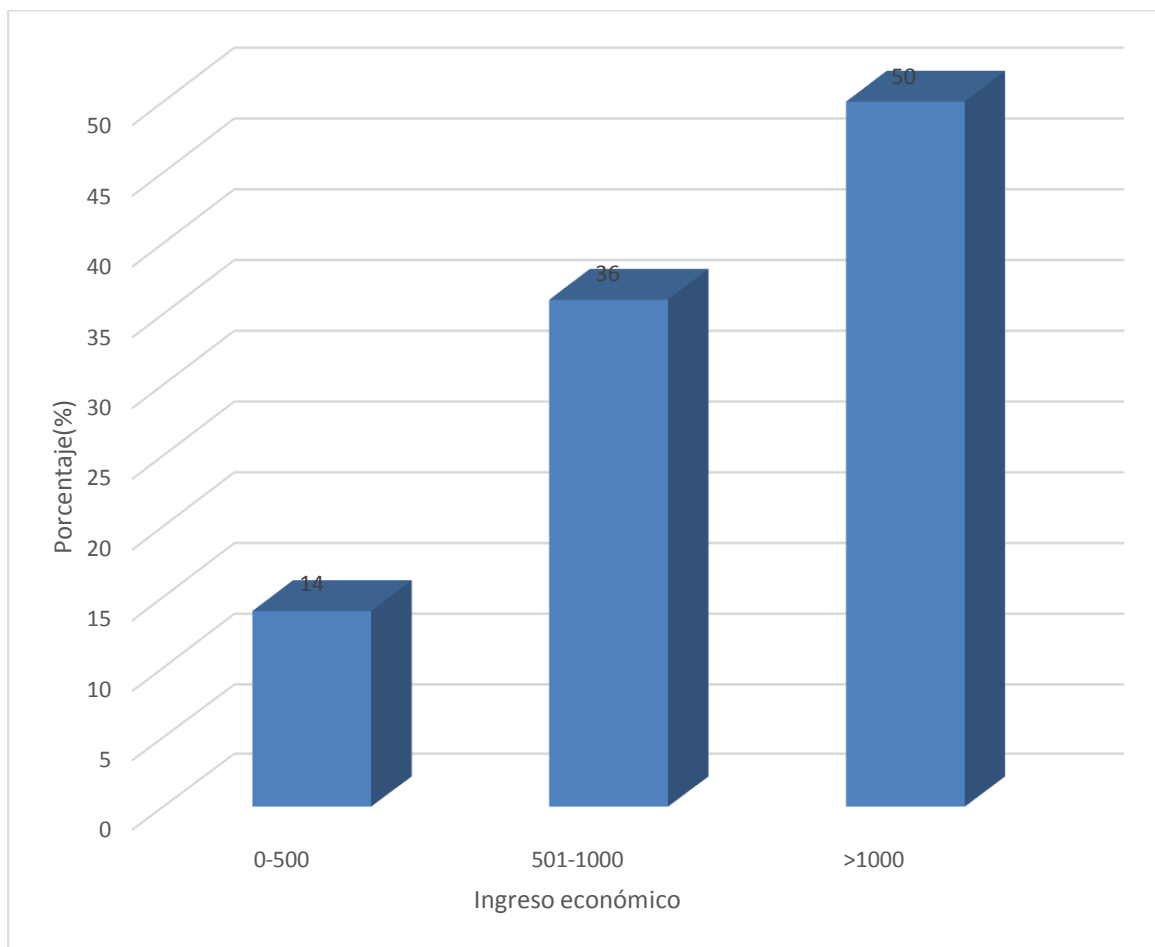


TABLA N°. 3

**CARÁCTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON
DEPRESIÓN EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI DESDE
ENERO A JUNIO DEL 2017**

| Tratamiento | Nº. | % |
|-------------------------------|------------|------------|
| Número de medicamentos | | |
| 1 medicamento | 16 | 16,0 |
| 2 medicamentos | 62 | 62,0 |
| Más de dos | 22 | 22,0 |
| Tipo de tratamiento | | |
| Farmacológico | 52 | 52,0 |
| Fármaco y psicoterapia | 48 | 48,0 |
| TOTAL | 100 | 100 |

La Tabla N°. 3 muestra que el 62.0% de los pacientes con depresión en el Centro de salud mental Moisés Heresi desde Enero a Junio del 2017 consumen 2 medicamentos, mientras que el 52.0% de los pacientes tienen tratamiento farmacológico.

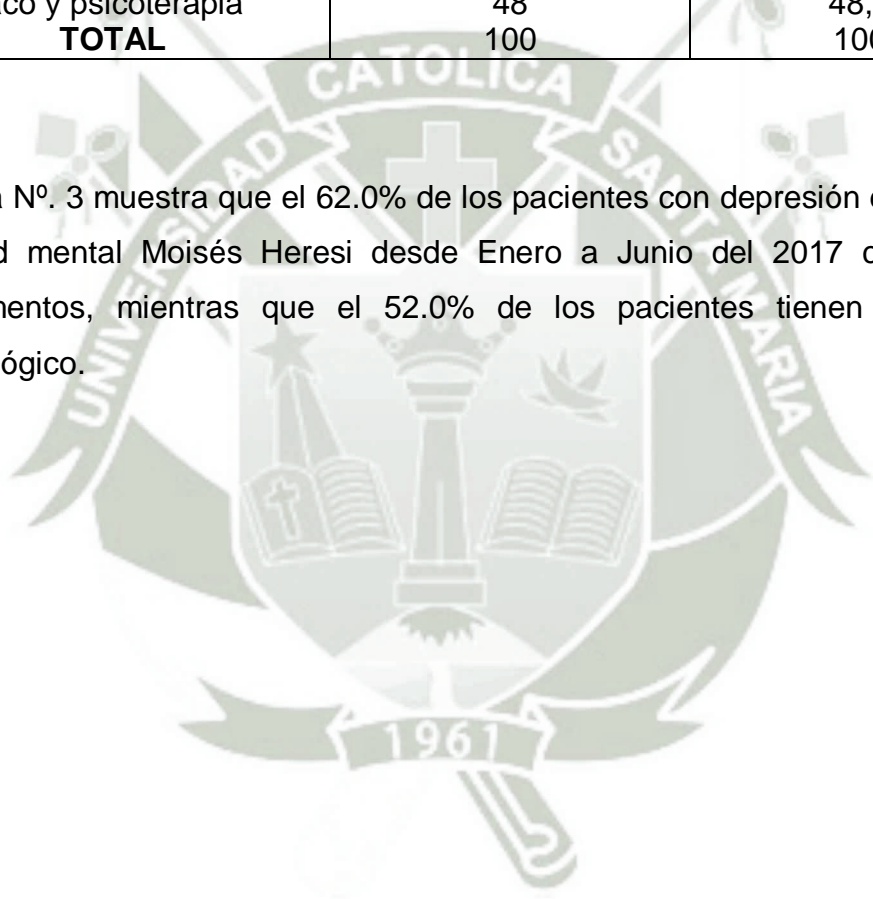


TABLA N°. 4

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES
CON DEPRESIÓN EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI
DESDE ENERO A JUNIO DEL 2017**

| Clínicas | N°. | % |
|-----------------------------|------------|------------|
| Comorbilidad | | |
| Sin enfermedad crónica | 82 | 82,0 |
| Con enfermedad crónica | 18 | 18,0 |
| Abuso de sustancias | | |
| Si | 20 | 20,0 |
| No | 80 | 80,0 |
| Antecedentes | | |
| Si | 6 | 6,0 |
| No | 94 | 94,0 |
| Consumo previo de AD | | |
| Si | 12 | 12,0 |
| No | 88 | 88,0 |
| TOTAL | 100 | 100 |

La Tabla N°. 4 muestra que el 82.0% de los pacientes con depresión en el Centro de salud mental Moisés Heresi desde Enero a Junio del 2017 no padecen de enfermedad crónica, el 80.0% de los pacientes no abusan de las sustancias, el 94.0% no tienen antecedentes de enfermedad mental y el 88.0% de los pacientes no consumen antidepresivos.

TABLA N°. 5

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO POR PARTE DE LOS PACIENTES CON
DEPRESIÓN EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI DESDE
ENERO A JUNIO DEL 2017**

| Adherencia al tratamiento | Nº. | % |
|--------------------------------------|------------|------------|
| Si | 26 | 26,0 |
| No | 74 | 74,0 |
| TOTAL | 100 | 100 |

La Tabla N°. 5 muestra que el 74.0% de los pacientes con depresión en el Centro de salud mental Moisés Heresi desde Enero a Junio del 2017 no presentan adherencia al tratamiento, mientras que el 26.0% de los pacientes se adhieren al tratamiento.

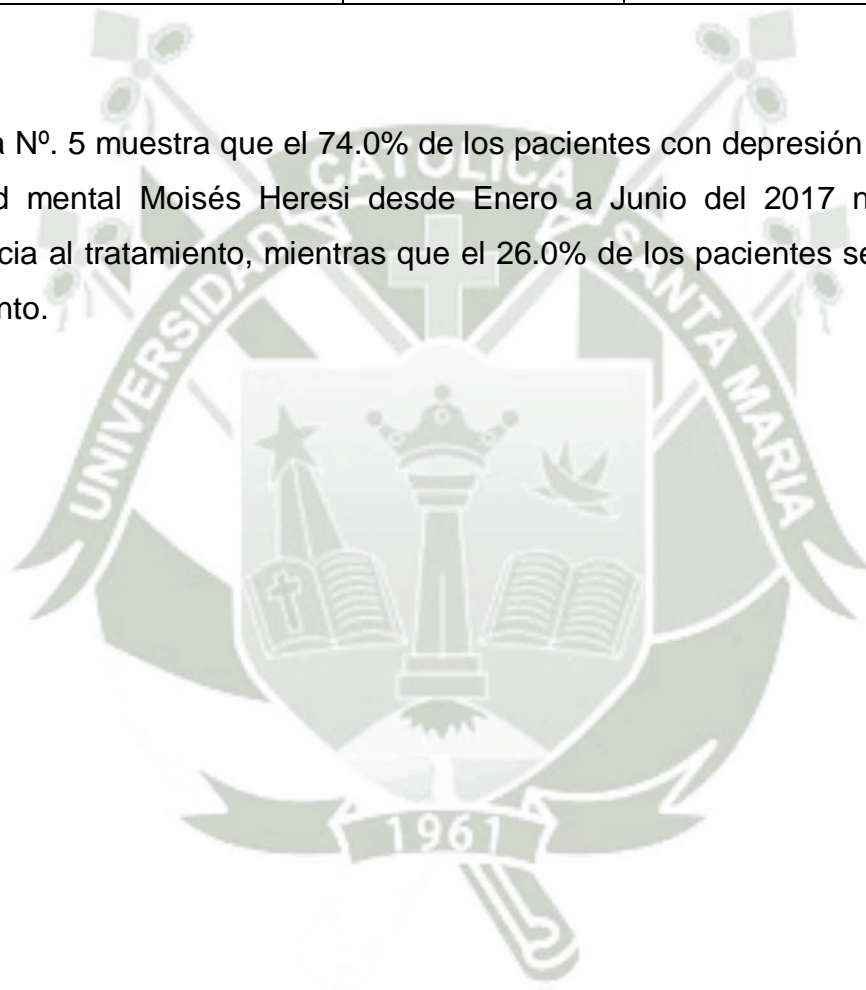


GRAFICO Nº. 2

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO POR PARTE DE LOS PACIENTES CON
DEPRESIÓN EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI DESDE
ENERO A JUNIO DEL 2017**

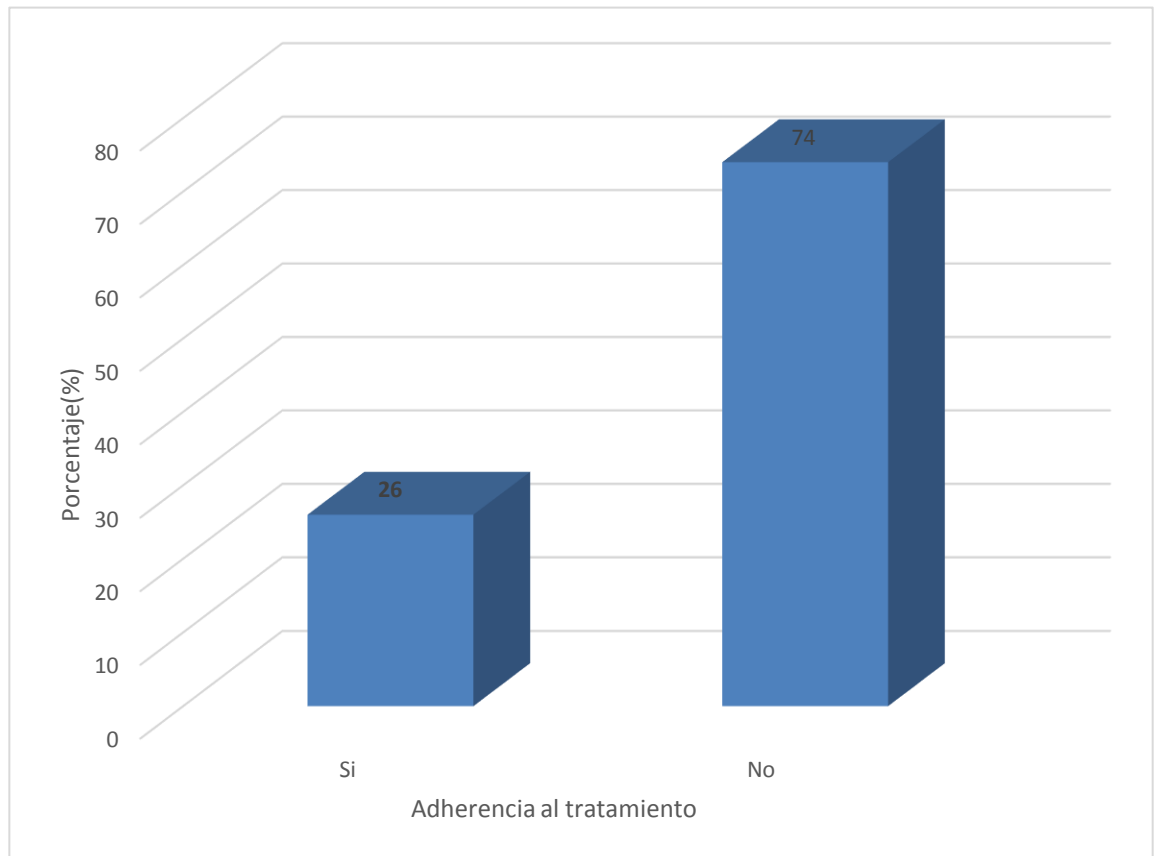


TABLA N°. 6

**RELACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EL SEXO DE LOS
PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS
HERESI DESDE ENERO A JUNIO DEL 2017**

| Sexo | Adherencia al tratamiento | | | | TOTAL | |
|--------------|---------------------------|------|-----|------|-------|-------|
| | Si | | No | | Nº. | % |
| | Nº. | % | Nº. | % | | |
| Masculino | 16 | 16,0 | 22 | 22,0 | 38 | 38,0 |
| Femenino | 10 | 10,0 | 52 | 52,0 | 62 | 62,0 |
| TOTAL | 26 | 26,0 | 74 | 74,0 | 100 | 100,0 |

$X^2=8.26$

$P<0.05$

$P=0.00$

La Tabla N°. 6 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=8.26$) muestra que la adherencia al tratamiento y el sexo presenta relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo se observa que el 52.0% de los pacientes con depresión en el Centro de salud mental Moisés Heresi desde Enero a Junio del 2017 que no se adhieren al tratamiento son de sexo femenino.

GRAFICO Nº. 3

**RELACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EL SEXO DE LOS
PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS
HERESI DESDE ENERO A JUNIO DEL 2017**

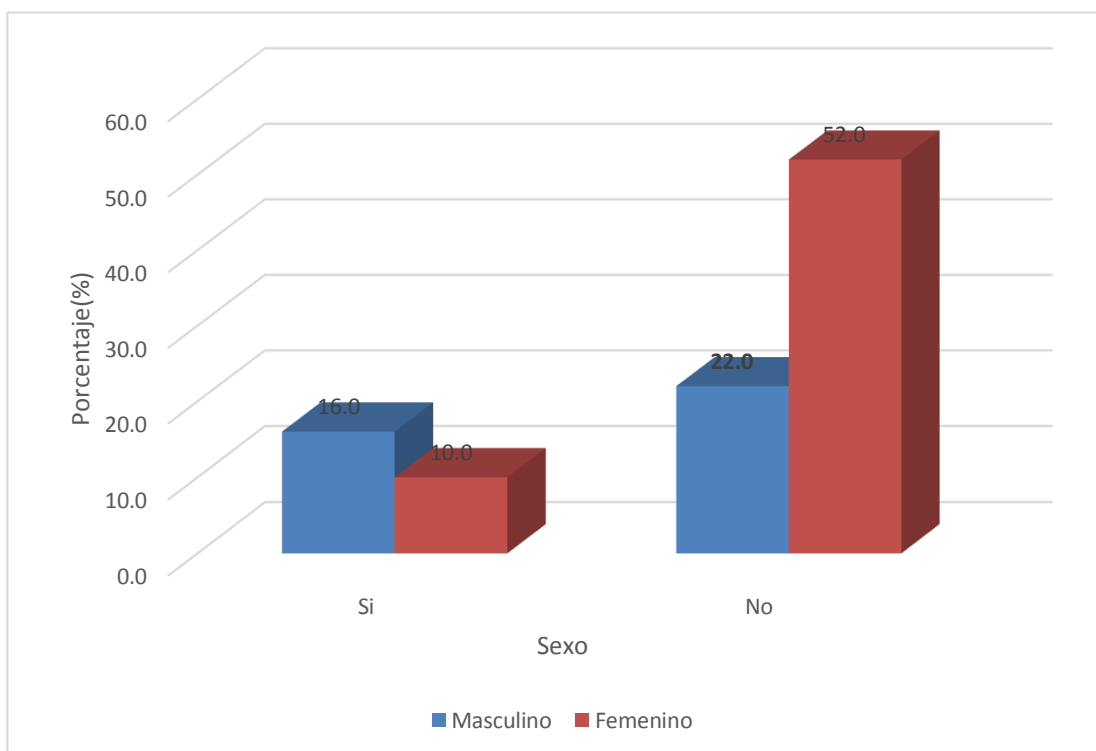


TABLA N° 7
RELACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y LA EDAD DE
LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL
MOISÉS HERESI DESDE ENERO A JUNIO DEL 2017

| Edad | Adherencia al tratamiento | | | | TOTAL | |
|--------------|---------------------------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|
| | Si | | No | | Nº. | % |
| | Nº. | % | Nº. | % | | |
| <15 | 4 | 4,0 | 2 | 2,0 | 6 | 6,0 |
| 16-20 | 6 | 6,0 | 14 | 14,0 | 20 | 20,0 |
| 21-30 | 5 | 5,0 | 9 | 9,0 | 14 | 14,0 |
| 31-40 | 2 | 2,0 | 12 | 12,0 | 14 | 14,0 |
| 41-50 | 3 | 3,0 | 19 | 19,0 | 22 | 22,0 |
| >50 | 6 | 6,0 | 18 | 18,0 | 24 | 24,0 |
| TOTAL | 26 | 26,0 | 74 | 74,0 | 100 | 100,0 |

$$X^2=8.77$$

$$P>0.05$$

$$P=0.12$$

La Tabla N°. 7 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=8.77$) muestra que la adherencia al tratamiento y la edad no presenta relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 18.0% de los pacientes con depresión en el Centro de salud mental Moisés Heresi desde Enero a Junio del 2017 que no se adhieren al tratamiento son mayores de 50 años.

GRAFICO Nº. 4

**RELACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y LA EDAD DE
LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL
MOISÉS HERESI DESDE ENERO A JUNIO DEL 2017**

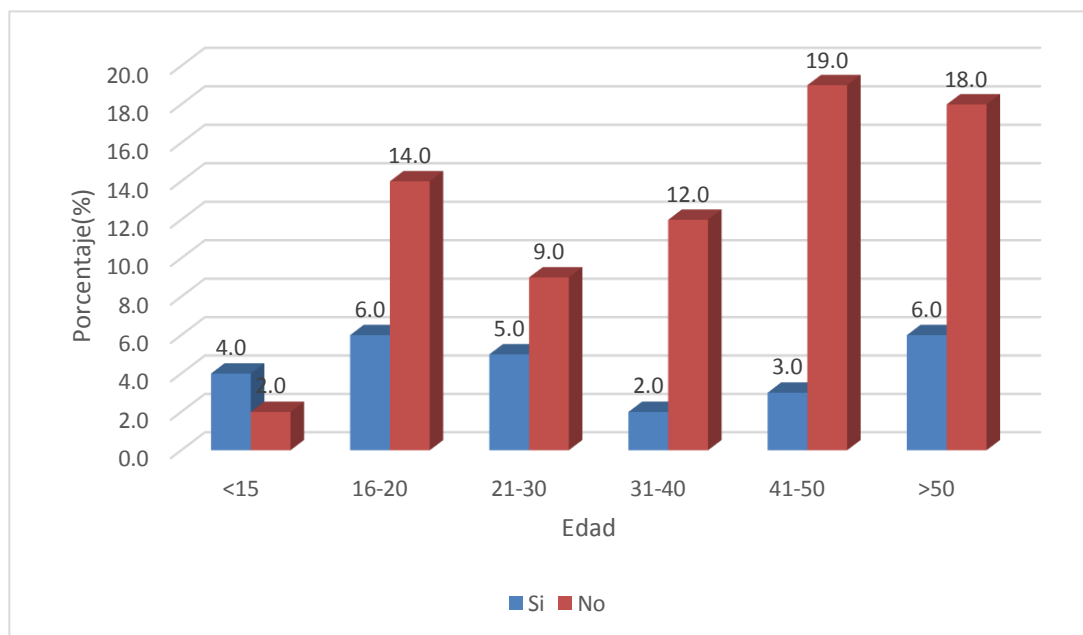


TABLA N^o. 8

RELACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EL ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI DESDE ENERO A JUNIO DEL 2017

| Estado civil | Adherencia al tratamiento | | | | TOTAL | |
|--------------|---------------------------|------|------------------|------|------------------|------|
| | Si | | No | | N ^o . | % |
| | N ^o . | % | N ^o . | % | | |
| Soltero | 15 | 15,0 | 31 | 31,0 | 46 | 46,0 |
| Casado | 6 | 6,0 | 26 | 26,0 | 32 | 32,0 |
| Otros | 5 | 5,0 | 17 | 17,0 | 22 | 22,0 |
| TOTAL | 26 | 26,0 | 74 | 74,0 | 100 | 100 |

$$X^2=2.04 \quad P>0.05 \quad P=0.36$$

La Tabla N^o. 8 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=2.04$) muestra que la adherencia al tratamiento y el estado civil no presenta relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 31.0% de los pacientes con depresión en el Centro de salud mental Moisés Heresi desde Enero a Junio del 2017 que no se adhieren al tratamiento son solteros.

GRAFICO Nº. 5

RELACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EL ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI DESDE ENERO A JUNIO DEL 2017

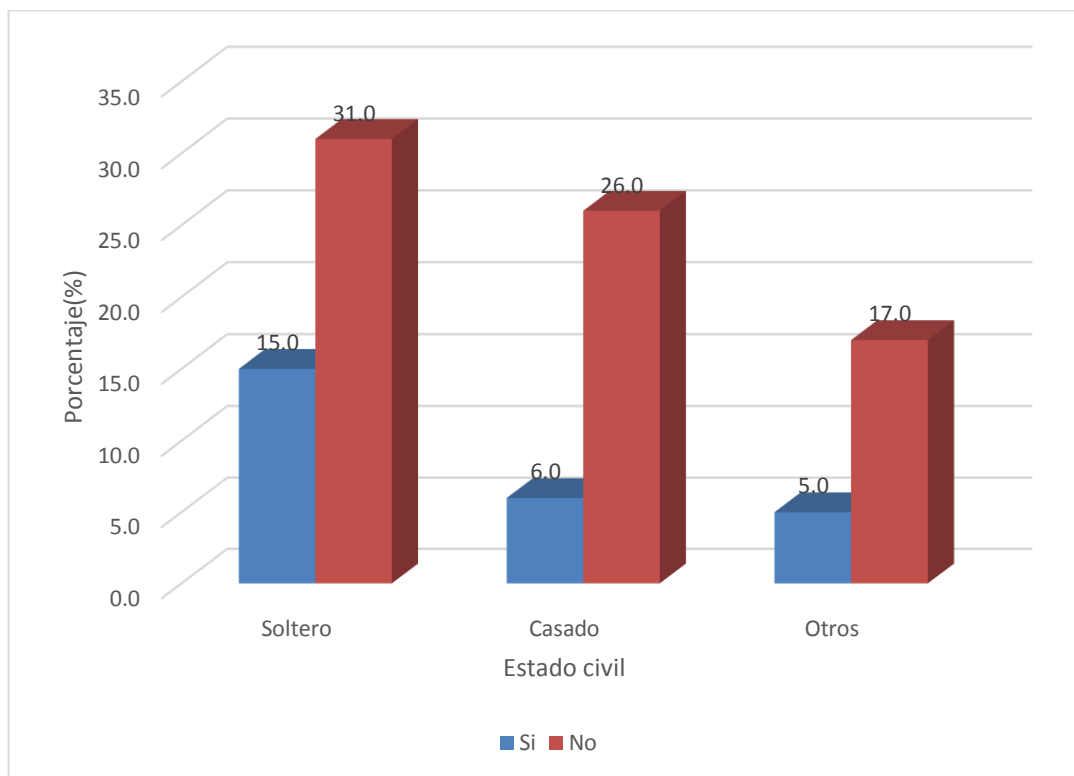


TABLA Nº. 9

RELACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y LA OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI DESDE ENERO A JUNIO DEL 2017

| Ocupación | Adherencia al tratamiento | | | | TOTAL | |
|--------------|---------------------------|------|-----|------|-------|------|
| | Si | | No | | Nº. | % |
| | Nº. | % | Nº. | % | | |
| Sin trabajo | 19 | 19,0 | 39 | 39,0 | 58 | 58,0 |
| Esporádico | 1 | 1,0 | 5 | 5,0 | 6 | 6,0 |
| Frecuente | 6 | 6,0 | 30 | 30,0 | 36 | 36,0 |
| TOTAL | 26 | 26,0 | 74 | 74,0 | 100 | 100 |

$X^2=3.28$

$P>0.05$

$P=0.19$

La Tabla Nº. 9 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=3.28$) muestra que la adherencia al tratamiento y la ocupación no presenta relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 39.0% de los pacientes con depresión en el Centro de salud mental Moisés Heresi desde Enero a Junio del 2017 que no se adhieren al tratamiento no tienen trabajo.

GRAFICO Nº. 6

**RELACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y LA
OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL CENTRO
DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI DESDE ENERO A JUNIO DEL
2017**

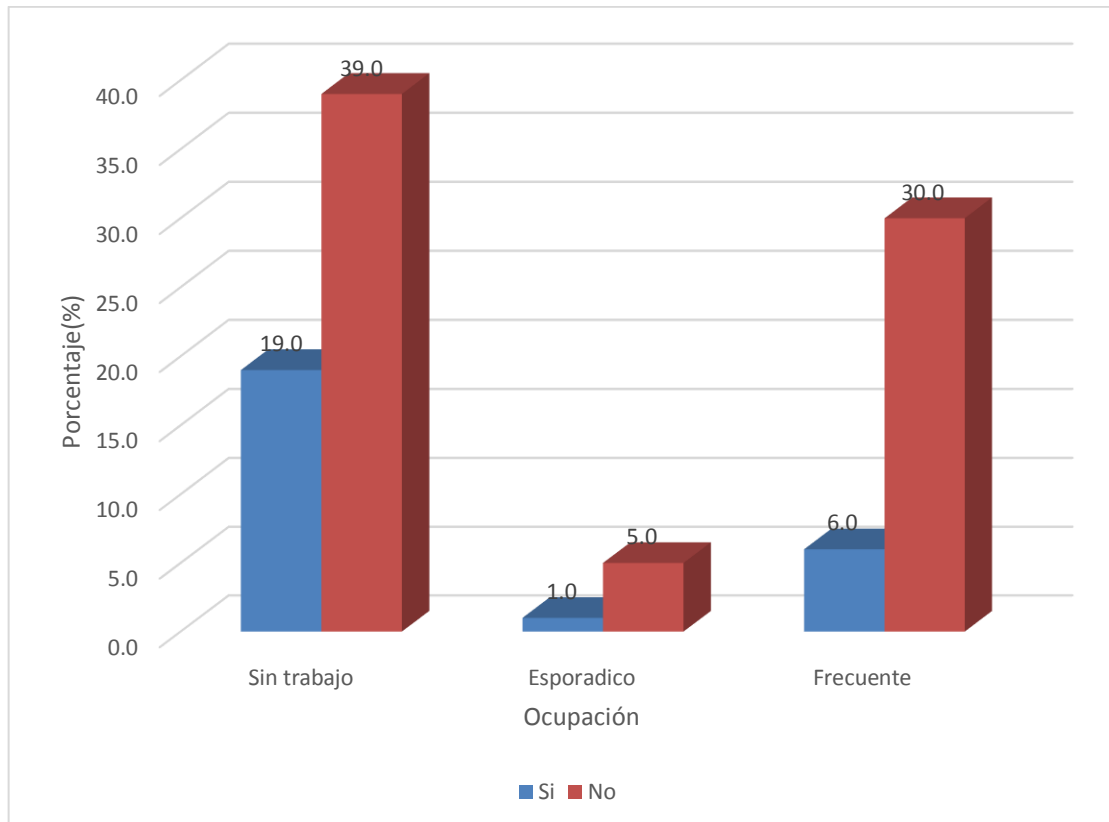


TABLA N°. 10

**RELACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y LA
PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL CENTRO
DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI DESDE ENERO A JUNIO DEL 2017**

| Procedencia | Adherencia al tratamiento | | | | TOTAL | |
|--------------|---------------------------|------|-----|------|-------|------|
| | Si | | No | | Nº. | % |
| | Nº. | % | Nº. | % | | |
| Urbana | 23 | 23,0 | 53 | 53,0 | 76 | 76,0 |
| Rural | 3 | 3,0 | 21 | 21,0 | 24 | 24,0 |
| TOTAL | 26 | 26,0 | 74 | 74,0 | 100 | 100 |

$$X^2=2.99$$

$$P>0.05$$

$$P=0.08$$

La Tabla N°. 10 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=2.99$) muestra que la adherencia al tratamiento y la procedencia no presenta relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 53.0% de los pacientes con depresión en el Centro de salud mental Moisés Heresi desde Enero a Junio del 2017 que no se adhieren al tratamiento provienen de zona urbana.

GRAFICO Nº. 7

**RELACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y LA
PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL CENTRO
DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI DESDE ENERO A JUNIO DEL 2017**

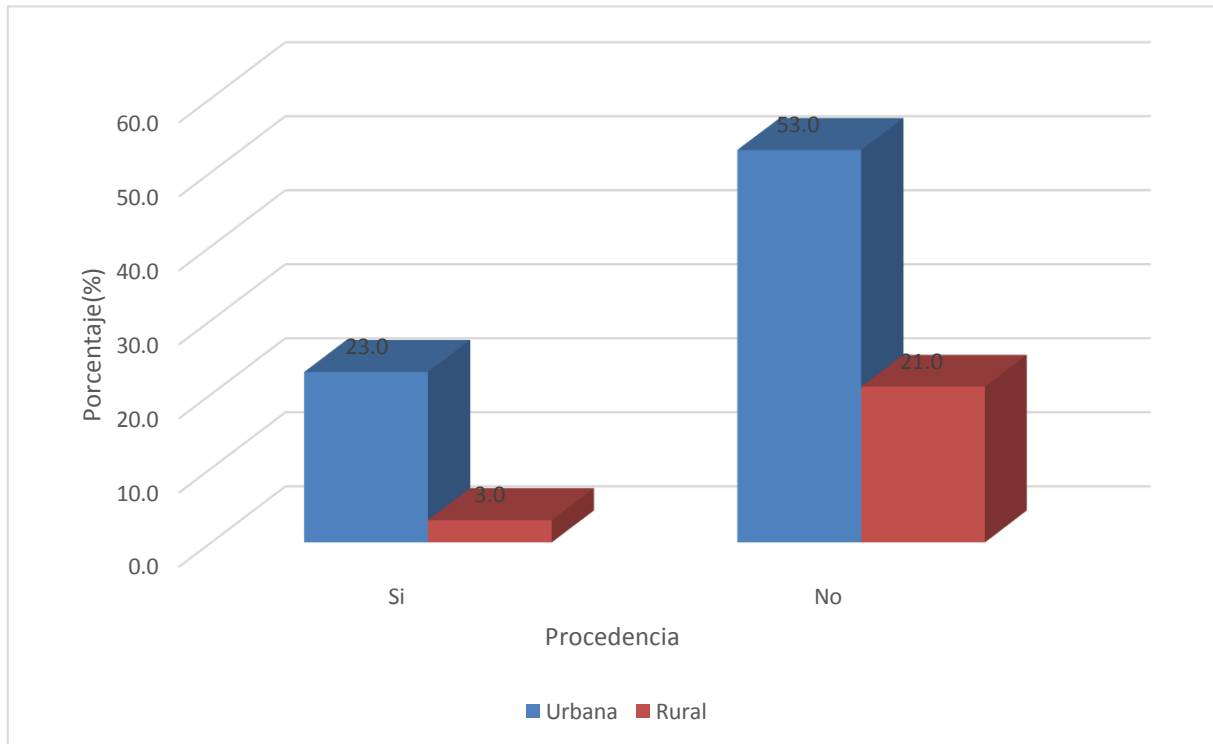


TABLA N^o. 11

RELACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI DESDE ENERO A JUNIO DEL 2017

| Instrucción | Adherencia al tratamiento | | | | TOTAL | |
|--------------|---------------------------|-------------|------------------|-------------|------------------|--------------|
| | Si | | No | | N ^o . | % |
| | N ^o . | % | N ^o . | % | | |
| Primaria | 3 | 3,0 | 3 | 3,0 | 6 | 6,0 |
| Secundaria | 10 | 10,0 | 30 | 30,0 | 40 | 40,0 |
| Superior | 9 | 9,0 | 23 | 23,0 | 32 | 32,0 |
| Técnico | 4 | 4,0 | 18 | 18,0 | 22 | 22,0 |
| TOTAL | 26 | 26,0 | 74 | 74,0 | 100 | 100,0 |

$X^2=2.59$

$P>0.05$

$P=0.46$

La Tabla N^o. 11 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=2.59$) muestra que la adherencia al tratamiento y el grado de instrucción no presenta relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 30.0% de los pacientes con depresión en el Centro de salud mental Moisés Heresi desde Enero a Junio del 2017 que no se adhieren al tratamiento tienen instrucción secundaria.

GRAFICO Nº. 8

RELACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI DESDE ENERO A JUNIO DEL 2017

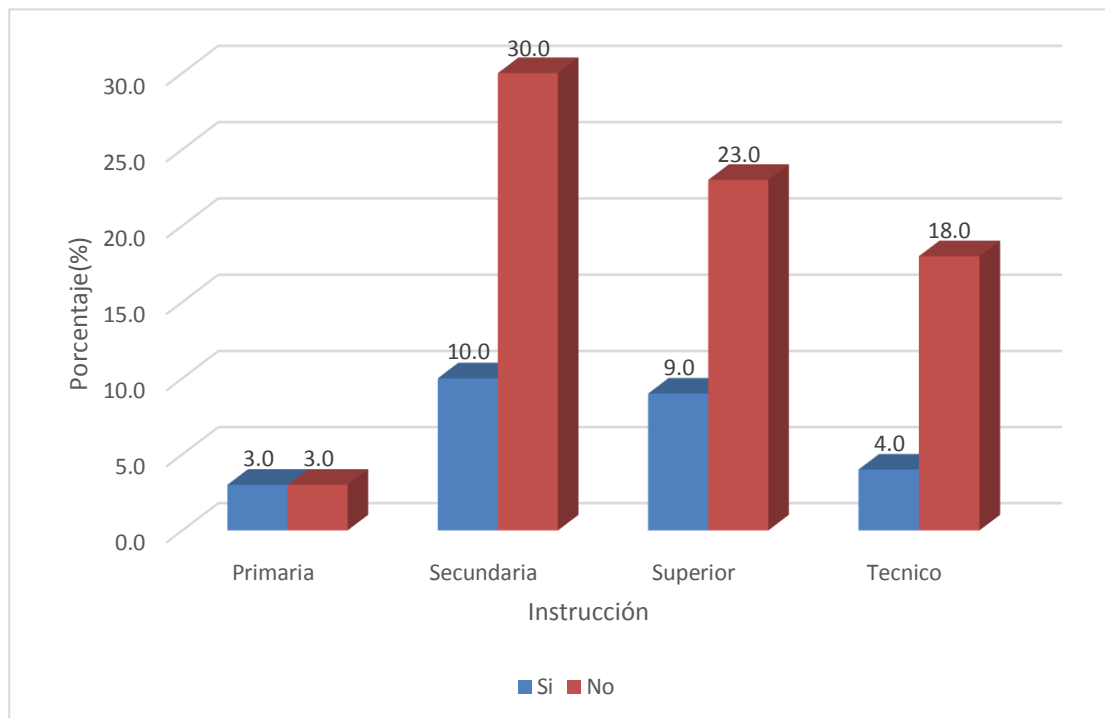


TABLA Nº. 12

**RELACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EL INGRESO
ECONÓMICO DE LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL CENTRO DE
SALUD MENTAL MOISÉS HERESI DESDE ENERO A JUNIO DEL 2017**

| Ingreso económico | Adherencia al tratamiento | | | | TOTAL | |
|----------------------|---------------------------|------|-----|------|-------|-------|
| | Si | | No | | Nº. | % |
| | Nº. | % | Nº. | % | | |
| 0-500 | 4 | 4,0 | 10 | 10,0 | 14 | 14,0 |
| 501-1000 | 4 | 4,0 | 32 | 32,0 | 36 | 36,0 |
| >1000 | 18 | 18,0 | 32 | 32,0 | 50 | 50,0 |
| TOTAL | 26 | 26,0 | 74 | 74,0 | 100 | 100,0 |

$X^2=6.80$ $P<0.05$ $P=0.03$

La Tabla Nº. 12 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=6.80$) muestra que la adherencia al tratamiento y el ingreso económico presenta relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo se observa que el 32.0% de los pacientes con depresión en el Centro de salud mental Moisés Heresi desde Enero a Junio del 2017 que no se adhieren al tratamiento tiene un ingreso económico mensual entre 501-1000 soles y más de 1000 soles.

GRAFICO Nº. 9

**RELACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EL INGRESO
ECONÓMICO DE LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL CENTRO DE
SALUD MENTAL MOISÉS HERESI DESDE ENERO A JUNIO DEL 2017**

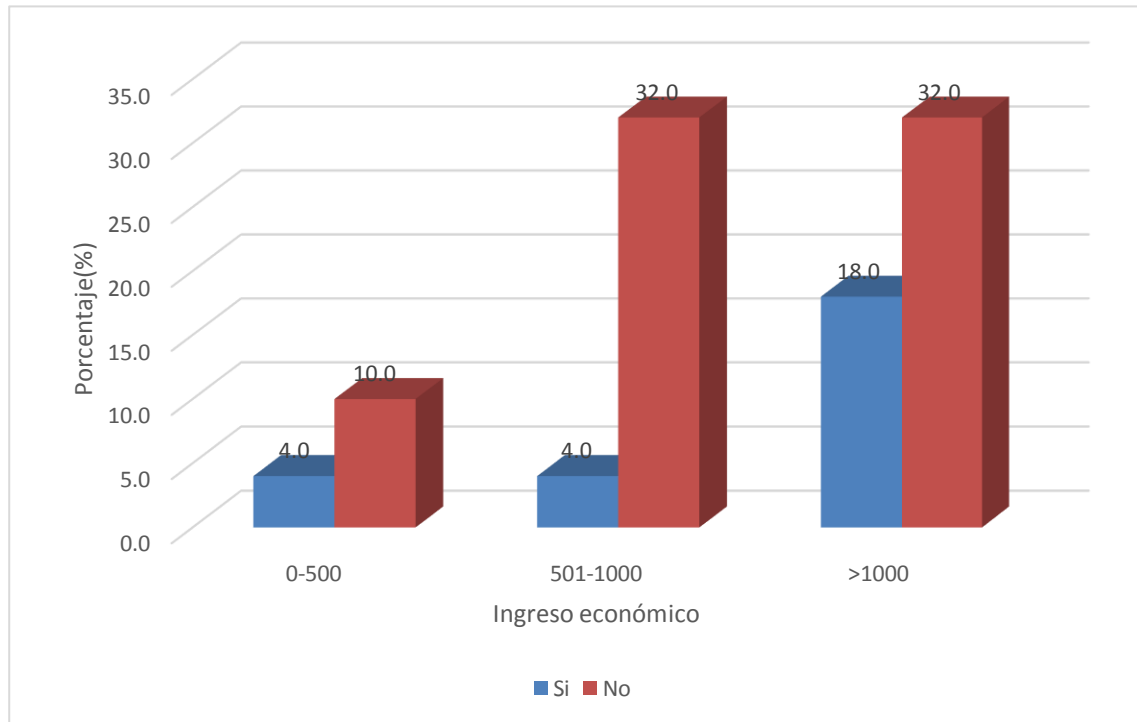


TABLA N°. 13

RELACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EL TIPO DE FAMILIA DE LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI DESDE ENERO A JUNIO DEL 2017

| Tipo de familia | Adherencia al tratamiento | | | | TOTAL | |
|-----------------|---------------------------|------|-----|------|-------|------|
| | Si | | No | | Nº. | % |
| | Nº. | % | Nº. | % | | |
| Funcional | 9 | 9,0 | 13 | 13,0 | 22 | 22,0 |
| Disfuncional | 17 | 17,0 | 61 | 61,0 | 78 | 78,0 |
| TOTAL | 26 | 26,0 | 74 | 74,0 | 100 | 100 |

$X^2=3.26$

$P>0.05$

$P=0.07$

La Tabla N°. 13 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=3.26$) muestra que la adherencia al tratamiento y el tipo de familia no presenta relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 61.0% de los pacientes con depresión en el Centro de salud mental Moisés Heresi desde Enero a Junio del 2017 que no se adhieren al tratamiento provienen de familias disfuncionales.

GRAFICO Nº. 10

RELACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EL TIPO DE FAMILIA DE LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI DESDE ENERO A JUNIO DEL 2017

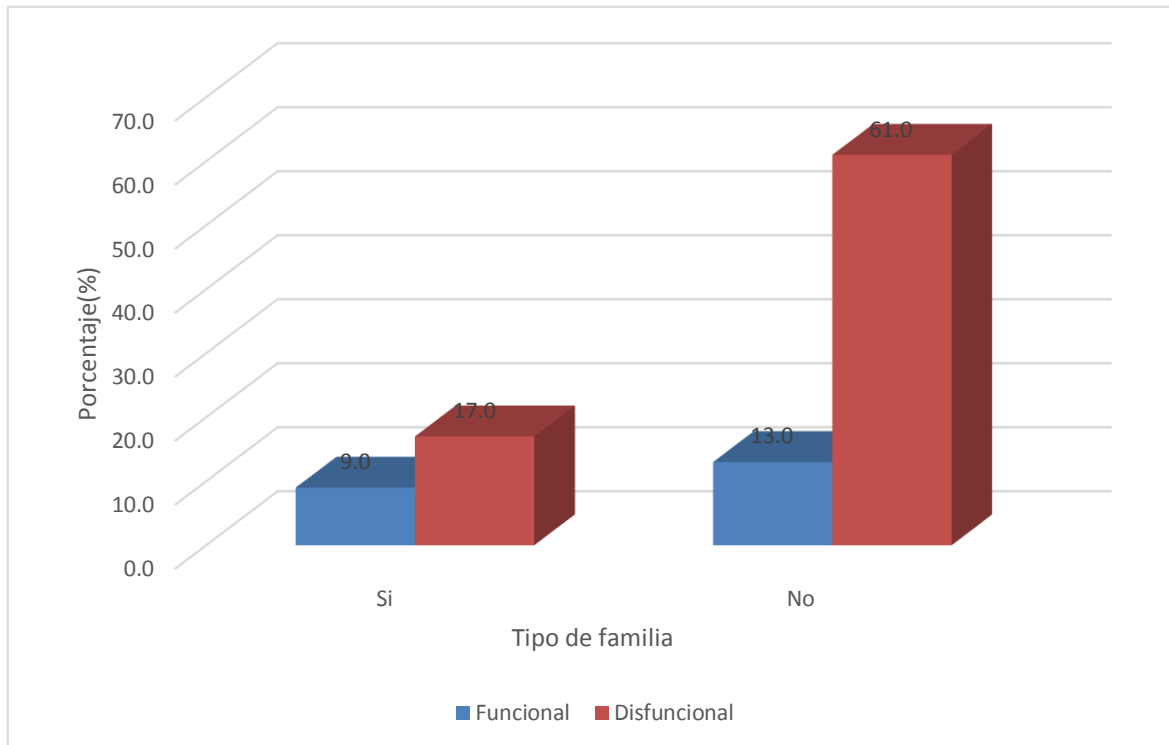


TABLA Nº. 14

RELACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y PRESENCIA DE COMORBILIDADES EN LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI DESDE ENERO A JUNIO DEL 2017

| Comorbilidad | Adherencia al tratamiento | | | | TOTAL | |
|------------------------|---------------------------|------|-----|------|-------|------|
| | Si | | No | | Nº. | % |
| | Nº. | % | Nº. | % | | |
| Sin enfermedad crónica | 21 | 21,0 | 61 | 61,0 | 82 | 82,0 |
| Con enfermedad crónica | 5 | 5,0 | 13 | 13,0 | 18 | 18,0 |
| TOTAL | 26 | 26,0 | 74 | 74,0 | 100 | 100 |

$X^2=0.04$

$P>0.05$

$P=0.85$

La Tabla Nº. 14 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.04$) muestra que la adherencia al tratamiento y las comorbilidades no presenta relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 61.0% de los pacientes con depresión en el Centro de salud mental Moisés Heresi desde Enero a Junio del 2017 que no se adhieren al tratamiento no presentan enfermedades crónicas.

GRAFICO Nº. 11
RELACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y PRESENCIA
DE COMORBILIDADES EN LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL
CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI DESDE ENERO A JUNIO
DEL 2017

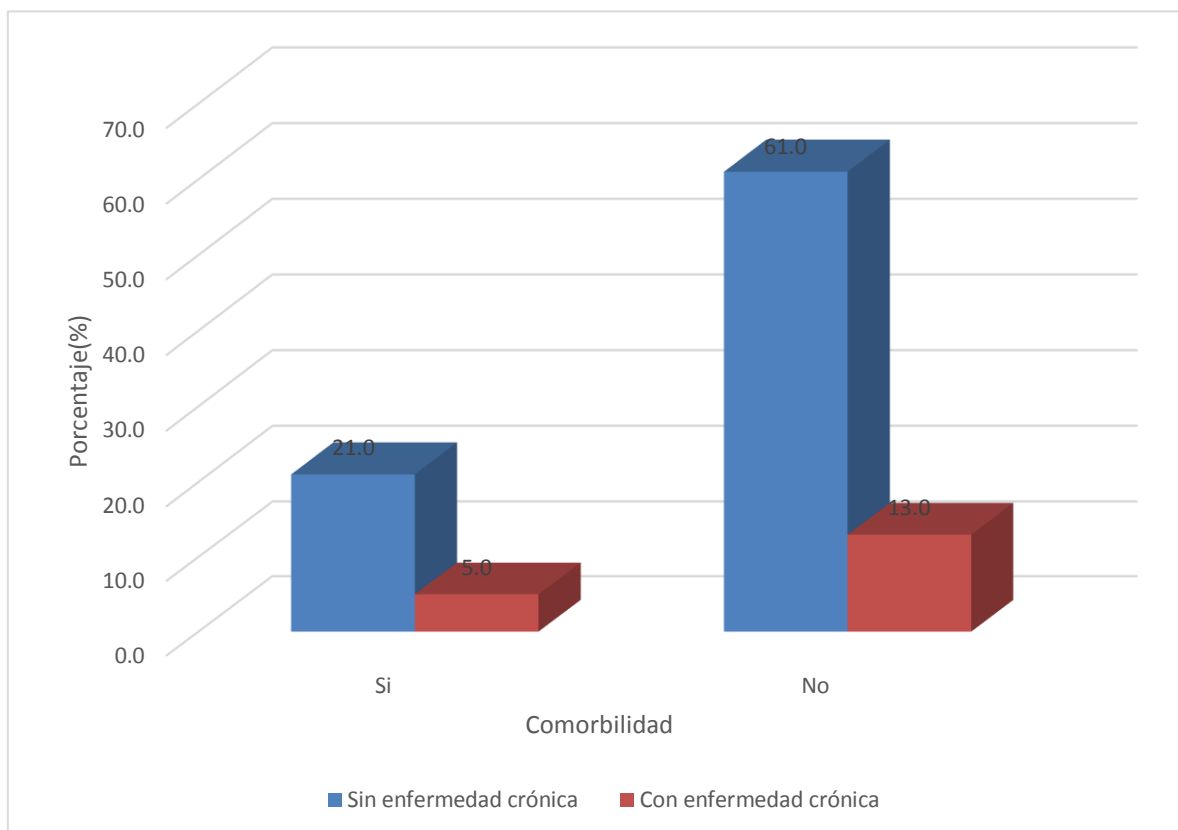


TABLA N°. 15

**RELACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y LOS
ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES MENTALES EN LOS PACIENTES
CON DEPRESIÓN EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI
DESDE ENERO A JUNIO DEL 2017**

| Antecedentes | Adherencia al tratamiento | | | | TOTAL | |
|--------------|---------------------------|------|-----|------|-------|------|
| | Si | | No | | Nº. | % |
| | Nº. | % | Nº. | % | | |
| Si | 4 | 4,0 | 2 | 2,0 | 6 | 6,0 |
| No | 22 | 22,0 | 72 | 72,0 | 94 | 94,0 |
| TOTAL | 26 | 26,0 | 74 | 74,0 | 100 | 100 |

$$X^2=5.49$$

$$P>0.05$$

$$P=0.02$$

La Tabla N°. 15 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=5.49$) muestra que la adherencia al tratamiento y los antecedentes de enfermedades mentales no presenta relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 72.0% de los pacientes con depresión en el Centro de salud mental Moisés Heresi desde Enero a Junio del 2017 que no se adhieren al tratamiento no tienen antecedentes de enfermedades mentales.

GRAFICO Nº. 12

**RELACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y LOS
ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES MENTALES EN LOS PACIENTES
CON DEPRESIÓN EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI
DESDE ENERO A JUNIO DEL 2017**

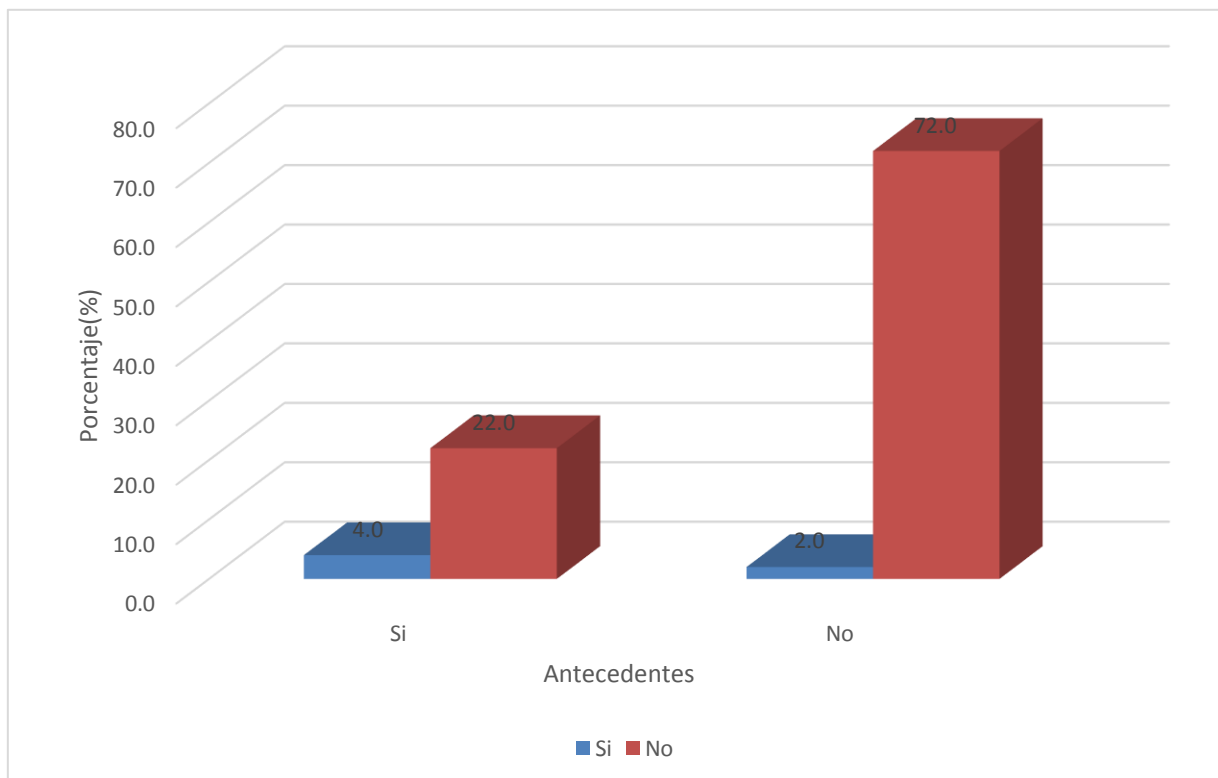


TABLA N^o. 16**RELACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EL ABUSO DE
SUSTANCIAS DE LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL CENTRO DE
SALUD MENTAL MOISÉS HERESI DESDE ENERO A JUNIO DEL 2017**

| Abuso de sustancias | Adherencia al tratamiento | | | | TOTAL | |
|------------------------|---------------------------|------|------------------|------|------------------|-------|
| | Si | | No | | N ^o . | % |
| | N ^o . | % | N ^o . | % | | |
| Si | 4 | 4,0 | 16 | 16,0 | 20 | 20,0 |
| No | 22 | 22,0 | 58 | 58,0 | 80 | 80,0 |
| TOTAL | 26 | 26,0 | 74 | 74,0 | 100 | 100,0 |

$X^2=0.47$

$P>0.05$

$P=0.49$

La Tabla N^o. 16 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.47$) muestra que la adherencia al tratamiento y el abuso de sustancias no presenta relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 58.0% de los pacientes con depresión en el Centro de salud mental Moisés Heresi desde Enero a Junio del 2017 que no se adhieren al tratamiento no abusan de sustancias.

GRAFICO Nº. 13

**RELACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EL ABUSO DE
SUSTANCIAS DE LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL CENTRO DE
SALUD MENTAL MOISÉS HERESI DESDE ENERO A JUNIO DEL 2017**

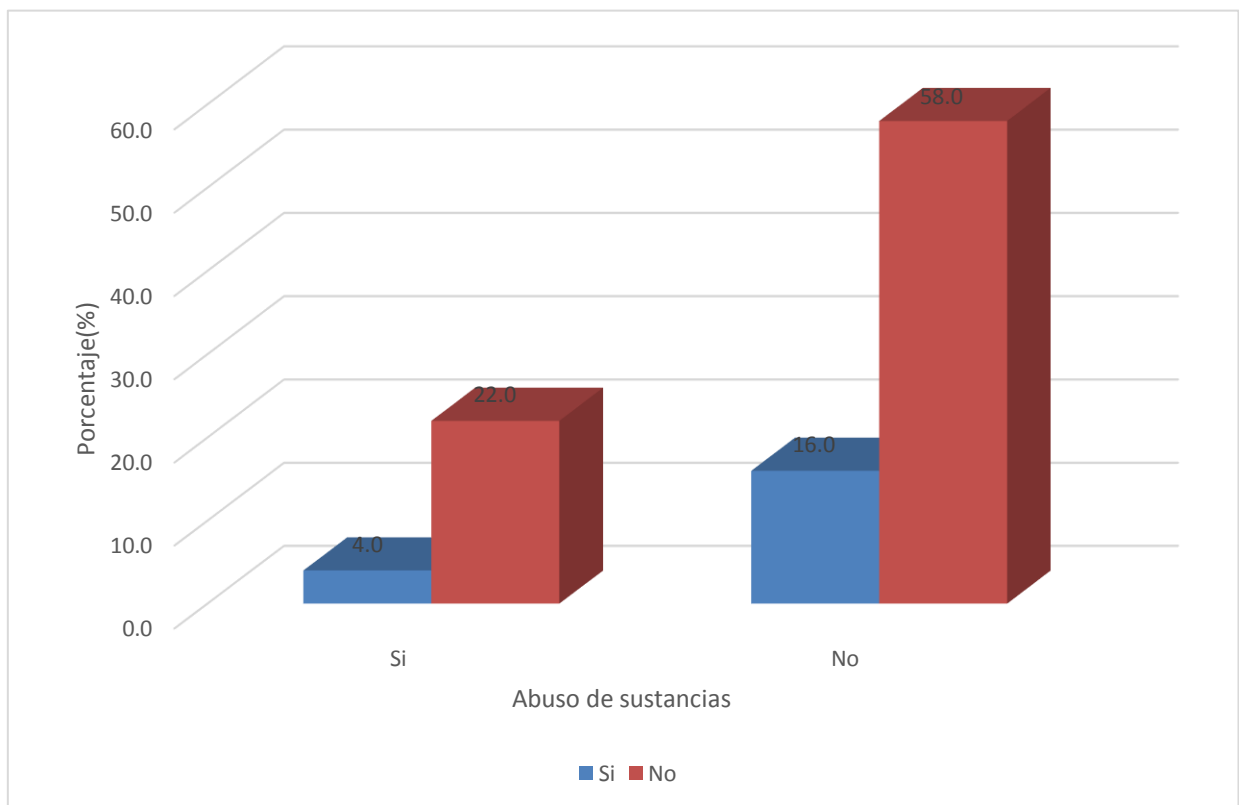


TABLA Nº. 17

RELACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EL TIPO DE TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI DESDE ENERO A JUNIO DEL 2017

| Tipo de tratamiento | Adherencia al tratamiento | | | | TOTAL | |
|-----------------------|---------------------------|------|-----|------|-------|------|
| | Si | | No | | Nº. | % |
| | Nº. | % | Nº. | % | | |
| Farmacológico | 4 | 4,0 | 48 | 48,0 | 52 | 52,0 |
| Fármaco + Psicológico | 22 | 22,0 | 26 | 26,0 | 48 | 48,0 |
| TOTAL | 26 | 26,0 | 74 | 74,0 | 100 | 100 |

$X^2=18.87$ $P<0.05$ $P=0.00$

La Tabla Nº. 17 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=18.87$) muestra que la adherencia al tratamiento y el tipo del tratamiento presenta relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo se observa que el 48.0% de los pacientes con depresión en el Centro de salud mental Moisés Heresi desde Enero a Junio del 2017 que no se adhieren al tratamiento siguen un tratamiento farmacológico.

GRAFICO Nº. 14

RELACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EL TIPO DE TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI DESDE ENERO A JUNIO DEL 2017

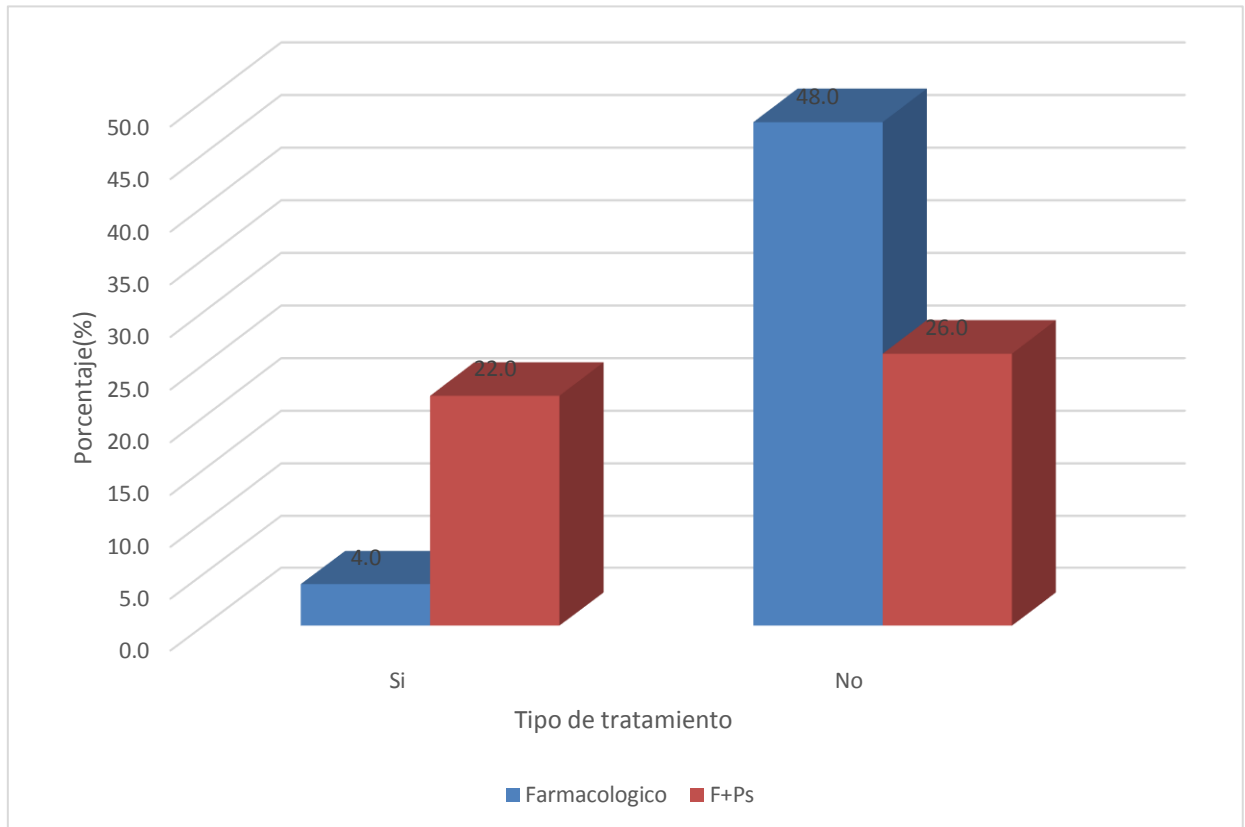


TABLA N^o. 18

RELACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y LA CANTIDAD
DE MEDICAMENTOS DE LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL
CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI DESDE ENERO A JUNIO
DEL 2017

| Número de medicamentos | Adherencia al tratamiento | | | | TOTAL | |
|---------------------------|---------------------------|------|------------------|------|------------------|-------|
| | Si | | No | | N ^o . | % |
| | N ^o . | % | N ^o . | % | | |
| 1 | 4 | 4,0 | 12 | 12,0 | 16 | 16,0 |
| 2 | 15 | 15,0 | 47 | 47,0 | 62 | 62,0 |
| Más de dos | 7 | 7,0 | 15 | 15,0 | 22 | 22,0 |
| TOTAL | 26 | 26,0 | 74 | 74,0 | 100 | 100,0 |

$X^2=0.50$

$P>0.05$

$P=0.78$

La Tabla N^o. 18 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.50$) muestra que la adherencia al tratamiento y la cantidad de medicamentos no presenta relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 47.0% de los pacientes con depresión en el Centro de salud mental Moisés Heresi desde Enero a Junio del 2017 que no se adhieren al tratamiento consumen dos medicamentos.

GRAFICO Nº. 15

**RELACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y LA CANTIDAD
DE MEDICAMENTOS DE LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL
CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI DESDE ENERO A JUNIO
DEL 2017**

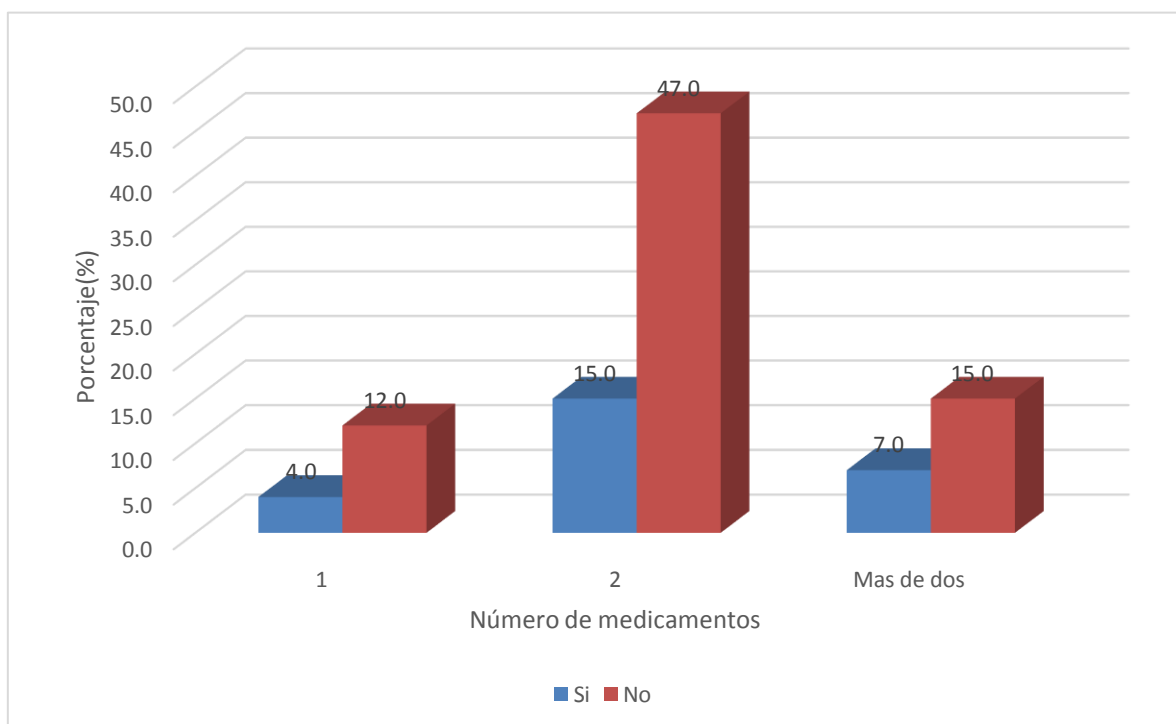


TABLA N°. 19

RELACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EL CONSUMO
PREVIO DE ANTIDEPRESIVOS EN LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN
EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI DESDE ENERO A
JUNIO DEL 2017

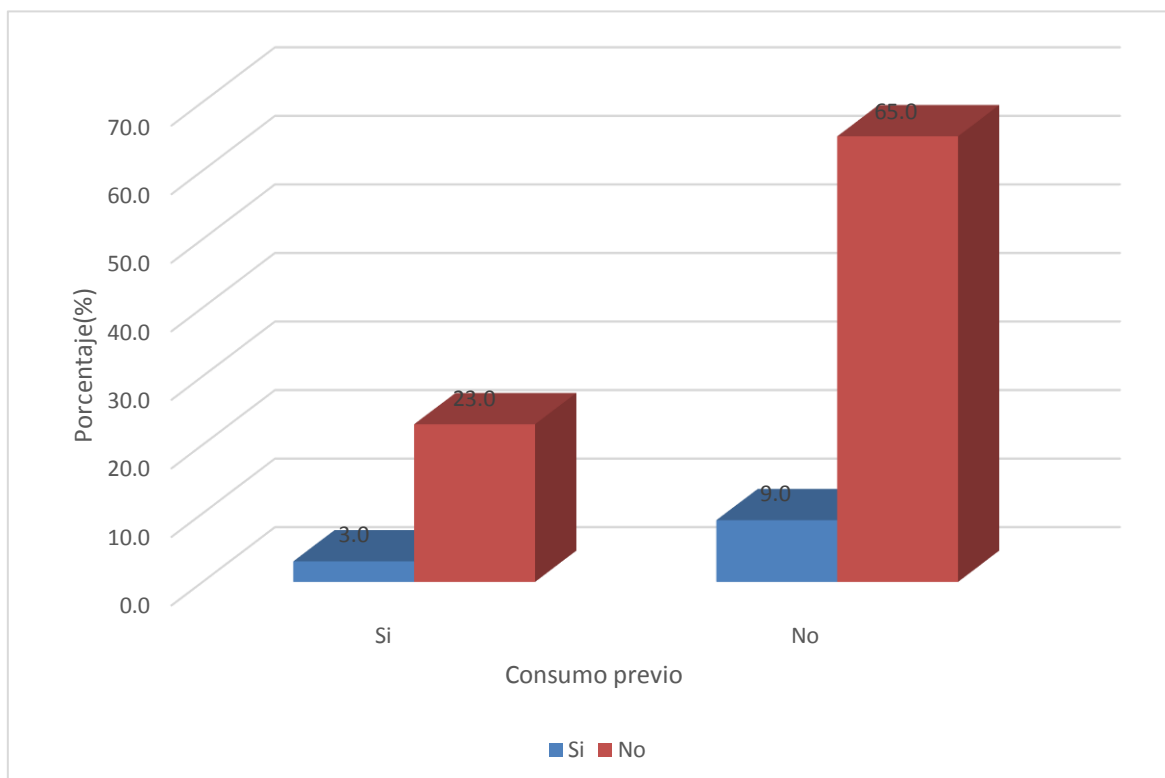
| Consumo previo | Adherencia al tratamiento | | | | TOTAL | |
|-------------------|---------------------------|------|-----|------|-------|-------|
| | Si | | No | | Nº. | % |
| | Nº. | % | Nº. | % | | |
| Si | 3 | 3,0 | 9 | 9,0 | 12 | 12,0 |
| No | 23 | 23,0 | 65 | 65,0 | 88 | 88,0 |
| TOTAL | 26 | 26,0 | 74 | 74,0 | 100 | 100,0 |

$$X^2=0.01 \quad P>0.05 \quad P=0.93$$

La Tabla N°. 19 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.01$) muestra que la adherencia al tratamiento y la cantidad de medicamentos no presenta relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 65.0% de los pacientes con depresión en el Centro de salud mental Moisés Heresi desde Enero a Junio del 2017 que no se adhieren al tratamiento no han consumido previamente antidepresivos.

GRAFICO Nº. 16
RELACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EL CONSUMO PREVIO DE ANTIDEPRESIVOS EN LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI DESDE ENERO A JUNIO DEL 2017





DISCUSIÓN

Este trabajo de investigación busca describir los factores relacionados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de depresión, por lo que se revisaron 330 Historias clínicas, de las cuales 101 fueron incluidas en el estudio, obteniéndose los resultados que detallaremos a continuación.

En la tabla I se muestra la distribución de las 101 historias clínicas según factores sociodemográficos, demostrando que el 62.0% de los pacientes con depresión en el Centro de salud mental Moisés Heresi son de sexo femenino, el 22.0% tienen entre 41-50 años, el 46.0% son solteros, el 58.0% no tienen trabajo, el 76.0% son de zona urbana, el 40.0% de los pacientes tienen instrucción secundaria y el 78.0% vienen de familia disfuncional. Demostrándose así al igual que varios estudios epidemiológicos que el género más afectado es el femenino, dato corroborado por la investigación realizada en el 2011: 55.9% femenino y 44.1% masculino, en el mismo Centro de Salud. (8)

La siguiente tabla muestra que el 50.0% de los pacientes con depresión en el Centro de salud mental Moisés Heresi tienen un ingreso mensual mayor a 1000 soles, mientras que el 14.0% de los pacientes perciben entre 0-500 soles mensuales. El ingreso económico es un factor importante, señalado por la OMS en el 2001 debido a la relación que existe entre pobreza y salud mental, creando así un círculo vicioso (9). El resto de resultados pertenecen a valores estadísticos, importantes sí, pero no relevantes para nuestro tipo de investigación, que a continuación describiremos.

La tabla N° 6 muestra que el mayor porcentaje de pacientes que no cumplieron con el tratamiento fueron mujeres, siendo estas un 52%. Esto implica que esta variable es de importancia significativa. En estudios como el de (Silvia Oller-Canet et al. 2011) presentó que los hombres tenían peor adherencia (10); mientras que otros corroboran nuestro resultado como es en el caso de una investigación en la India (Banerjee & Prasad Varma), donde las mujeres por características sociodemográficas como la educación, o el menor acceso a servicios de sanidad, presenta niveles de adherencia más bajos.(11).

La población que no se adhieren al tratamiento son aquellos mayores de 50 años según nuestro estudio, presente en la Tabla N°7 . Pero este resultado no es de importancia significativa. Esto no se demuestra en estudios como el de Párraga Martínez et al., 2014; o el de Pacheco Bernardo, et al., 2011; que señalan que el tener menor edad está relacionado con una peor adherencia, y eso se explica porque en los adolescentes, al ser más impulsivos en la toma de decisiones, además de que su personalidad todavía está en formación, hacen que no acepte la idea de enfermedad, por lo cual toma menos en serio el tratamiento.(12 y 13) Sin embargo otros si apoyan el hecho de que pacientes con mayor edad al presentar comorbilidades y polifarmacia, no cumpliría con su adherencia al tratamiento (10).

La asociación entre el estado civil y la adherencia al tratamiento en este trabajo de investigación, muestra una relación no significativa, obteniéndose cifras como que el 31% de solteros no cumplieron con el tratamiento, y el 26% de casados tampoco. En California se realizó una investigación (Bull et al., 2002) sobre la continuidad del tratamiento en la que se observó que las personas casadas que participaron tenían mayor adherencia al tratamiento (un 57%) que personas separadas o enviudadas que eran un 39%. (14)

Asimismo se observa en la tabla N° 9 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=3.28$) muestra que la adherencia al tratamiento y la ocupación no presenta relación estadística significativa ($P>0.05$). Concomitantemente en la tabla N° 12 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=6.80$) muestra que la adherencia al tratamiento y el ingreso económico presenta relación estadística significativa ($P<0.05$). Por lo tanto hay discordancia en la relación ocupación-ingreso económico, en Santiago de Chile, un estudio señaló que el abandono del tratamiento se asoció a bajos ingresos, especialmente en mujeres, con respecto a varones en el incumplimiento de dosis estos eran los de medio-bajo ingreso, posiblemente porque ellos tiene escolaridad baja (15). Un estudio de Estados Unidos revela que el mayor porcentaje de pacientes discontinuadores en su tratamiento, tenían empleo (61%), y los que no eran un 13%. Aunque estos resultados no tiene diferencia estadística entre continuadores y discontinuadores, es decir no hay relevancia estadística.(14)

En la tabla N°10 explica que entre la asociación de falta de adherencia con respecto al lugar de procedencia no hay relación estadística, pero la población proveniente de zona urbana era la que más omitía su tratamiento. Este dato es apoyado por estudio que refiere que la prevalencia de la depresión son menores en los entornos rurales, que en los urbanos, no obstante cada zona cumple con tener factores de riesgo y factores estresantes; pero con esto no se puede afirmar que exista una relación con la adherencia, ya que no se cuenta con muchos trabajos que apliquen esto. (16)

El grado de instrucción y la adherencia al tratamiento entre los pacientes atendidos en el Centro de Salud Moisés Heresi no presenta relación estadística significativa, aunque el 30% de pacientes que incumplen con la debida terapéutica son pacientes que cuentan con estudios secundarios. En España a pesar que al igual que nuestro estudio no hubo una alguna diferencia significativa, ratifica que la población no adherente en su mayoría no cuenta con estudios superiores como nivel de estudio (17). Resultado muy parecido al que se obtuvo en atención primaria de pacientes en Estados Unidos, en el que el mayor número de pacientes que no cumplían solo tenía estudios secundarios (18).

La Tabla N°13 nos indica que la adherencia al tratamiento y el tipo de familia no presentan relación estadística significativa, asimismo el 61.0% de los pacientes con depresión en el que no se adhieren al tratamiento provienen de familias disfuncionales. Es importante reconocer que el apoyo familiar y la buena relación entre sus integrantes son elementos que influyen en el nivel de adherencia, en cambio el rechazo familiar o la sensación de culpa que manifiestan los padres de manera indirecta alienta a la poca adherencia al tratamiento (19).

En este estudio se obtuvo que la relación entre adherencia terapéutica con la presencia de comorbilidades es no significativa estadísticamente, generándose como resultado que un 61% de pacientes con depresión, no presentan enfermedades crónicas. Valor contradictorio, ya que las enfermedades crónicas presentan mayor índice de incumplimiento en estudios españoles (20). Además, en un estudio chileno el 93% de pacientes no cumplidores tenían

tratamiento crónico con otros fármacos, no encontrándose también relación significativa. (10)

Se observa que el 72.0% de los pacientes con depresión en el Centro de salud mental Moisés Heresi que no se adhieren al tratamiento no tienen antecedentes de enfermedades mentales, mostrando en la Tabla N°15 que no existe relación estadística significativa. Diferente al porcentaje mostrado en un estudio realizado en Chile, donde se obtiene un 54,4% de pacientes no cumplidores con antecedente de trastorno depresivo; pero al igual que este trabajo no presentó resultado significativo.(12)

El resultado en la tabla N° 16 señala en esta investigación que el 58.0% de los pacientes con depresión que no se adhieren al tratamiento no abusan de sustancias. Demostrándose que no hay relación significativa entre la adherencia al tratamiento y la depresión. Se toma en cuenta esta variable porque en la literatura mundial se encuentra que en más del 50%, pacientes con abuso de sustancias presentan trastornos depresivos (21 y 22). Sin embargo no se pueden encontrar estudios relacionados a la adherencia al tratamiento, ya que la mayoría tenía otros objetivos.

Con respecto a la relación entre el tipo de tratamiento y la adherencia, tiene un valor estadístico significativo, porque se observó que el 48% de pacientes depresivos que no cumplen con el tratamiento, reciben sólo tratamiento de tipo farmacológico. Lo que en otro estudio se encontró que la medicación era significativamente más eficaz que la psicoterapia en pacientes con distimia, sin embargo no se encontraron diferencias significativas entre los efectos de la medicación y la psicoterapia en pacientes ambulatorios. (23). Así mismo una investigación española tenía como variable el no recibir concomitantemente psicoterapia y se obtuvo una relación no significativa estadísticamente respecto a la adherencia al tratamiento, en el que el porcentaje de incumplidores que no tuvieron psicoterapia fue de 73% versus el 70% de pacientes cumplidores que sí tuvieron psicoterapia. (12)

No se encontró significancia entre la adherencia al tratamiento y el número de medicamentos recibidos, se obtuvo como resultado que el 47% de pacientes

que no cumplen con el tratamiento consumían dos medicamentos. Además no se encontraron estudios locales que corroboren o demuestren lo contrario a los resultados encontrados.

Según el estudio no hubo relación estadística significativa entre la adherencia al tratamiento y el consumo previo de antidepresivos por parte de los pacientes; ya que el 65% de pacientes que no cumplen con el tratamiento, no tuvo consumo previo. Esto se ve reflejado en un estudio en España realizado el año 2013, el cual tuvo como resultado que solo el 40,09% de los pacientes cumplidores tenían consumo previo de antidepresivos en comparación con el 35,6% de los incumplidores con el mismo antecedente. Resultando el análisis bivariado no significativo para el consumo previo de antidepresivos. (12)





CONCLUSIONES

En los pacientes diagnosticados con Episodio Depresivo del Centro de Salud Mental Moisés Heresi se concluye que:

- El sexo femenino constituye la mayor prevalencia en este diagnóstico y además se presenta como factor relacionado a la no adherencia al tratamiento antidepresivo con resultados estadísticos significativos. Esto corroborado ampliamente por diferentes estudios a lo largo de los años y en diferentes partes del mundo.
- Al estudiar el ingreso económico de los pacientes se encontró que el tener mayores ingresos predispone a un abandono del tratamiento ($P < 0.05$), no se tiene claro la causa de esto, pero podría dirigirse al estilo de vida que incluye ocupación, tipo de familia, responsabilidades mayores, que repercute en el cumplimiento mensual de los controles.
- El tipo de tratamiento farmacológico únicamente resultó ser un factor asociado al abandono del tratamiento con una ($P < 0.05$), lo que nos hace pensar la necesidad y utilidad de un tratamiento más completo incluyendo la psicoterapia para que el enfermo entre en conciencia de enfermedad y se comprometa con su tratamiento.
- Las demás variables estudiadas en este trabajo como la edad, estado civil, ocupación, procedencia, grado de instrucción, persona informante, tipo de familia, comorbilidad de otras enfermedades crónicas, antecedente de enfermedades mentales, consumo previo de AD, abuso de sustancias, número de medicamentos prescritos, no presentaron mayor significancia estadística, por lo que no pueden ser considerados como factores asociados en este trabajo. Durante la elaboración de la discusión se mencionó múltiples estudios en los que estas variables si constituyen un factor relevante. Será de estudios posteriores analizar estas mismas variables u otras con la finalidad de aclarar factores en nuestra población.

RECOMENDACIONES

El objetivo principal de este trabajo realizado fue el de dar a conocer que factores están más relacionados a la poca adherencia al tratamiento, datos que fueron consignados en las historias clínicas correspondientes.

- Crear programas de educación dirigidos a los pacientes y a sus familiares, especialmente a las mujeres, para evitar la desinformación y estigmatización de esta enfermedad y a su vez poner énfasis en la información de la medicación, como tomar, o que riesgos implica no continuar el tratamiento.
- Apoyar el manejo conjunto médico y psicológico, mediante la adecuada psicoterapia para pacientes que lo requieran.
- Instruir a los profesionales de salud (médicos, enfermeras, personal técnico) en tratar de brindar la mejor información, siendo esta personalizada para cada paciente.



BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. *Depresión*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/> (accessed 14 diciembre 2017).
2. Huerta Elmer. *La salud mental en balance: la depresión es un mal que afecta a los peruanos*. <http://vital.rpp.pe/salud/la-depresion-afecta-a-un-millon-700-mil-peruanos-noticia-790075> (accessed 2 Marzo 2018).
3. Capuñay Chafloque José, Figueroa Alvarado Marcos, Varela Pinedo Luis. Depresión en el adulto mayor. Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Revista Médica Herediana* 1996; 7(4):
4. Geraldine Agry Flores Rea. Frecuencia de Síntomas Depresivos y factores epidemiológicos y clínicos asociados en pacientes oncológicos del Hospital Goyeneche, en la Ciudad de Arequipa, del año 2017. *Repositorio de tesis UCSM* 2016; 6.
5. Marcela Jirón, PhD, PharmD, MSc1,* , Leslie Escobar, PharmD, PhD Student1, Leonardo Arriagada, PharmD2, Sebastián Orellana, PharmD1, Ariel Castro, PharmD. Factores Asociados al Incumplimiento de los Tratamientos con Antidepresivos en Santiago, Chile 2011
6. Vergouwen AC, van Hout HP, Bakker A. Methods to improve patient compliance in the use of antidepressants. *Ned Tijdschr Geneesk* 2002; Feb 2;146(5):204-7
7. Luis Alvarado P. ADHERENCE TO TREATMENT IN DEPRESSION Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales y Departamento de Psiquiatría Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile
8. Jonathan Zegarra-Valdivia, Ernesto Cazorla Pérez, Brenda Chino Vilca. Perfil clínico y epidemiológico de pacientes atendidos en el Centro de Salud Mental "Moisés Heresi" de Arequipa - Perú, entre los años 2011 y 2013. *Revista de Neuro-Psiquiatría* 2016; 17(2): 2.
9. World Health Organization. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: WHO, 2001.

10. Silvia Oller-Canet, David Lacasta-Tintore, Et al. ¿Toman los pacientes deprimidos el tratamiento prescrito? Estudio descriptivo sobre el cumplimiento del tratamiento antidepresivo.. Actas Esp Psiquiatr 2011;39(5):292
11. Acosta Francisco, Rodriguez Luciano. Et al. Creencias sobre la depresión y sus tratamientos: variables asociadas e influencia de las creencias en la adherencia. Rev de Psiquiatría y Salud Mental.2013;6(2):86-92
12. Prarraga Martinez Ignacio, López Torres Hidalgo Jesús, Et al.. Seguimiento de la adherencia al tratamiento antidepresivo en pacientes que inician su consumo.. Atención Primaria 2014; 42(7): 7.
13. Bernardo Pacheco P.1 y Consuelo Aránguiz . Factores relacionados a la adherencia al tratamiento en adolescentes con depresión.. Revista Chilena NEURO-PSIQUIATRIA 2011; 49 (1):73
14. Bull, S. A., Hu, H., Hunkeler, E. M., Lee, J., Ming, E., Markson, L., & Fireman, B. (2002). Discontinuation of Use and Switching of Antidepressants. *The patient-physician relationship*, JAMA 2002; 288(11)1403-1409
15. Marcela Jirón, Leslie Escobar, Et al.. Factores Asociados al Incumplimiento de los Tratamientos con Antidepresivos en Santiago, Chile..Value in Health 2011; 14(4):3.
16. Provenzal Starellas , Maria Laura. Depresión en la vida urbana y en la vida rural. Tesis para optar el grado de titulación de Psicología, Mallorca- España, Universidad de les Illes Balears; 2012
17. Maria J. Serrano, Margalida Vives, Et al.. Adherencia terapéutica en pacientes depresivos de atención primaria: un estudio longitudinal.. Actas Españolas de Psiquiatría 2014;42(3):4
18. Thomas L.Schwenk. Et al..Treatment outcome and Physician-Patient Communication in Primary Care Patients with Chronic recurrent depression..American Journal of Psychiatry.2004; 161(10):10
19. Shaw R, DeMaso D. Adherencia a Tratamiento. En: Consulta Psiquiátrica en Pediatría. En niños y adolescentes con enfermedad orgánica. Editorial Médica Panamericana 2009; 227-42
20. Tatiana Dillaa,, Amparo Valladares, Et al.. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora..Atención primaria 2009; 41(6):342–348

21. Kushner MG, Abrams K, Thuras P, Hanson KL, Brekke M, Sletten S. Follow-up study of anxiety disorder and alcohol dependence in comorbid alcoholism treatment patients. *Alcohol Clin Exp Res.* 2005;29:1432-1443.
22. Petry NM, Stinson FS, Grant BF. Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry.* 2005;66:564-574.
23. Reynolds C, Donker T, Et al.. Tratamiento personalizado de la depresión en adultos: ¿fármacos, psicoterapia o ambos? Revisión sistemática.. *Revista de Toxicomanías* 2014;72:23-36







ANEXO 1: PROYECTO DE TESIS

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



**“FACTORES RELACIONADOS A LA NO ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL
CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI DESDE
ENERO A JUNIO DEL 2017”**

Proyecto de tesis presentado por la bachiller:
Salinas Pérez, Kimberly Milagos

Para optar el título profesional de:
Médico cirujano

Asesor: Dr. Zevallos Rodríguez Juan Manuel

**AREQUIPA – PERÚ
2018**

I. PREÁMBULO

Los trastornos mentales conforman un grupo de enfermedades de gran prevalencia, en el cual el trastorno depresivo se encuentra como uno de los más frecuentes, en la mayoría de hospitales, centros de salud, clínicas particulares y demás, es una creciente patología que demanda gran parte del tiempo de la atención por emergencia. En el último año 2017 en el Hospital Goyeneche, específicamente en el servicio de medicina interna, los pacientes con síntomas depresivos, intento de suicidio y con problemas de relaciones interpersonales constituyeron la quinta parte de la casuística.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) indica que, para el año 2020, la depresión se convertirá en la segunda causa principal de discapacidad a nivel mundial; de manera específica, en países desarrollados, ocupará el tercer lugar y, en países en vías de desarrollo como el Perú, dicha enfermedad ocupará el primer lugar.

En la actualidad se debe considerar que todo paciente con depresión tiene riesgo de suicidio, por lo que deben adoptarse medidas preventivas, especialmente durante las primeras semanas de tratamiento, período en el cual mejora el impulso mientras persiste el ánimo depresivo y la ideación suicida. Cuando el paciente aparentemente empieza a estar mejor, el riesgo de suicidio puede volverse mayor y el cuidado debe ser más estrecho; es en este periodo donde la adherencia al tratamiento debe ser más estricta.

El término adherencia parece ser de por sí de naturaleza multifactorial, compuesto por diferentes dimensiones que se comportarían diferente en diversas etapas del trastorno. Estas características le otorgan complejidad, siendo así responsable de una dificultad en su evaluación

La baja adherencia al tratamiento se ha transformado en un problema mayor en salud pública que compromete la efectividad de los tratamientos disponibles, interfiere con la recuperación de los pacientes y representa un considerable gasto para los sistemas nacionales de salud

La depresión tiene un profundo impacto en la funcionalidad personal pudiendo ser considerada como una adversidad significativa en el desarrollo de la vida; La persona necesita medicación para salir de ese cuadro, pero lamentablemente aún hay mucho estigma y desinformación; Pero no solo el

estigma dificulta el tratamiento de la depresión. El alto costo de los servicios y medicamentos también obstaculiza la prevención y tratamiento del trastorno, por lo que se propone en esta investigación mejorar el monitoreo y seguimiento de estos pacientes, llevándolos a continuar con la adherencia terapéutica disminuyendo así las recaídas, reingresos hospitalarios y un adecuado uso de recursos sanitarios.



II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuáles son los factores relacionados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con depresión en el centro de salud mental Moisés Heresi enero –junio del 2017?

1.2. Descripción del Problema

a. Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Especialidad de Psiquiatría
- Línea: Depresión Mayor

b. Operacionalización de variables

Variable Independiente

| VARIABLE | INDICADOR | UNIDAD/CATEGORIA | ESCALA | DEFINICION |
|--------------------------------|---------------------------------------|----------------------|-------------------------|--|
| Tratamiento terapéutico | Datos consignados de Historia clínica | Si No | Cualitativa Nominal | Es farmacológico si solo recibe antipsicóticos. Es psicoterápico si hay ayuda tratamiento psicoterapia |
| Número de medicamentos | Datos consignados de Historia clínica | 1 2 Más de dos | Cuantitativa Nominal | Según indica la historia clínica. |

Variable interviniente

| VARIABLE | INDICADOR | UNIDAD/ CATEGORÍA | ESCALA | DEFINICIÓN |
|---|---------------------------------------|--|-----------------------|---|
| Edad | Fecha Nacimiento Según DNI | Años | Cuantitativa De Razón | Según indica la historia clínica |
| Género | Según DNI | Masculino, femenino | Cualitativa Nominal | Según indica la historia clínica |
| Estado civil | Datos consignados de Historia clínica | Soltero, casado, conviviente, divorciado | Cualitativa Nominal | Según indica la historia clínica |
| Procedencia | Datos consignados de Historia clínica | Urbana, Rural | Cualitativa Nominal | Según indica la historia clínica |
| Nivel de instrucción | Datos consignados de Historia clínica | Analfabeto, Primaria Completa, Primaria incompleta, Secundaria Completa, secundaria incompleta, estudios superiores Técnico superior | Cualitativa Nominal | Grado académico alcanzado por el paciente de acuerdo a historia clínica. |
| Ocupación laboral | Datos consignados de Historia clínica | Sin trabajo, trabajo esporádico, trabajo estable | Cualitativa Nominal | Esporádico si tenía trabajo ocasional |
| Ingreso económico mensual | Datos consignados de Historia clínica | 0-500 500-1000 >1000 | Cuantitativa Nominal | Según indica la historia clínica |
| Tipo de familia | Datos consignados de Historia clínica | Funcional Disfuncional | Cualitativa Nominal | Funcional: familias cuyas relaciones son aceptables y armónicas Disfuncional: familia en la que existe una falta de equilibrio entre afecto y autoridad. |
| Comorbilidad | Datos consignados de Historia clínica | Sin enfermedad crónica Con enfermedad crónica | Cualitativa Nominal | Paciente que presenta alguna enfermedad asociada |
| Abuso de sustancias | Datos consignados de Historia clínica | Si No | Cualitativa Nominal | Paciente que presenta concomitantemente uso de sustancias de abuso |
| Antecedente de enfermedades mentales | Datos consignados de Historia clínica | Sin antecedentes Con antecedentes | Cualitativa Nominal | Paciente que presenta algún trastorno psiquiátrico asociado. |
| Consumo previo de antidepresivos | Datos consignados de Historia clínica | Si No | Cualitativa Nominal | Paciente que estuvo expuesto a tratamiento antidepresivo anteriormente |

Variable dependiente

| | | | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|----------|------------------------|--|
| Adherencia al tratamiento | Datos consignados de Historia clínica | Si No | Cualitativa Nominal | Paciente que deja de acudir a las citas programadas por un periodo de 6 meses con incumplimiento de medicación |
|----------------------------------|---------------------------------------|----------|------------------------|--|

c) Interrogantes básicas

- ¿Cuáles son los factores relacionados a la no adherencia del tratamiento en pacientes con depresión?
- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos relacionados a la no adherencia al tratamiento?
- ¿Cuáles son los factores económicos relacionados a la no adherencia al tratamiento?
- ¿Cuáles son las características del tratamiento relacionadas a la no adherencia?
- ¿Cuáles son las características clínicas relacionadas a la no adherencia del tratamiento?

c. Tipo de Investigación

- Observacional

d. Diseño de investigación

- Retrospectivo, transversal

e. Nivel de investigación

- Nivel correlacional

1.3. Justificación del problema

La depresión es una enfermedad grave que afecta aproximadamente a 1 millón 700 mil peruanos, según cifras del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, además es la razón principal del 70% de casos de suicidio a nivel nacional. Un 6,7% de la población en todo el país padece de este trastorno, siendo la enfermedad mental más común que afecta al 8% de los adolescentes, al 6% de adultos y al 7% de adultos mayores.. Estos datos nos revela la importancia de este

padecimiento y nuestro país tiene en el presente y futuro una gran serie de retos que debemos enfrentar y adecuarlos.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2020 la depresión será uno de los principales problemas de salud y la segunda causa de incapacidad a nivel mundial, una estimación bastante preocupante en la actualidad.

En este estudio nos proponemos la búsqueda de los factores más relevantes asociados a la no adherencia del tratamiento en pacientes con depresión; en los que se ven implicados factores como: El sexo, la edad, características sociodemográficas, creencias o actitud del paciente, tratamiento, o incluso la relación médico-paciente pueden afectar en mayor o menor medida a la adherencia al tratamiento antidepressivo.

Además debemos tener en cuenta que aproximadamente un tercio de los pacientes que inician tratamiento antidepressivo, los han dejado antes de tres meses (1). Esta falta de adherencia conllevaría a serias repercusiones como mayor número de hospitalizaciones, mayores tasas de recaídas o recurrencias, mayores tasas de suicidio y un peor pronóstico (2)

Por lo tanto con este estudio espera servir como una oportuna intervención en el cuidado del paciente para una buena calidad de vida y ser una herramienta útil a los profesionales de salud para orientar en el tratamiento permitiendo una mejor adherencia.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. DEPRESIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, la depresión es un trastorno mental frecuente caracterizada por presentar tristeza, anhedonia, es decir pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (3)

Lamentablemente el termino depresión ha sido malinterpretado numerosas veces debido a su uso en la descripción de un estado anímico negativo con un carácter transitorio (4)

La clave que nos permite diferenciar estados emocionales negativos y/o fluctuaciones emocionales con la depresión es la capacidad para interferir negativamente en la vida del individuo, la severidad y la persistencia. (4)

2.2. HISTORIA (5)

Desde la antigüedad hasta nuestros días, la depresión ha sido descrita en la literatura médica como también en la poética, pensadores como Plutarco, Homero o Hipócrates, padre de la medicina, nos brindaron definiciones correctas, puntualizando en sus características para así distinguirla de otras alteraciones mentales. Esta observación sugirió un tratamiento adecuado para la época.

En el año 450 A. de C. Hipócrates, utilizó el término melancolía (bilis negra) para referirse a la depresión, esta fue la primera alusión científica y permitió las primeras ideas conceptuales y clínicas de esta enfermedad mental.

En los siguientes años personajes como Sorano de Efeso, San Agustín, etc. los cuales continuaron en su intento de definir la naturaleza de este trastorno, pero la concepción médica acerca de las enfermedades mentales se basaban en la existencia de cuatro humores presentes en el cuerpo como eran la sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema; éstos eran el producto de la interacción de cuatro cualidades básicas presentes en la naturaleza (sequedad, frío, humedad y calor).

Edad moderna (6) A partir del siglo XVII, la sociedad sufre una transformación, y a su vez surge una ruptura de la melancolía sobre las teorías clásicas, apareciendo un notable médico Thomas Willis (1621-1675) responsable de ser el primer médico que refutó la teoría de los cuatro humores, rechazándola activamente para así atribuir como causas de esta enfermedad a procesos químicos presentes en el cerebro y el corazón.

Además alega la existencia de cuatro tipos de melancolía de acuerdo a su propio origen estas son: La primera, producto de una alteración en el cerebro, otro tipo es la originada por una función anómala del bazo, una tercera clase de melancolía conocida como "histérica", que tiene origen en el útero, y una última clase cuyo origen y efecto se encontraría en todo el cuerpo.

Es considerado también como una figura esencial en la neuroanatomía, siendo el pionero de esta ciencia, llegó a desarrollar trabajos en el campo de la depresión; publicando en 1672 un tratado sobre este tema, en el que los síntomas tienen como base al miedo y la tristeza, pero también por primera vez se introduce el concepto de afectación de la conciencia frente a la afectación de la conducta, que ocasionará la aparición de los conceptos de locura parcial y locura general, términos que luego serán ampliados por John Locke, el más notable de sus discípulos.

Richard Blackmore (7) poeta y médico inglés, habló por primera vez del término depresión en el año 1725, siglo XVII. Menciona el estar deprimido como la manifestación de la profunda tristeza y melancolía, empero pasarán varios años para que el término más clásico "melancolía" sea sustituido. Etimológicamente el origen del vocablo depresión es la expresión latina: de y premere (oprimir, empujar hacia abajo).

En los siglos XIX y XX. (8) como en el año 1808 hacia el siglo XIX, el término depresión se hace cada vez más utilizado y se usa junto al término melancolía como palabra para denotar a la enfermedad.

Emil Kraepelin, psiquiatra alemán, designa en una de sus clasificaciones locura depresiva, sin abandonar aún el término

melancolía para designar a la enfermedad, pero mantiene como significado de depresión a un estado de ánimo; ya que él afirmaba que las melancolías eran formas de depresión mental. Adolf Meyer, psiquiatra suizo, fue el primero que propuso abandonar el término melancolía y así sustituirlo por el de depresión. Hasta que no surja el nacimiento de la psiquiatría moderna, los tratamientos para dicha enfermedad mental alternan entre la magia y una terapia de carácter empírico tales como dietas, paseos, música, etc. pero, con la aparición de la biopsiquiatría y el avance de la farmacología, pasa a ser descrita como una enfermedad más.(9)

En pleno siglo XX , Comenzará un ciclo de identificación entre enfermedad mental (depresión) y trastorno anímico (tristeza patológica) Mas dichas descripciones nosológicas de Esquirol y Pinel pronto se establecen como síndromes más que como entidades propias. (10). En la segunda mitad del siglo XX, diversos científicos como Leonhard 1957, Perris 1966, Angst 1978 y Winokur 1973, sugieren la presencia de un grupo más específico de pacientes, dentro de los cuales, los episodios depresivos que presentan alternarían con episodios maníacos o hipomaníacos y a los que se conocerían como pacientes con trastorno bipolar, frente a otro grupo que solo presentarían una patología depresiva sin la historia de episodios maníacos o hipomaníacos. Estos autores, además refieren que los trastornos afectivos abarcan un amplio espectro en el que quizás se consideran como más grave a los pacientes propiamente bipolares. Sin embargo, no es hasta que en la década de los años 70 que la distinción es explícita entre pacientes unipolares y bipolares tanto en las clasificaciones internacionales, como en el DSM y en la ICD. Esta distinción entre pacientes unipolares y bipolares sumado a la disposición de los pacientes maníacos dentro de lo considerado hoy en día como trastorno bipolar es de especial interés, ya que el trastorno de la bipolaridad es la que marcará las diferencias a nivel clínico como terapéutico, y ella, puede ser difícil ya que aquellos pacientes pueden estar en sus momentos como los que están en fase depresiva o eutímica. (11)

2.3. ETIOLOGÍA (4)

A) Causas primarias

Bioquímicos cerebrales. Es una de las teorías más populares ya que en ella se sostiene cambios a nivel de las monoaminas cerebrales (x ejm noradrenalina, dopamina, serotonina). En esta teoría de las catecolaminas se propone que en la depresión hay una deficiencia absoluta o relativa de norepinefrina en sinapsis cerebrales que son específicas y que en trastornos como en la manía habría un exceso de ella. Posteriormente se planteó que una disminución de serotonina sería un elemento esencial en la etiología del trastorno depresión. Además se postula que el déficit de serotonina es debido a la disminución congénita de células que utilizan dicho neurotransmisor, y así en consecuencia se produciría un descenso de la enzima monoaminooxidasa (MAO), cuya función es degradar tanto las catecolaminas como la serotonina.

Se formularon estas teorías ante la búsqueda del cómo actúan y los posibles efectos de los psicofármacos. Viendo de esta manera que los antidepresivos tricíclicos reducen la recaptación de las monoaminas y acrecientan la disponibilidad a nivel de la hendidura sináptica; mientras que los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) disminuyen la recaptación de la serotonina. La acción de los inhibidores de la MAO es de aumentar el nivel de los neurotransmisores ya que bloquea su degradación por los mismos. En la actualidad existen algunos estudios que demuestran que en algunos pacientes con depresión hay una disminución a nivel de los metabolitos de los neurotransmisores (5-HIAA, metabolito de la serotonina, o MHPG, metabolito de la noradrenalina) que se encuentran en la orina y el LCR.

Además hay investigaciones que señalan una asociación entre el aumento del riesgo de suicidio, especialmente los que utilizan medios violentos, y los niveles bajos de 5-HIAA en LCR

Otros receptores involucrados en la etiología son los receptores adrenérgicos alfa dos y beta, demostrados en estudios que indican que hay un aumento en el número y por ende en la actividad de los

receptores alfa 2 a nivel de las plaquetas y a nivel cerebral en pacientes que se han suicidado .

Hay una actividad aumentada en los receptores alfa dos presinápticos, producto de la inhibición de la concentración de la noradrenalina, siendo esta el origen de la depresión. (12)

Los opioides y neuropéptidos (sustancia P, Y, factor liberador de la corticotrofina, CRF), también intervienen en este trastorno. Pese a que se han desarrollado estas hipótesis y obtenido varios hallazgos, todavía no está claro el rol que cumplen las monoaminas en este trastorno. Si decimos que la depresión es producto de la deficiencia de un solo neurotransmisor es generar una visión simplista, y es posible que existan otros desequilibrios. Además de neurotransmisores como la serotonina y la noradrenalina, actúan también el ácido gamma aminobutírico (GABA), el glutamato, la dopamina y la acetilcolina.(13)

Las teorías actuales señalan la presencia de cambios a nivel de la neurona postsináptica, como por ejemplo la alteración en mensajeros secundarios y terciarios, la membrana (proteína G) , a nivel del glutamato y del calcio intracelular. Las variaciones de factores que afectan el crecimiento neural y la apoptosis provocan un aumento de la atrofia neuronal y la muerte, que se da especialmente a nivel del hipocampo. Estas transformaciones pueden ser reversibles al inicio pero con el paso del tiempo pueden darse de manera permanente.

- ✓ **Neuroendocrinos.** En los trastornos depresivos se ha demostrado alteración a nivel del eje hipotálamo pituitaria adrenal (HPA). En el cual se ha visto un aumento a nivel del plasma y LCR del factor liberador de corticotrofina (CRF) además de que al estimular con CRF hay una curva plana a nivel de la producción de hormona adrenocorticotrópica (ACTH); también provoca un ascenso del cortisol.

Múltiples estudios demuestran anomalías en el eje en los trastornos depresivos. Existe aumento del factor (en inglés, CRF) en plasma y en LCR, curva plana de producción de hormona adrenocorticotrópica

(en inglés, ACTH) al estimular con CRF, aumento del cortisol, y en pacientes deprimidos en especial aquellos que sufren de depresión psicótica al ser sometidos a la prueba de supresión del cortisol con dexametasona, éstos no generan respuesta alguna, pero al dar tratamiento, esto se normaliza. Si los pacientes después del tratamiento se mantienen sin respuesta, esto indicaría que hay una alta probabilidad de sufrir recaídas. (14) Al aumentar los glucocorticoides, descienden la actividad del factor de crecimiento neuronal, provocando a su vez la disminución del tamaño neuronal y del tejido glial, especialmente localizado en el área prefrontal. Otros estudios sugieren que hay un incremento de la hormona liberadora de la tirotrófina (TRH) en el LCR; alrededor de un 25 % de pacientes con depresión mayor al estimular con TRH surge una respuesta aplanada de la liberación de TSH. Otro hallazgo es que al mejorar la depresión, aún persiste la disminución de la secreción de la hormona del crecimiento durante el sueño.

- ✓ **Neurofisiológicos.** En el Electroencefalograma EEG de pacientes deprimidos durante el sueño se ha encontrado el acortamiento del periodo de latencia de los movimientos oculares rápidos (MOR). Otros reportes son aumento de la actividad fásica MOR, la reducción de los estadios 3 y 4 del sueño no MOR, etc. Hallazgos como la presencia de mayor incidencia de las crisis depresivas en la primavera y el otoño, proponen que este trastorno mental se asocia a alteraciones a nivel de los ritmos cronofisiológicos cerebrales.
- ✓ **Neuroimágenes.** Se ha visto en algunos estudios en pacientes que presentan depresión de inicio temprano una irregularidad en las imágenes como, aumento del volumen de la amígdala derecha, o pérdida de la asimetría de la amígdala, disminución del volumen del hipocampo, disminución del volumen de los ganglios basales, y disminución del volumen de la corteza prefrontal. Mientras que en pacientes con inicio tardío se presenta atrofia difusa cortical y subcortical, hiperintensidades en la sustancia blanca, y aumento de los infartos cerebrales silenciosos.

B) Genéticos y familiares. (4)

Diversos estudios señalan la presencia de una relación entre factores genéticos en la depresión. El trastorno depresivo mayor es 1,5 a 3 veces más frecuentes en los familiares de primer grado de personas, que en la población general. La concordancia en gemelos monocigóticos es de 37% en hombres y 31% en mujeres, en los dicigóticos es de 23% y 25%. La heredabilidad se calcula que está entre 36% a 75% aproximadamente, lo que alude a un carácter genético.

2.4. EPIDEMIOLOGIA

En el estudio estadounidense de comorbilidad (National Comorbidity Survey),(15) se encontró que el 30- 40% de la población general cumplía con los criterios de trastorno depresivo, principalmente trastorno depresivo mayor, y dentro de ellos , la mayor población fueron mujeres.(15)

El 10-20% de la población en general a lo largo de un año acude a consultas en el nivel de atención primaria por problemas que ocurren en el ámbito de salud mental. (16)

Dentro de ello, se conoce que el 10-40% de pacientes atendidos en atención primaria serán diagnosticados con algún trastorno psiquiátrico, siendo la mayoría, alrededor del 90% trastornos afectivos, de ansiedad y abuso de sustancias. (17)

Los trastornos mentales en el Perú según un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Higuchi se calcula que sean aproximadamente un 16.5% de la población en general. (18).

Datos del MINSA refieren que la prevalencia de los trastornos depresivos son del 4.8% en 1997 y 5.1% en 1998, cifras que aumentarán a lo largo del tiempo. Epidemiológicamente en el 2006, en ciudades de la costa la prevalencia es de un 27.4% ; siendo los trastornos mentales más frecuentes el episodio depresivo (14.1%), en segundo lugar el trastorno de ansiedad generalizada (4.2%) y por último el trastorno de estrés

postraumático (3.7%). En la zona rural de la provincia de Lima, la prevalencia de los trastornos mentales fue 29.6%, y al igual que en la costa el trastorno más frecuente fue el episodio depresivo (15.8%), sucesivamente el 9.1% de la población presentó el cuadro de estrés postraumático, el 6.6 % ansiedad generalizada y fobia social en un 3.0% de pacientes. (19)

En países como en Estados Unidos, los gastos ocasionados por la depresión son alrededor de 40 000-50 000 millones de dólares por año, y entre los causales son en su mayoría por absentismo laboral y el mayor uso de recursos en servicios médicos e impacto funcional. (20)

2.5. CUADROS CLÍNICOS

Según CIE-10, la clasificación es: (21)

El cuadro clínico típico de pacientes que padecen episodios depresivos es presentar pérdida de interés y disfrute de las cosas, humor depresivo, cansancio excesivo producto de una disminución de la actividad; el cansancio aparece incluso ante el esfuerzo mínimo. Otras manifestaciones de los episodios depresivos son:

- a) Descenso de la capacidad de atención y concentración.
- b) La falta de seguridad y confianza en uno mismo, además de un complejo de inferioridad.
- c) Sentimiento de culpabilidad e inutilidad (incluso en los episodios leves).
- d) Los trastornos del sueño.
- e) Las autoagresiones o actos y pensamientos suicidas.
- f) La pérdida del apetito.
- g) Una pobre y sombría perspectiva del futuro

El estado de ánimo en la depresión varía poco de un día para otro, además no está relacionado a cambios ambientales aunque pueden existir ciertas variaciones circadianas. En cada persona y en cada episodio, la presentación clínica puede ser diferente. En la adolescencia se suele presentar en su mayoría las formas atípicas.

Se pueden presentar casos en los que la agitación psicomotriz, la ansiedad, o el malestar prevalecen sobre la depresión. El estado de ánimo está alterado y se puede encubrir con otros síntomas, tales como el consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, irritabilidad, preocupación hipocondriaca, síntomas obsesivos o exaltación de fobias.

Para poder ser diagnosticado el episodio depresivo debe haber tenido una duración de al menos dos semanas, pero si los síntomas son muy graves o de inicio súbito, el periodo de tiempo puede ser menor.

Algunos síntomas pueden distinguirse por tener un destaque clínico como lo son los síntomas somáticos, por ejemplo pérdida de sensación de placer o una menor reactividad emocional a circunstancias o actividades que anteriormente eran agradables, disminución de apetito, descenso del peso (menos del 5% o más del peso corporal del último mes), deterioro del humor depresivo predominantemente matutino, despertar más antes de lo habitual, alteración psicomotriz (agitación o inhibición) descrito por terceras personas, disminución de la libido. En este síndrome deben estar presentes al menos 4 o más características ya descritas. Implica:

- ✓ Episodios aislados de reacción depresiva.
- ✓ Depresión psicógena (F32.0, F32.1 ó F32.2).
- ✓ Depresión reactiva (F32.0, F32.1 ó F32.2).
- ✓ Depresión mayor (sin síntomas psicóticos).

a) F32.0 Episodio depresivo leve

Dentro de los síntomas más típicos de la depresión, se describen la presencia de ánimo depresivo, disminución del interés y capacidad de sentir placer, y el aumento de cansancio. Para hacer el diagnóstico deben estar presentes dos de los tres síntomas ya descritos, también deben estar al menos dos del resto de síntomas presentes en F32. Estos síntomas no tienen una mayor severidad o intensidad. La duración del episodio depresivo leve es de al menos dos semanas. Ejemplo de un paciente con episodio depresivo leve, es el estar afectado por síntomas y presentar algún impedimento para realizar su

actividad social y laboral, aunque las sigue realizando sin dejarlo completamente.

Puede existir un quinto carácter y así precisar la existencia de síntomas somáticos:

F32.00 Sin síndrome somático: presenta los síntomas representativos de episodio depresivo leve además puede estar en menor número o no estar presente síntomas del síndrome somático

F32.01 Con síndrome somático: presenta los síntomas representativos de episodio depresivo leve además cuenta con la presencia de cuatro o más síntomas del síndrome somático (también si solo cuenta con dos o tres síntomas pero son graves)

b) F32.1 Episodio depresivo moderado

Caracterizado por presentar al menos dos de los tres síntomas más típicos detallados para episodio depresivo leve (F32.0); así como al menos tres de los demás síntomas (preferiblemente cuatro). La intensidad de los síntomas es mayor aunque no es prioritario si existen varios síntomas. El tiempo de duración de este episodio es de al menos dos semanas. Ejemplo de un paciente con episodio depresivo moderado es de tener mayor dificultad para poder desarrollar las actividades domésticas, laborales o sociales.

Puede existir un quinto carácter y así precisar la existencia de síntomas somáticos:

F32.10 Sin síndrome somático: presenta los síntomas representativos de episodio depresivo moderado además no existe presencia de síndrome somático.

F32.11 Con síndrome somático: presenta los síntomas representativos de episodio depresivo moderado además cuenta con la presencia de cuatro o más síntomas del síndrome somático. Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están también presentes cuatro o más de los síntomas del síndrome somático (también si solo cuenta con dos o tres síntomas pero son graves).

c) F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

En el episodio depresivo grave se describe la presencia de una mayor angustia o agitación, aunque también no puede existir si hay una pronunciada sensación de inhibición. Es factible que la sensación de culpa, la poca autoestima o el sentirse inútil sean de mayor consideración, por lo que el riesgo de suicidio es de notable importancia especialmente en los casos más graves. Se considera que la presencia de síntomas somáticos se encuentra durante un episodio depresivo grave.

Pautas para el diagnóstico:

Contar con la presencia de los tres síntomas clásicos del episodio depresivo leve y moderado, así como también por lo menos cuatro de los demás síntomas, cuya intensidad es grave. Aunque si hay la existencia de síntomas notables como la inhibición o agitación psicomotriz, el paciente puede estar renuente o brindar insuficiente información de sus síntomas.

Casos como estos demuestran que debe realizarse una evaluación completa y determinar la gravedad del episodio. El tiempo de duración de este episodio es de al menos dos semanas, aunque la gravedad de este cuadro y más si es de inicio súbito hace que se justifique una duración menor de dos semanas.

En este tipo de episodio el enfermo ya no es capaz de seguir con una adecuada actividad doméstica, laboral o social, hay una severa limitación. Incluye:

- ✓ Episodios depresivos aislados de depresión agitada.
- ✓ Melancolía.
- ✓ Depresión vital sin síntomas psicóticos

d) F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Al igual que el Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos presentan las mismas pautas, aunque además se agregan letargo depresivo, o alucinaciones, ideas delirantes. Dentro de las ideas delirantes se incluyen ideas de pesimismo o catástrofe inmediata, sintiéndose causante el mismo enfermo, además hay ideas de pecado, de ruina. En el caso de presentar alucinaciones, éstas son

de tipo olfativo como olores pútridos de carne o pescado descompuestos; y las de tipo auditivo como son las voces difamatorias o acusatorias. La presencia de estupor es debido al avance de la gravedad de la inhibición psicomotriz. Pueden ser de tipo congruentes o no con el estado de ánimo las ideas delirantes o alucinaciones (ver F30.2).

Comprende Episodios aislados de:

- ✓ Depresión mayor con síntomas psicóticos.
- ✓ Depresión psicótica.
- ✓ Psicosis depresiva psicógena.
- ✓ Psicosis depresiva reactiva.

e) F32.8 Otros episodios depresivos

Son aquellos episodios que no abarcan las características descritas en los episodios depresivos F32.0-F32.3, aunque son diagnosticados así por tener condición depresiva. Por ejemplo, combinaciones variables de síntomas depresivos (mayoritariamente los de la variedad somática) con otro; síntomas como malestar, preocupación, tensión o una miscelánea de síntomas somáticos depresivos con cansancio o dolor persistente pero de un origen no orgánico (se observa en interconsultas hospitalarias). Comprende:

- ✓ Depresión atípica.
- ✓ Episodios aislados de depresión "enmascarada" sin especificación.

f) F32.9 Episodio depresivo sin especificación

Comprende:

- ✓ Depresión sin especificación.
- ✓ Trastorno depresivo sin especificación.

2.6. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR (DSM-5) (22)

La presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante casi todos los días por un lapso de 2 semanas:

Dentro de los síntomas principales tenemos: (≥ 1 requerido para el diagnóstico)

- Durante la mayor parte del día tener un estado de ánimo

depresivo

- Considerable disminución del interés o placer en la mayoría de las actividades, considerado como anhedonia

Síntomas adicionales

- Privación de energía o fatiga.
- Hipersomnia o insomnio
- Inhibición o retardo psicomotor , o agitación
- Ideación suicida, pensamientos reiterados de muerte
- Sentimientos de culpa excesiva, o de inutilidad inadecuados
- Disminución de concentración o poca aptitud para pensar, o incertidumbre
- Baja o aumento del apetito, o Disminución significativa de peso

2.7. TRATAMIENTO MÉDICO EN DEPRESIÓN

El tratamiento farmacológico con antidepresivos es para pacientes diagnosticados con episodios depresivos moderados a severos, salvo algunos casos leves específicos (23).

Los fármacos empleados en su mayoría son semejantes en su acción sobre el sistema monoaminérgico. Indistintamente a su mecanismo de acción el desenlace final es la regulación de alguno de los siguientes neurotransmisores: serotonina (5-HT), dopamina (DA), noradrenalina (NA). (23) Aumentar la disponibilidad de estos neurotransmisores a nivel de la hendidura sináptica nos permite la regulación a la baja de los receptores postsinápticos al igual que su desensibilización. Toda esta transformación a nivel de los receptores es el producto de la modificación a nivel de la expresión de ciertos genes, dentro de los cuales se encuentra factores neurotróficos como el BDNF, permitiendo así la sinaptogénesis. Con respecto a los efectos secundarios, éstos pueden presentarse dentro de los primeros días de la toma del fármaco resultado del aumento de la concentración de los neurotransmisores afectados, pero el efecto de alivio de los síntomas aparecen alrededor de la segunda o cuarta semana tras el inicio de las tomas, ya que primero se necesita la adaptación de los receptores (24).

El mecanismo de acción de estos medicamentos es de ser antidepresivo primario, sin embargo la mayoría, tienen acciones secundarias mediante la acción frente a diferentes receptores, generando un cambio a nivel de la clínica, efectos terapéuticos o efectos adversos. (tabla 1) (27).

Tabla 1. Efectos farmacológicos de los distintos grupos de antidepresivos y su traducción clínica

| Grupo | Mecanismo de acción antidepresivo | Fármacos | Efectos clínicos | Efectos adversos comunes |
|-----------------|---|---|--|--|
| ISRS | Inhibición de SERT | Fluoxetina, sertralina, fluvoxamina, paroxetina, citalopram, escitalopram | Antidepresivo, ansiolítico | Náusea, diarrea, boca seca, disfunción sexual, ansiedad inicial |
| IRSN | Inhibición de SERT y NAT | Venlafaxina, desvenlafaxina, duloxetina, milnacipran | Antidepresivo, ansiolítico | Cefalea, insomnio, náusea, diarrea, hiporexia, disfunción sexual, aumento de tensión arterial |
| IRND | Inhibición de NAT y DAT | Bupropión (anfebutamona) | Antidepresivo, ansiolítico | Boca seca, constipación, náusea, hiporexia, insomnio, cefalea, ansiedad, aumento de tensión arterial |
| ISRN | Inhibición de NAT | Reboxetina, atomoxetina | Antidepresivo, ansiolítico | Hiporexia, insomnio, mareo, ansiedad, boca seca, constipación, náusea, disfunción sexual |
| AMT | Agonismo MT ₁ /MT ₂ | Agomelatina | Antidepresivo, ansiolítico | Náusea, mareo, somnolencia, cefalea |
| Aα ₂ | Antagonismo α-2 | Mirtazapina | Antidepresivo, ansiolítico | Aumento de apetito, boca seca, constipación, sedación, mareo, hipotensión |
| AIRS | Inhibición de SERT y antagonismo 5HT _{2A/2C} | Trazodona | Antidepresivo, ansiolítico, hipnótico | Náusea, edema, visión borrosa, boca seca, constipación, mareo, sedación, hipotensión |
| ATC | Inhibición de SERT y NAT | Amitriptilina, imipramina, desipramina | Antidepresivo, ansiolítico | Visión borrosa, constipación, aumento de apetito, boca seca, náusea, diarrea, fatiga, sedación, disfunción sexual, aumento de tensión arterial |
| MM | Inhibición de SERT, agonista 5-HT _{1A/1B/1D} , antagonista 5-HT ₇ | Vortioxetina | Antidepresivo, procognitivo, ansiolítico | Náusea, cefalea, mareo, boca seca |

AIRS: antagonista de serotonina e inhibidor de recaptura de serotonina; AMT: agonista de receptores de melatonina; ATC: anti-depresivo tricíclico; Aα₂: antagonista de receptores α₂ de noradrenalina; DAT: transportador de dopamina; IRND: inhibidor de recaptura de noradrenalina y dopamina; IRSN: inhibidor de recaptura de serotonina y noradrenalina; ISRN: inhibidor selectivo de recaptura de noradrenalina; ISRS: inhibidor selectivo de recaptura de serotonina; MM: antidepresivo multimodal; MT: receptor de melatonina; NAT: transportador de noradrenalina; SERT: transportador de serotonina.

A continuación se discuten brevemente las características de los antidepresivos de uso común. (27)

a) Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS)

La fluoxetina, primer fármaco ISRS revolucionario en el tratamiento antidepresivo apareció en el mercado en la década de los 80. Siendo su mecanismo de acción inhibición de la recaptación de la serotonina después de haber sido liberada en la sinapsis., a través del SERT (transportador de serotonina), que en condiciones normales reintroduciría la serotonina sináptica a la neurona para su reciclaje. Actúa a nivel de receptores post sinápticos y autorreceptores 5-HT_{1A}

(24).

Dentro los fármacos ISRS tenemos: fluoxetina, sertralina, paroxetina, fluvoxamina, citalopram y escitalopram, todos estos tienen en común que bloquean el SERT, pero son diferente en su acción secundaria sobre otros receptores, brindando cierta diferencia en sus efectos terapéuticos y secundarios.

b) Inhibidores de la recaptura de noradrenalina y dopamina (IRND)

El mecanismo de acción de éstos antidepresivos es mediante la inhibición selectiva de recaptación de NA y DA, para así aumentar los niveles sinápticos de NA y DA. Al generar efecto sobre DA le concede propiedades estimulantes, además como no actúa directamente sobre 5-HT no provoca efectos adversos como la disfunción sexual. El representante de este tipo de fármacos es el bupropión o anfebutamona.

c) Antagonistas alfa-2

El mecanismo de acción de estos antidepresivos es bloquear los autorreceptores y heterorreceptores α_2 noradrenérgicos. Si se activan estos receptores de forma fisiológica, no habría liberación de NA y serotonina, por lo que al bloquear, aumentaría la concentración de éstos neurotransmisores, acción similar al de los IRSN (provoca aumento de NA y de 5-HT₂₀). El representante principal son mirtazapina y mianserina.

d) Antidepresivos tricíclicos (ATC)

Este fármaco llamado así por la presencia de tres anillos de benzeno en su estructura química, inicialmente se utilizaba como tratamiento antipsicótico para la esquizofrenia, uno de ellos fue la clorpromazina, pero tras la aparición de la imipramina, se catalogó su uso como antidepresivo; apareciendo después otros fármacos como: la desipramina, maprotilina, nortriptilina, amitriptilina y clomipramina.

(26)

Su mecanismo de acción al igual que los IRSN, vana a inhibir la recaptura de serotonina y NA, pero solo en los ATC provoca otro tipo de acción farmacológica teniendo efecto sobre sobre receptores H1 histaminérgicos, α_1 adrenérgicos y canales de sodio sensibles a

voltaje, ocasionado la aparición de efectos secundarios por lo que es poco tolerado.

e) Inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO)

Este grupo de medicamentos (iproniazida) fueron usados anteriormente para tratamiento de otras enfermedades como la tuberculosis, los pacientes que tomaron dicha medicación mostraron mejoría en su condición afectiva, observándose así sus propiedades para la terapia antidepresiva; se desarrollaron otros IMAO con diferentes propiedades farmacológicas, tales como reversibilidad, inhibición de enzimas (selegilina, fenelzina, tranilcipromina). Hay dos formas de MAO (A y B) determinada por genes diferentes que hacen que transformen distintos sustratos. La enzima MAO-A metaboliza preferentemente noradrenalina (NA) y serotonina (5-HT); la MAO-B metaboliza preferentemente la dopamina (DA) y la feniletilamina. Ya que al bloquear su acción acrecentaría la concentración de dichos agentes.

Debido a sus interacciones con otros fármacos como algunos simpatomiméticos, anestésicos, agentes serotoninérgicos, tricíclicos y algunos opiáceos su uso ha disminuido. Entre algunos de sus efectos secundarios tenemos insomnio, excitabilidad, confusión, aumento de peso, etc. Múltiples estudios han demostrado también que provoca crisis hipertensivas. (26)

Sin embargo no hay que subestimar su acción, puesto que es eficaz en ciertos tipos de depresión.

f) Antidepresivos multimodales

Estos antidepresivos recientes combinan varios mecanismos de acción como antagonismo de 5-HT₇ y 5-HT₃, inhibición de SERT, DAT y NET, agonismo de receptores 5-HT_{1A} y 5HT_{1B/D}. un ejemplo es Vortioxetina que es eficaz en el tratamiento antidepresivo además mejora los síntomas cognitivos de a depresión y es bien tolerado (27).

2.8. TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS DE LA DEPRESIÓN (28)

Psicoterapia como potenciadora

Este tipo de terapia cognitivo-conductual abarca los problemas actuales más que centrarse en el pasado. Este tipo de terapia mejora la aparición de síntomas y así evitar el riesgo de recaída. Un estudio señaló que terapias como la psicoterapia breve, la terapia cognitivo-conductual o la orientación no directiva son más eficaces que los cuidados habituales a corto plazo.(21)

Ejercicio

El hacer ejercicio genera efectos positivos y en estudios se reveló la relación existente entre la actividad física y la salud mental, señalando que hay mayor vitalidad y una disminución del riesgo de diabetes, cáncer, cardiopatías, etc.

2.9. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO (29)

La definición de ADHERENCIA A TRATAMIENTO es diversa, según la Organización Mundial de la Salud, es “el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas”, pero al referirse sobre el término “médico” era escasa la connotación que merecía, ya que la adherencia implica “Buscar atención médica, conseguir el medicamento recetado, tomar la medicación apropiadamente, vacunarse, cumplir con las consultas de seguimiento y ejecutar las modificaciones en los comportamientos que abordan la higiene personal, el autocuidado, etc”. Varias de las estrategias para medir la adherencia son costosas o dependen de mayor base de datos, o de tecnología, factores que no están disponibles en varios países. En resumen podríamos definirla como “el grado en que el comportamiento de la persona, como tomar medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”. (OMS 2004)

2.10. FACTORES QUE AFECTAN LA ADHERENCIA (30)

La adherencia al tratamiento está determinado por la acción recíproca de cinco parámetros: Factores relacionados con el tratamiento, con el paciente, con la enfermedad, con el sistema de atención sanitaria y factores socioeconómicos; todos interactúan unos con otros.



3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A NIVEL LOCAL

AUTOR: NILTON DAVID ALVAREZ GUTIERREZ (30)

TÍTULO: Estudio de casos y controles sobre las variables Asociadas al abandono de tratamiento en pacientes Esquizofrénicos del centro de salud mental Moisés Heresi entre los periodos de 1971-2011.

RESUMEN: La medicación de los pacientes esquizofrénicos se realiza por medio de los

fármacos antipsicóticos; estos introducidos cuasi recientemente han revolucionado la manera de tratar esta enfermedad por su efectividad. Pero junto a este beneficio trajo consigo una enorme dificultad como es una pobre adherencia al tratamiento y su consecuente abandono; este abandono del tratamiento conlleva una serie de consecuencias funestas para el paciente tanto en el rango de la salud psíquica del paciente así como en su entorno social y económico.

OBJETIVO: Se estudiaron los factores de riesgo asociados al abandono de tratamiento en pacientes diagnosticados con esquizofrenia en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi-Arequipa.

METODO: Se realizó un estudio de casos y controles midiéndose un total de 20 variables las cuales fueron: edad, sexo, estado civil, situación laboral, educación, violencia, contacto social, convivencia, historia familiar de psicosis, tiempo de tratamiento, cambio de institución médica o médico tratante, comorbilidad psiquiátrica, intento de suicidio, tipo de diagnóstico esquizofrénico, RAMs, abuso de sustancias, estresores de vida, historia de recaídas. Esta investigación se llevó acabo en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi-Arequipa, que es una institución especializada en temas de salud mental, siendo un organismo referente en esta especialidad en todo el sur del Perú. Del total de casos encontrados que fue de 803 historias clínicas se aplicó los criterios de inclusión y exclusión donde quedaron 673 historias clínicas de las cuales se dividieron en 298 casos y 375 controles aplicándose posteriormente un muestreo aleatorio simple quedando una muestra con 137 casos y 166 controles que fueron comparados posteriormente para hallar el grado asociación que presentaban.

RESULTADOS: Se calcularon las OR con un intervalo de confianza del 95% mediante una técnica de regresión logística multivariante que relacionaba el abandono de tratamiento versus las variables independientes, encontrándose una asociación estadística significativa al abandono de tratamiento a las variables: sexo: masculino, estado civil: soltero, situación laboral: desempleado, estado de vida: solo, tiempo de tratamiento: 34-40 meses, asistencia a citas programadas: no asistente, diagnóstico esquizofrénico: esquizofrenia paranoide.

A NIVEL NACIONAL

AUTOR: JACQUELINE MARGOT PAUCAR AYLLÓN (31)

TÍTULO: Factores relacionados a la no adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos adultos en el departamento de psiquiatría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen- Essalud – 2010 - Lima

RESUMEN: La esquizofrenia tiene un profundo impacto en la persona y puede ser considerada una adversidad significativa en la vida. Los individuos que desarrollan esquizofrenia tienen cada uno su propia y única combinación de síntomas y experiencias, el patrón exacto de que se verá influido por sus circunstancias particulares. Se estima que la falta de adherencia a la medicación lleva a una mayor tasa de recaída, los ingresos hospitalarios repetidos, y por lo tanto mayor carga económica y social para los usuarios de los servicios propios, así como para el desarrollo mental en los servicios de salud.

OBJETIVO. Determinar los factores relacionados a la no adherencia del tratamiento en pacientes esquizofrénico adultos en el Departamento de psiquiatría del hospital Guillermo Almenara Irigoyen - Essalud – 2010.

METODOLOGIA: Se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, donde se entrevistaron a 100 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, cada uno con sus respectivos familiares, pacientes que se encuentran en condición ambulatoria y con un tiempo de tratamiento mayor o igual a 3 años, en el en el Departamento de psiquiatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – ESSALUD.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES En los resultados se evidencio que los pacientes presentaron un 67% de adherencia al tratamiento. Se observó que en las variables demográficas como edad, sexo y estado civil; no se encontró asociación significativa con la adherencia al tratamiento. La gran mayoría de los entrevistados (78 %) no trabaja. Evidenciándose asociación significativa de riesgo entre el no trabajar y la pobre adherencia al tratamiento farmacológico. El 83% de los pacientes entrevistados evidenciaron cambios positivos con el cumplimiento de la medicación. Se encontró asociación significativa entre los que no percibieron cambios positivos con la medicación y la no adherencia al tratamiento. No se encontró asociación entre número de hospitalizaciones y la no adherencia al tratamiento farmacológico. El 34% de los pacientes no cumplen con sus controles periódicos, estando asociados significativamente a la no adherencia al tratamiento. Asimismo, se evidenció asociación estadísticamente significativa entre el muy buen y buen trato hospitalario con la adherencia al tratamiento farmacológico.

A NIVEL INTERNACIONAL

AUTOR: Marcela Jirón, PhD, PharmD, MSc1,* , Leslie Escobar, PharmD, PhD Student1, Leonardo Arriagada, PharmD2, Sebastián Orellana, PharmD1, Ariel Castro, PharmD, (32)

TITULO: Factores Asociados al Incumplimiento de los Tratamientos con Antidepresivos en Santiago, Chile

RESUMEN:

Objetivo: Identificar los factores asociados con el incumplimiento de los tratamientos antidepresivos en Santiago, Chile. **Método:** se llevó a cabo un estudio transversal al azar y con una muestra representativa de 1000 personas de 15 años o más. La adherencia al tratamiento se estudió en consumidores de fármacos Antidepresivos utilizando la regresión logística para estimar los factores asociados con el incumplimiento de dosis o tiempo de tratamiento.

Resultados: el incumplimiento de antidepresivos fue del 52.8% y el principal factor asociado fue el ingreso económico. Género y nivel educativo también fueron asociados con el incumplimiento del tratamiento. **Conclusiones:** el incumplimiento de los antidepresivos se asoció con ingresos y características

sociodemográficos en pacientes chilenos. Por lo tanto, se debe plantear estrategias de salud para mejorar El cumplimiento de Antidepresivos, además se debe considerar las inequidades en el acceso a los medicamentos y características del consumidor de antidepresivos.

AUTOR: Luis Alvarado Vitacura (33)

TITULO: Adherencia al tratamiento en la Depresión.

RESUMEN: Introducción. La baja adherencia al tratamiento se ha transformado en un problema mayor en salud pública. El constructo adherencia parece ser de naturaleza multifactorial, compuesto por diferentes dimensiones que se comportarían diferente en diversas etapas del trastorno. Uno de cada dos pacientes depresivos toma sus medicamentos de acuerdo a lo prescrito, lo que sugiere que sería mejor invertir en investigar y desarrollar nuevas formas para evaluar y mejorar la adherencia, antes que en la I+D de nuevos antidepresivos. Objetivo. Realizamos una revisión comprensiva de los datos disponibles sobre adherencia a tratamiento en la depresión. El foco de esta presentación son tres cuestiones principales: delimitación del constructo, la adherencia a tratamiento y los factores relacionados con ella, costos psicosociales y médicos relacionados con la baja adherencia Discusión Se discute la historia del constructo adherencia, señalando sus estrechamientos éticos, ideológicos y económicos. Las cifras de adherencia a AD varían entre 40-60%, dependiendo de factores tales como la etapa de la enfermedad, las Creencias representaciones acerca de los medicamentos, la enfermedad y la salud. Por último, discutimos los costos relacionados con la baja adherencia, directos e indirectos, así como sus implicancias en el desarrollo e implementación de nuevos programas de tratamiento de los trastornos depresivos.

AUTOR: Carlos De las Cuevas y Emilio J. Sanz (34)

TITULO: Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica

RESUMEN: La adherencia a los fármacos correctamente prescritos es esencial para una psicofarmacoterapia efectiva. La falta de adherencia a los fármacos psicoactivos constituye una barrera significativa para el éxito del tratamiento de

los trastornos psiquiátricos en la práctica clínica y se ha relacionado con malos resultados terapéuticos, tales como mayores riesgos de recaída y recurrencia, así como con el aumento de los costes sanitarios. La falta de adherencia a los tratamientos prescritos en la práctica psiquiátrica es un problema multifactorial que incluye factores centrados en el paciente, factores relacionados con el tratamiento, factores del sistema de atención médica, factores sociales y económicos, y los factores de la enfermedad. Sin embargo, a pesar de la importancia de la contribución de ese grupo de variables en la predicción de la adherencia, todavía persiste un considerable nivel de la varianza no explicada. Además, no se puede identificar una medida de referencia (“gold standard” o “patrónoro”) de la adherencia a la medicación ya que todos los métodos disponibles tienen sus limitaciones. Este artículo se centra en las dificultades que implica la evaluación de la adherencia de los pacientes psiquiátricos en el mundo clínico real y describe los principales métodos de valoración existentes.

4. OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar los factores relacionados a la no adherencia del tratamiento en pacientes con depresión, analizando los distintos factores que pueden afectar a la adherencia en el tratamiento antidepressivo.

Objetivos Específicos:

- Determinar los factores sociodemográficos que afecta a la no adherencia del tratamiento como: a) Edad b) Sexo c) Estado civil d) Ocupación e) Tipo de familia f) Procedencia g) Nivel de instrucción
- Determinar si las siguientes características económico son factores que afecten ala no adherencia al tratamiento como: Ingreso económico mensual
- Determinar las características del tratamiento que afecta a la no adherencia como: a) Número de medicamentos b) Número de visitas a consulta c) Tipo de tratamiento terapéutico
- Determinar si las siguientes características clínicas son factores de riesgo para la no adherencia al tratamiento en pacientes con depresión como: a) comorbilidad, b)abuso de sustancias, c) antecedente de enfermedad mental, d) Consumo previo de antidepressivos

5. HIPÓTESIS

Dado que factores como la edad, la ocupación, estado civil, procedencia, nivel de instrucción, comorbilidad, grado económico, son factores inherentes en todo paciente es posible que exista una asociación con el cumplimiento del tratamiento en pacientes con Depresión.



III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

- 1) **Técnicas, instrumentos y materiales de verificación**
 - a) **Técnicas:** Recolección de datos obtenidos de las fichas respectivas, con su procesamiento estadístico.
 - b) **Instrumentos:** Fichas de recolección de datos
 - c) **Materiales:** Hojas, lapiceros, computadora, software Excel, software spss y/o stata.
- 2) **Campo de verificación**
 - 2.1) **Ubicación espacial:** El estudio fue realizado en el Centro de Salud Moisés Heresi, el cual está ubicado en la Avenida Pumacahua S/N . En el Distrito de Cerro Colorado en la Provincia y Departamento de Arequipa
 - 2.2) **Ubicación temporal:** El estudio fue realizado durante el periodo 2017
 - 2.3) **Unidades de estudio:** Estuvieron representadas por todas las historias clínicas de Enero – Febrero del 2017
- 3) **Población:**
 - 3.1) Pacientes con diagnóstico de Episodio Depresivo diagnosticados en los meses de Enero a Junio en el 2017
 - 3.2) **Criterios de inclusión:** Pertenecer al Centro de Salud Mental Moisés Heresi
 - 3.3) **Criterios de exclusión:**
 - No tener el diagnóstico de Episodio Depresivo
 - Historias clínicas que no se encontraban en la unidad de archivo al momento de la recolección de datos.
 - 3.4) **Definición de No adherencia al tratamiento:** paciente que habiendo acudido a Centro de Salud Moisés Heresi recibe el diagnóstico de Episodio Depresivo durante el periodo de Enero a Junio del 2017, quedando en tratamiento en dicho centro de salud y dejando de acudir a las citas programadas por un periodo de 6 meses

4) Estrategia De Recolección De Datos:

c) Organización

- Aprobación del proyecto de tesis por el asesor
- Se presentará el proyecto de tesis a profesores de maestría del curso de taller de Tesis
- Se solicitará por escrito la autorización al Centro de Salud Moisés Heresi.
- Se procederá a la recolección de datos mediante las historias clínicas de los pacientes con depresión mayor atendidos durante el periodo de Enero a Junio del 2017, para la debida valoración e interpretación
- Aclaración de criterios de inclusión y exclusión.

d) Recursos

- Humanos: Investigador, Asesor, Personal administrativo del Centro de Salud
- Institucionales: UCSM, Facultad de Medicina Humana, Centro de Salud Moisés Heresi
- Financieros: La presente investigación fue solventada por recursos propios del investigador.

6) Criterios Para Manejo De Resultados

c) Plan de procesamiento

Los datos serán obtenidos a través de una ficha de recolección de datos (Anexo 1), serán procesados y tabulados para su interpretación y análisis, en el programa Microsoft® Excel 2010, originando una base de datos, de la cual se podrá realizar el análisis y extrapolación estadística.

d) Plan de análisis

Se usaran los métodos de la estadística descriptiva, utilizando el programa estadístico SPSS24.0 para resumir las variables en sus frecuencias absolutas y relativas porcentuales

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO (35)

| | 2017 | | 2018 | | | |
|---|-----------|--------|-------|-------|---------|-------|
| | Diciembre | | Enero | | Febrero | |
| | 1-15 | 16- 31 | 1-15 | 16-31 | 1-15 | 16-28 |
| Búsqueda bibliográfica problema de investigación | X | | | | | |
| Redacción de proyecto | | X | | | | |
| Aprobación proyecto de tesis por Asesor | | X | X | | | |
| Entrega de proyecto a Secretaría académica | | | X | | | |
| Recolección de datos | | | | X | | |
| Estructuración de resultados | | | | | X | |
| Elaboración de Informe final | | | | | | X |

V. BIBLIOGRAFÍA

1. Vergouwen AC, van Hout HP, Bakker A. Methods to improve patient compliance in the use of antidepressants. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2002; Feb 2;146(5):204-7
2. Luis Alvarado P. ADHERENCE TO TREATMENT IN DEPRESSION
Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales y
Departamento de Psiquiatría Oriente, Facultad de Medicina, Universidad
de Chile
3. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales -Depresión
<http://www.who.int/topics/depression/es/>
4. Ricardo Jose Toro Greiffenstein, Luis Yepes Roldan, Carlos Palacio
Acosta. *Psiquiatría* 2013. Pag. 168-169, 170-172
5. Dr. Carlos E. Zoch Zannini . Depresión Profesor Asociado de Psiquiatría,
Universidad de Costa Rica. Director, Unidad de Posgrado de Psiquiatría,
CENDEISSS SEP. Subdirector, Hospital Nacional Psiquiátrico.2002
6. SOLER INSA, P. A. Y GASCÓN, J. (1999), Coord. RTM-II
(Recomendaciones Terapéuticas en los Trastornos Mentales). 2a. ed.
Barcelona: Masson.
7. MARQUEZ, RAMÓN. (1990). *Tratamiento natural de la depresión*. Buenos
Aires, Ed. Paidós.
8. POLAINO, LORETE. A. (1980). La depresión. Barcelona España, Ed.
Martinez Roca.
9. ALONSO-FERNÁNDEZ F. La depresión y su diagnóstico. Nuevo modelo
clínico. Barcelona: Labor; 1988. Lima, L. (1992). Bases biológicas de los
trastornos afectivos. *Interciencia*, 17(2), 86-91.
10. Sigerist, H. "History of Medicine", Oxford University Press, N.Y., 1961,
Vol.2, pag. 323
11. Maricela García Villalta. Curso de Psiquiatría: La Depresión, pag 6-8
12. Coppen A, Ghose K. Peripheral alphaadrenoreceptor and central
dopamine receptor activity in depressive patients. *Psychopharmacology
(Berl)*. 1978; 59(2):171-77.
13. Friedman MJ. Does receptor supersensitivity accompany depressive
illness? *Am J Psychiatry*. 1978; 135(1): 107-09.

14. Miller AH, Spencer RL, Pulera M, Kang , McEwen BS, Stein M. Adrenal steroid receptor activation in rat brain and pituitary following dexamethasone: implications for the dexamethasone suppression test. *Biol Psychiatry*. 1992; 32(10):850-69.
15. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8–18.
16. DeGruy F. Mental health care in the primary setting. In: Donaldson MS, Yordy KD, Lohr KN, et al. (eds.), *Primary Care: America's Health in a New Era*. Washington, DC: National Academy Press, 1996
17. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994;272:1749–1756.
18. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”. *Anales de Salud Mental* Vol. XXIX. Año 2013, pag 28–29.
19. Simon GE. Social and economic burden of mood disorders. *Biol Psychiatry* 2003;54:208–2154.
20. Clasificación de trastornos mentales CIE 10- WHO. *Classifications. International Classification of Diseases (ICD)*.
21. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5)* 2014. 104-106
22. Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 3. Pharmacological Treatments. *Can J Psychiatry*. 2016;61(9):540-60.
23. Stahl SM. *Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications*. New York, United States of America: Cambridge University Press; 2013.
24. Hillhouse TM, Porter JH. A brief history of the development of antidepressant drugs: from monoamines to glutamate. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2015;23(1):1-21

25. Stahl SM. Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications. New York, United States of America: Cambridge University Press; 2013.
26. Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones Rodrigo Pérez Esparza. Departamento de Neuropsiquiatría. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Ciudad de México. Abril 2017
27. DWIGHT L. EVANS, MD, DENNIS S. CHARNEY, MD, LYDIA LEWIS. Guía para el médico DEPRESIÓN Y TRASTORNOS BIPOLARES. 2007. Pag. 4-5.
28. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>
29. Alba Luz Rodríguez Acelas, Ana Maritza Gómez Ochoa. Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. av.enferm., XXVIII
30. Nilton David Alvarez Gutierrez. Estudio de casos y controles sobre las variables asociadas al abandono de tratamiento en pacientes esquizofrenicos del centro de salud mental moises heresi entre los periodos de 1971-2011. Arequipa 2013
31. Jacqueline Margot Paucar Ayllón. Factores relacionados a la no adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos adultos en el departamento de psiquiatría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen-Essalud – 2010 – Lima 2011
32. Marcela Jirón, PhD, PharmD, MSc1,*, Leslie Escobar, PharmD, PhD Student1, Leonardo Arriagada, PharmD2, Sebastián Orellana, PharmD1, Ariel Castro, PharmD. Factores Asociados al Incumplimiento de los Tratamientos con Antidepresivos en Santiago, Chile 2011
33. Luis Alvarado Vitacura. Adherencia al tratamiento en la Depresión. Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales y Departamento de Psiquiatría Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile 2010

34. Carlos De las Cuevas y Emilio J. Sanz. Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. Universidad de la Laguna España 2015
35. Agueda Muñoz del Carpio Toia. Guía De Apoyo Para Redactar Y Presentar Un Proyecto De Tesis Y No Morir En El Intento. 2016;1:35.



ANEXO N° 2.FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

A) Características personales:

1) FILIACION

- N° Historia clínica
- Sexo:
- Fecha de nacimiento:
- Fecha de atención:

2) EDAD

- a) <15 d)31-40
- b) 16-20 e) 41-50
- c) 21-30 f) >50

3) ESTADO CIVIL

- a) Soltero
- b) Casado
- c) Otros

4) OCUPACIÓN

- a) Sin trabajo
- b) Trabajo esporádico
- c) Trabajo frecuente

5) PROCEDENCIA

- a) Urbana
- b) Rural

6) INSTRUCCIÓN

- a) Analfabeto
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Estudios Superiores
- e) Técnico Superior

B) Características socioeconómicas

7) INGRESO ECONÓMICO MENSUAL

- a) 0-500
- b) 500-1000
- c) > 1000

8) TIPO DE FAMILIA

- a) funcional
- b) disfuncional

C) Características clínicas:

9) COMORBILIDAD

- a) sin enfermedad crónica
- b) con enfermedad crónica

10) ANTECEDENTE DE ENFERMEDADES MENTALES

- a) Si
- b) No

11) ABUSO DE SUSTANCIAS

- a) Si
- b) No

12) TIPO DE TRATAMIENTO

- a) Farmacológico
- b) Farmac +psicoterap.

13) N° DE MEDICAMENTOS HABITUALES

- a) 1
- b) 2
- c) +2

14) CONSUMO PREVIO DE AD

- a) Si
- b) No

15) Adherencia al Tratamiento:

- a) Sí
- b) No



