

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica

**EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA
EN PACIENTES CON TRASTORNOS DEPRESIVOS
ATENDIDOS EN CENTROS DE SALUD MENTAL
COMUNITARIOS, TACNA 2023**

TESIS

Presentada por:

Bach. Carem Lucia Velasque Atco

Para optar el Título Profesional de:

QUÍMICO FARMACÉUTICO

TACNA – PERÚ

2024

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica

**EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES
CON TRASTORNOS DEPRESIVOS ATENDIDOS EN CENTROS
DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS, TACNA 2023**

TESIS

Presentada por:

Bach. CAREM LUCIA VELASQUE ATCO

Para optar el Título Profesional de:

QUÍMICO FARMACÉUTICO

Aprobada por UNANIMIDAD, ante el siguiente jurado



Mgr. Juan Carlos Efrain Cervantes Zegarra
Presidente



Dr. Juan José Evaristo Changllo Roas
Miembro



Mgr. Lourdes Yolanda Arana Pari
Miembro



Dr. Juan José Evaristo Changllo Roas
Asesor

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, **Dr. JUAN JOSÉ EVARISTO CHANGLLIO ROAS** en mi condición de asesor acreditado por la RESOLUCIÓN DE FACULTAD N° 12415-2023-FACS-UNJBG, de la tesis de Investigación titulada: **“EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON TRASTORNOS DEPRESIVOS ATENDIDOS EN CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS, TACNA 2023”** presentado por el **Bach. CAREM LUCIA VELASQUE ATCO** para optar el título profesional de **QUÍMICO FARMACÉUTICO**.

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y de similitud de trabajos de investigación y producción intelectual, considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual TURNITIN, cuenta con el nivel permitido con un porcentaje de 9%.

Por lo que **CERTIFICO LA SIMILITUD** de SIMILITUD BAJA de la tesis estando de acuerdo al **NIVEL PERMITIDO** para continuar con los trámites correspondientes y para su publicación en el repositorio institucional.

Se emite el presente certificado con fines de continuar con los trámites respectivos para la obtención del Título Profesional de Químico Farmacéutico.



ASESOR



DNI: 00492845

Nombre y apellidos del asesor: DR. JUAN JOSÉ EVARISTO CHANGLLIO ROAS



TESISTA



DNI: 70874587

Nombre y apellidos del tesista: CAREM LUCIA VELASQUE ATCO



DEDICATORIA

A mis padres por ser mi apoyo incondicional y darme el mejor ejemplo para seguir adelante con todo el amor, mis preciosos tesoros.

AGRADECIMIENTO

A Dios por protegerme en cada paso que he dado, por su gracia y amor que puedo sentir cada día.

A mis padres Liboria y Abdon, por tener paciencia y depositar su confianza en mí para la realización de este trabajo.

A los docentes, por estos años académicos de preparación, a mi asesor y maestro, el Dr. Juan José E. Changllo Roas, por su invaluable consejo y enseñanza.

ÍNDICE

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE GRAFICOS	x
ÍNDICE DE ANEXOS	xiv
RESUMEN	xv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	3
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	3
1.2. Formulación del problema	6
1.2.1. Problema principal	6
1.2.2. Problemas específicos	6
1.3. JUSTIFICACIÓN	7
1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES	9
1.5. OBJETIVOS	10
1.5.1. Objetivo general	10
1.5.2. Objetivos específicos	10
1.6. HIPÓTESIS	11
1.7. Determinación de Variables	12
1.8. Operacionalización de las variables	13

CAPÍTULO II.....	15
MARCO TEÓRICO	15
2.1. Antecedentes de la investigación.....	15
2.1.1. Antecedentes internacionales	15
2.1.2. Antecedentes nacionales	21
2.1.3. Antecedentes locales	26
2.2. Bases teóricas.....	32
2.2.1. Depresión.....	32
2.2.1.1. Neurobiología de la depresión	33
2.2.2. Concepto de adherencia terapéutica	47
2.2.3. Tratamiento farmacológico de la depresión	51
2.3. Definición de términos	66
CAPÍTULO III.....	71
MARCO METODOLÓGICO.....	71
3.1. TIPO, DISEÑO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN	71
3.1.1. Tipo de investigación	71
3.1.2. Diseño de Investigación	72
3.1.3. Nivel de Investigación	72
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	72
3.2.1. Población	72
3.2.2. Muestra	73
3.3. TÉCNICAS, PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	74
3.3.1. Técnicas.....	74

3.3.2. Instrumentos	75
3.3.3. Procedimiento	76
3.4. ANÁLISIS DE DATOS.....	77
CAPÍTULO IV	78
RESULTADOS	78
DISCUSIÓN	99
CONCLUSIONES	111
RECOMENDACIONES.....	113
REFERENCIAS BIBIOGRÁFICAS.....	114
ANEXOS.....	122

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Efectos farmacológicos de los distintos grupos de antidepresivos y su traducción clínica.....	60
Tabla 2. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental Comunitarios, según características sociodemográficas, Tacna 2023.	78
Tabla 3. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en los Centros de Salud mental Comunitarios, según características clínicas, TACNA 2023.	84
Tabla 4. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental Comunitarios, según medicamentos prescritos, Tacna 2023.....	88
Tabla 5. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental Comunitarios, según terapia farmacológica, Tacna 2023.	94
Tabla 6. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros De Salud mental Comunitarios, según adherencia terapéutica, Tacna 2023.	97

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos según Centros de Salud mental Comunitarios, Tacna 2023. ...	79
Gráfico 2. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental Comunitarios, según el sexo, Tacna 2023.	79
Gráfico 3. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental Comunitarios, según grupo etario, Tacna 2023.	80
Gráfico 4. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental Comunitarios, según el estado civil, Tacna 2023.	80
Gráfico 5. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental Comunitarios, según el grado de instrucción, Tacna 2023.	81
Gráfico 7. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental Comunitarios, según personas con quien vive, Tacna 2023.	82
Gráfico 8. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental Comunitarios, según clasificación clínica de la depresión, Tacna 2023.	85

Gráfico 9. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental Comunitarios, según diagnóstico asociado a la depresión, Tacna 2023.	85
Gráfico 10. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental Comunitarios, según psicoterapia paralela, Tacna 2023.	86
Gráfico 11. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental Comunitarios, según comorbilidad, Tacna 2023.	86
Gráfico 12. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental Comunitarios, según la prescripción de Fluoxetina, Tacna 2023.....	89
Gráfico 13. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental Comunitarios, según la prescripción de Sertralina, Tacna 2023.....	89
Gráfico 14. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental Comunitarios, según la prescripción de Risperidona, Tacna 2023.	90
Gráfico 15. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental Comunitarios, según la prescripción de Clonazepam, Tacna 2023.	90

Gráfico 16. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental Comunitarios, según la prescripción de Alprazolam, Tacna 2023.	91
Gráfico 17. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en los Centros de Salud mental Comunitarios, según la prescripción de Acido valproico, Tacna 2023.....	91
Gráfico 18. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental Comunitarios, según la prescripción de Escitalopram, Tacna 2023.	92
Gráfico 19. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental Comunitarios, según la prescripción de Mirtazapina, Tacna 2023.....	92
Gráfico 20. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental Comunitarios, según la prescripción de Amitriptilina, Tacna 2023.....	93
Gráfico 21. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de salud mental Comunitarios, según tiempo de tratamiento, Tacna 2023.	95
Gráfico 22. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental comunitarios, según la cantidad de medicamentos, Tacna 2023.....	95

Gráfico 23. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental Comunitarios, según presencia de efectos indeseados, Tacna 2023.	96
Gráfico 24. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental comunitarios, según el grado de Adherencia terapéutica, Tacna 2023.	98

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia.....	122
Anexo 2. Consentimiento informado	123
Anexo 3. Ficha de recolección de datos	124
Anexo 4. Cuestionario de adherencia a la medicación de morisky de 8 ítems (MMAS-8)	125
Anexo 5. Resultado de la encuesta de morisky según cada ítem.	126
Anexo 6. Autorización de la Red de Salud para ejecución.....	127
Anexo 7. Evidencia de ejecución del proyecto de investigación	128

RESUMEN

Objetivo: Determinar la adherencia terapéutica en pacientes con trastornos depresivos atendidos en de los C.S.M.C., Tacna 2023.

Metodología: El tipo de estudio fue observacional, prospectivo, transversal y descriptiva, con una muestra de 139 pacientes; se utilizó una ficha de recolección de datos y el cuestionario de Adherencia (MMAS-8).

Resultados: Del total de participantes, (82,7 %) fue de sexo femenino, adultos entre 31 y 60 años (51,1 %); con instrucción secundaria completa (31,7 %); ocupación independiente (26,6 %); de estado civil soltero (62,6 %); y viven con los padres (41,73 %), presentaban en mayor porcentaje un nivel moderado de depresión (89,2 %), ningún diagnóstico asociado a la depresión (70,0 %), psicoterapia paralela (76,3 %), en gran mayoría ninguno presentaba comorbilidad (84,17 %). Los medicamentos más prescritos son la Fluoxetina, Sertralina, Risperidona Clonazepam, con más de un 3 a 6 meses de tratamiento (24 %), prescripción de un medicamento (48,2 %), no presentaban efectos indeseados (96,0 %). **Conclusión:** El nivel de adherencia terapéutica que predomina es baja (69,1 %), en los pacientes con trastornos depresivos atendidos en los C.S.M.C., Tacna 2023.

Palabras clave: Adherencia terapéutica, depresión, tratamiento farmacoterapéutico.

ABSTRACT

Objective: To determine therapeutic adherence in patients with depressive disorders treated at the C.S.M.C., Tacna 2023. **Methodology:** The type of study was observational, prospective, cross-sectional and descriptive, with a sample of 139 patients; A data collection form and the Adherence questionnaire (MMAS-8) were used. **Results:** Of the total participants, (82,7 %) were female, adults between 31 and 60 years old (51,1 %); with completed secondary education level (31,7 %); independent occupation (26,6 %); single marital status (62,6 %); and live with their parents (41,73 %), a higher percentage had a moderate level of depression (89,2 %), no diagnosis associated with depression (70,0 %), parallel psychotherapy (76,3 %), the vast majority none had comorbidity (84,17 %). The most prescribed medications are Fluoxetine, Sertraline, Risperidone, Clonazepam, with more than one year of treatment (33 %), prescription of one medication (48,2 %), and no unwanted effects (96,0 %). **Conclusion:** The level of therapeutic adherence that predominates is low (69,1 %), in patients with depressive disorders treated at the C.S.M.C., Tacna 2023.

Keywords: Therapeutic adherence, depression, pharmacotherapeutic treatment.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define a la salud mental como un “estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, por lo que puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.(1) Este concepto evidencia que la salud mental es uno de los aspectos más importantes de la salud, incluso podemos indicar que la salud física, sin salud mental no tiene sentido. En estos últimos años la depresión es un problema de salud mental pública mundial; los trastornos depresivos y de ansiedad son la tercera y cuarta causa de discapacidad. (2)

Según estimaciones de la Organización mundial de la Salud, aproximadamente 280 millones de personas tienen depresión formando en mayor parte adolescentes, jóvenes y jóvenes adultos. (3)

Un factor crucial para el éxito terapéutico es la adherencia del paciente al tratamiento prescrito, la carencia y deficiencia de ella misma alterara la evolución de la misma, generando recaídas y mal pronóstico.

El tratamiento antidepresivo al igual que el tratamiento de muchas enfermedades crónicas, requiere de una buena adherencia terapéutica

para lograr los cambios esperados en la clínica del paciente. La adherencia definida como el cumplimiento por parte del paciente de las instrucciones dadas por el médico en cuanto al medicamento, cambios en el estilo de vida, asistencia a controles, entre otros, y por parte del médico tratante, a las guías ya establecidas para el manejo de dicha patología, que basadas en mayores niveles de evidencia, establecen cuáles son las mejores conductas a seguir con el paciente.(4) El presente trabajo de investigación se enfoca en conocer la adherencia en pacientes diagnosticados con trastornos depresivos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Según datos del Ministerio de Salud (MINSA) en los primeros tres meses de 2023 se atendieron 434,731 casos vinculados a la salud mental, lo que representa una tasa diaria de aproximadamente 4,830 casos. Esta cifra es un aumento significativo en comparación con los años anteriores. Por ejemplo, en 2021 se atendieron 1,368,950 casos, mientras que en 2022 se atendieron 1,631,940 casos, lo que representa un incremento del 19,21 % en solo un año, siendo la depresión una de las enfermedades más recurrentes. Esta tendencia indica que los problemas de salud mental están aumentando constantemente en Perú, lo que es un tema de gran preocupación para el MINSA y otros organismos de salud. (5)

En el Perú, el 80 % de los suicidios están asociados a la depresión severa, podemos observar que las personas muchas veces expresan este deseo que va acompañado de una disminución de su estado de ánimo, tristeza prolongada, desesperanza, una sensación de vacío y

en ocasiones irritabilidad, que no son percibidas o tomadas en cuenta por las personas de su entorno.(6)

El trastorno depresivo (o depresión) es un trastorno mental común, el cual implica un estado de ánimo deprimido o la pérdida del placer o el interés por actividades durante largos períodos de tiempo (3). Puede evolucionar en un problema grave de salud, especialmente si es recurrente y de intensidad moderada a severa. Además, puede generar un gran sufrimiento, afectando el desenvolvimiento en la vida cotidiana de una persona, afectando a todos los ámbitos de la vida, incluidas las relaciones familiares, de amistad y las comunitarias.(7)

Al respecto, el psiquiatra Jeanro Aguirre Dedios, señaló que los episodios depresivos son una de las primeras causas relacionadas con el intento de suicidio en nuestro país.(8)

La adherencia terapéutica, definida como el cumplimiento de las dosis y tiempos indicados del medicamento prescrito y la aceptación de los cambios en el estilo de vida, se considera un reto clínico que a pesar de ser poco estudiado, se ha visto que mejora considerablemente el control de los síntomas depresivos y evitando consecuencias como el suicidio.(4)

La falta de adherencia al tratamiento es un problema grave para las personas con depresión y tiene muchas consecuencias a largo plazo, incluida la recaída o recurrencia de los síntomas, depresión crónica, resultados psicosociales y funcionamiento deficientes y un aumento de las conductas suicidas, sin mencionar el impacto. sobre la utilización y los costos de los servicios de atención médica. Sin duda, identificar formas de reducir el abandono del tratamiento y mejorar la adherencia a la medicación mejorará la vida de las personas.

Con frecuencia, los pacientes que padecen trastornos depresivos interrumpen el tratamiento antidepresivo debido a los desagradables efectos secundarios de estos medicamentos, especialmente durante el primer mes de tratamiento. La buena tolerabilidad (particularmente en las primeras etapas del tratamiento), la educación del paciente y la calidad de la relación entre médicos y pacientes son factores determinantes comunes de la adherencia del paciente.(9)

El Ministerio de Salud (MINSA) atendió 280 917 casos de depresión durante el año 2023. Del total de atenciones, el 75,5 % corresponden a mujeres y el 16,5 % a menores de edad.(10)

La ciudad de Tacna cuenta con un sistema de atención especializada a través de los cinco Centros de Salud Mental Comunitarios

actualmente gestionados por el Ministerio de Salud. Estos centros brindan servicios de tratamiento a la población que enfrenta problemas de salud mental, incluyendo depresión, ansiedad, adicciones, violencia familiar y otros trastornos psicosociales de mediana y alta complejidad. Desde 2020, se han inaugurado dos nuevos establecimientos, ampliando la capacidad de atención a la población local.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema principal

¿Cuál es la adherencia terapéutica en pacientes con trastornos depresivos atendidos en los C.S.M.C., Tacna 2023?

1.2.2. Problemas específicos

- a) ¿Cuáles son las características sociodemográficas en pacientes con trastornos depresivos atendidos en los C.S.M.C., Tacna 2023?

- b) ¿Cuáles son las características clínicas en pacientes con trastornos depresivos atendidos en los C.S.M.C., Tacna 2023?
- c) ¿Cuál es la terapia farmacológica en pacientes con trastornos depresivos atendidos en los C.S.M.C., Tacna 2023?
- d) ¿Cuál es la adherencia terapéutica en pacientes con trastornos depresivos atendidos en los C.S.M.C., Tacna 2023?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Justificación Teórica:

La depresión es un trastorno mental prevalente a nivel mundial, afectando a aproximadamente 280 millones de personas (3). Se caracteriza por una tristeza persistente y una pérdida de interés en actividades que antes se disfrutaban, junto con otros síntomas como fatiga, cambios en el apetito y el sueño, y dificultad para concentrarse.

Se estima que entre el 30 % y el 70 % de los pacientes con depresión no adhieren al tratamiento completo, lo que puede tener consecuencias negativas como la recurrencia de la enfermedad, la

hospitalización y el aumento de los costos de atención médica.(11)
El Ministerio de Salud, a través del Seguro Integral de Salud (SIS), ha financiado más de 650 mil atenciones de sus asegurados por diagnósticos referidos a la depresión, desde casos moderados hasta graves.(12)

Justificación Práctica:

Los resultados de este estudio pueden tener importantes implicaciones prácticas para mejorar la atención a pacientes con depresión en Tacna.

Conocer cuáles son las dificultades y mejorar la terapia, permitirá a los profesionales de la salud mental enfocar sus esfuerzos en intervenciones específicas y mejorar la adherencia de los pacientes.

Los Químicos farmacéuticos desempeñan un papel crucial en la promoción de la adherencia terapéutica, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas como la depresión.

Con el fin de transmitir efectivamente este conocimiento, los beneficiados en el estudio serán los pacientes que son atendidos con diagnóstico de depresión. Además, beneficia al programa, los logros que representa la Dirección Regional de la Salud y por

supuesto a la salud mental de la región. Como estrategia se puede tener un impacto significativo en la salud pública y la economía, reduciendo los síntomas depresivos, mejorando la calidad de vida y disminuyendo la carga de la enfermedad, reduce la morbilidad y la mortalidad, y disminución de hospitalizaciones.

Justificación Metodológica:

Asimismo, este trabajo cobra relevancia metodológica debido a que utilizará historias clínicas y por medio de la entrevista, el instrumento de Escala de Morisky de 8 ítems. Durante la verificación bibliográfica, en bases de referencias científicas se pudo evidenciar que existen escasos estudios que abordan estas variables, no se encontró ningún estudio de adherencia en los pacientes con depresión en nuestra ciudad de Tacna.

Por lo tanto, este trabajo pretende ser un aporte académico por lo cual se utilizará de base para próximos trabajos de investigación.

1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES

El presente estudio permite obtener información de importancia sobre la adherencia en los pacientes con trastornos depresivos, que

de acuerdo a los resultados obtenidos, se puede implementar estrategias para el seguimiento terapéutico.

Parte de las limitantes fue el acceso a todos los pacientes que no asistían por abandono de la terapia, considerando que en tres C.S.M.C. la atención en Psiquiatría era por demanda desde tempranas horas, por ende, las personas no accedían a los medicamentos.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. Objetivo general

Evaluar la adherencia terapéutica en pacientes con trastornos depresivos atendidos en de los C.S.M.C., Tacna 2023.

1.5.2. Objetivos específicos

- a) Describir las características sociodemográficas en pacientes con trastornos depresivos atendidos en los C.S.M.C., Tacna 2023
- b) Enunciar las características clínicas en pacientes con trastornos depresivos atendidos en los C.S.M.C., Tacna 2023.

- c) Identificar la terapia farmacológica en pacientes con trastornos depresivos atendidos en los C.S.M.C., Tacna 2023.
- d) Evaluar la adherencia terapéutica en pacientes con trastornos depresivos atendidos en los C.S.M.C., Tacna 2023.

1.6. HIPÓTESIS

El presente estudio es descriptivo por lo cual no conlleva a la formulación de hipótesis. Los estudios descriptivos, como la evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes con depresión, no requieren de hipótesis formales para ser considerados investigaciones rigurosas y relevantes, tienen como objetivo principal caracterizar o describir una situación o fenómeno, sin buscar establecer relaciones causales o explicar su origen, proporcionando información valiosa para la comprensión del problema y el desarrollo de futuras investigaciones. La ausencia de hipótesis no resta valor a este tipo de estudios, sino que permite una mayor flexibilidad y apertura en la exploración de la realidad estudiada. (13)

1.7. DETERMINACIÓN DE VARIABLES

Variable 1

Características sociodemográficas de los pacientes con trastornos depresivos atendidos en los C.S.M.C., Tacna 2023

Variable 2

Características clínicas de los pacientes con trastornos depresivos atendidos en los C.S.M.C., Tacna 2023

Variable 3

Terapia farmacológica en pacientes con trastornos depresivos atendidos en los C.S.M.C., Tacna 2023

Variable 4

Adherencia terapéutica en pacientes con trastornos depresivos atendidos en los C.S.M.C., Tacna 2023

1.8. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
CARACTERÍSTICAS GENERALES	Es todo aquel aspecto o particularidad que identifica a cada paciente.	Conjunto de características sociodemográficas y clínicas que presenta el paciente para el presente estudio obtenido mediante la ficha de recolección.	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	LUGAR DE ATENCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> C.S.M.C. Valle Pocollay C.S.M.C. Jorge Basadre C.S.M.C. Villa Tacna C.S.M.C. Villa Norte C.S.M.C. La Heroica 	RAZÓN
				SEXO	<ul style="list-style-type: none"> Femenino Masculino 	NOMINAL
				GRUPO ETARIO	<ul style="list-style-type: none"> Joven: Entre 18-30 años. Adulto: Entre 31 - 60 años Adulto mayor: 61 a más años 	RAZÓN
				ESTADO CIVIL	<ul style="list-style-type: none"> Soltero Casado/conviiviente Separado/Divorciado Viuvo 	NOMINAL
				GRADO DE INSTRUCCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Sin instrucción Primaria Secundaria Superior 	ORDINAL
				OCUPACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Sin ocupación Ama de casa Estudiante Dependiente Independiente 	NOMINAL
				TIPO DE CONVIVENCIA	<ul style="list-style-type: none"> Solo Con padre/madre Con pareja Con hijos Hermanos Otros 	NOMINAL
			CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LA DEPRESIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Leve Moderado Grave 	NOMINAL
				DIAGNÓSTICO ASOCIADO	<ul style="list-style-type: none"> Ninguna Trastorno de personalidad Trastorno de ansiedad Generalizada Trastorno mental debido al consumo de alcohol Síndrome de maltrato Episodio psicótico Otros 	NOMINAL
				PSICOTERAPIA PARALELA	<ul style="list-style-type: none"> Si No 	NOMINAL
				COMORBILIDAD	<ul style="list-style-type: none"> Ninguna HTA DM2 Asma Hipotiroidismo Gastritis Otros 	NOMINAL

VARIABLES DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
Terapia farmacológica	Es la aplicación de fármacos en la curación y/o prevención de las enfermedades. (14)	Corresponde a los medicamentos prescritos, tiempo de tratamiento, cantidad de medicamentos y presencia de efectos indeseados que presenta el paciente	Medicamentos prescritos a los pacientes con trastornos depresivos atendidos en los C.S.M.C., Tacna 2023	Fluoxetina Sertralina Risperidona Clonazepam Alprazolam Ácido Valproico Escitalopram Mirtazapina Amitriptilina	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	NOMINAL
			Características de la terapia farmacológica a los pacientes con trastornos depresivos atendidos en los C.S.M.C., Tacna 2023	Tiempo de tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • < de 3 meses • Entre 3 a 6 meses • De 6 a 12 meses • Más de 1 año • Más de 2 años 	
				Cantidad de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Con 1 medicamento • Con 2 medicamentos • Con 3 medicamentos • Con 4 medicamentos 	
				Efectos indeseados	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	

VARIABLES DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	Es la conducta que manifiesta un paciente al seguir el régimen farmacoterapéutico conforme a las instrucciones proporcionadas por el personal de salud (15)	Cumplimiento de la toma de Medicación según Escala de Morisky de 8 ítems.	ADHERENCIA	TEST MORISKY	<ul style="list-style-type: none"> • Baja • Media • Alta 	Ordinal

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Antecedentes internacionales

Marinez D., et al.(16), en Bogotá en el año 2023, desarrollaron un estudio titulado **“Evaluación de la adherencia al tratamiento con fármacos antidepresivos en jóvenes de una localidad de Bogotá D.C durante el periodo 2020-2023”** El objetivo fue establecer la tasa de adherencia al tratamiento farmacológico antidepresivo en jóvenes de la localidad de Suba (Bogotá) durante el periodo de 2020 y 2023. La muestra fue de 232, de 215 jóvenes encuestados con respuestas válidas, 41 tomaron antidepresivos en ese periodo de tiempo, obteniendo una prevalencia del 19 %. Una vez establecido los jóvenes con consumo de antidepresivos se evidencia que sólo 3 son altamente adherentes y tiene una adherencia media (30) y

baja (8), es decir que la tasa de adherencia a fármacos antidepresivos es del 7,3 %. Concluyeron que la tendencia era baja a la adherencia en antidepresivos debido al abandono que tenía la persona con referente a los medicamentos.

Restrepo J., et al.(17), en Colombia en el año 2019, realizaron un estudio titulado: **“Adherencia a terapias antidepresivas en pacientes con trastornos depresivos que acuden a un consultorio ambulatorio en un hospital público de salud mental, Antioquia, Colombia en 2017”**. Este estudio tuvo como objetivo evaluar el nivel de adherencia a las terapias antidepresivas y factores asociados en pacientes con trastornos depresivos. Se realizó un estudio analítico transversal en pacientes diagnosticados con trastornos depresivos. La muestra fue por conveniencia y se diseñó una encuesta que incluyó variables sociodemográficas, clínicas y terapéuticas. Se utilizaron el test de Morisky-Green, el Cuestionario de Creencias sobre Medicamentos y el Cuestionario Simplificado de Adherencia a la Medicación. En este estudio participaron 54 pacientes con una edad promedio

de $49,5 \pm 13,7$ años, y el 83,3 % eran mujeres. Todos los pacientes fueron diagnosticados con depresión mayor. El 25 % también padecía un trastorno de ansiedad. Según la prueba de Morisky-Green, sólo el 37 % de los pacientes cumplieron con el tratamiento farmacológico, aunque esto no fue estadísticamente significativo. Concluyendo que las mujeres cumplieron menos que los hombres (33,3 % versus 55,6 %; $p = 0,21$).

Torres A., et al.(18), en Cuba en el año 2019 realizaron un estudio titulado **“Factores asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes con depresión”** en el período comprendido entre enero a diciembre de 2017. El objetivo del estudio fue identificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con depresión. De los 33 pacientes analizados, el 66,7 % eran mujeres, aunque no se encontraron diferencias significativas en términos de distribución entre hombres y mujeres. Se observó una mayor falta de adherencia entre las mujeres, representando el 63,6 % de la población estudiada. Se concluyó que tanto el cumplimiento del tratamiento

farmacológico como no farmacológico fueron factores estadísticamente significativos asociados con la adherencia al tratamiento en pacientes con depresión. Aspectos como el sexo, la edad, la residencia, el nivel educativo, la ocupación, los recursos económicos, el conocimiento de la enfermedad, la complejidad del tratamiento, las reacciones adversas a los medicamentos, el costo del tratamiento, las instrucciones médicas, el seguimiento y la relación médico-paciente influyeron en la adherencia al tratamiento, aunque no de manera estadísticamente significativa.

Tadesse A., et al.(19), en Etiopia en el año 2017, realizaron una investigación titulada: **“Reacciones adversas a los medicamentos, adherencia a la medicación y resultados clínicos autoinformados entre pacientes con trastorno depresivo mayor en Etiopía: un estudio prospectivo hospitalario”**. Su objetivo fue determinar el nivel de adherencia y el resultado clínico de los antidepresivos y la magnitud de sus reacciones adversas medicamentosas (RAM). Utilizaron la Escala de medición de adherencia a la medicación ocho de Morisky. Participaron en el estudio 217

pacientes, más de la mitad de ellos varones (122; 56,2 %). Más de la mitad de los sujetos tenían una baja adherencia a sus medicamentos (124; 57,1 %) y alrededor de 186 (85,7 %) de los pacientes sufrieron reacciones adversas medicamentosas. La RAM más común fue el aumento de peso (29; 13,2 %). Más de la mitad (125; 57,6 %) de los encuestados mostraron mejores resultados clínicos. El nivel óptimo de adherencia a la medicación disminuyó la probabilidad de un resultado clínico deficiente en un 56,8%. Concluyeron que las reacciones adversas medicamentosas fueron más frecuentes. Sin embargo, la adherencia a los medicamentos fue muy pobre en el establecimiento. La larga duración de la depresión afecta negativamente la tasa de adherencia. Además, se descubrió que la adherencia influye en el resultado clínico de los pacientes con depresión.

Torres A.(20), en Chile en el año 2016, realizó un estudio titulado: **“Caracterización de la adherencia al tratamiento antidepresivo en mujeres atendidas en el hospital de río bueno durante el período 2014-2015”**. El estudio se propuso analizar los comportamientos terapéuticos de

mujeres con problemas depresivos en Río Bueno, los cuales recibieron o reciben atención en el programa de salud mental de la red pública. Para evaluar la adherencia al tratamiento se utilizó el Test de Hermes; para medir el conocimiento sobre la enfermedad, el Test de Batalla; y para valorar las creencias y preocupaciones sobre la medicación, se empleó el cuestionario BMQ modificado. Además, se realizaron entrevistas semiestructuradas para complementar la información y detectar casos de automedicación. De las 35 pacientes entrevistadas, el 54 % mostraron adherencia a su tratamiento, Los factores sociodemográficos, como la edad, la ocupación y la presencia de comorbilidades, fueron los más influyentes. En contraste, el conocimiento y las creencias sobre la enfermedad y la medicación demostraron tener menor relevancia, señalando que la falta de adherencia al tratamiento antidepresivo es frecuente debido al abandono de la terapia. También se encontró que los efectos adversos e interacciones farmacológicas afectan más a los pacientes polimedicados y con múltiples patologías. El resultado terapéutico, evaluado en términos de persistencia de ideación suicida, es positivo, dado que el 51 % de las pacientes no

muestra esta característica, lo que indica una disminución del riesgo suicida en este grupo.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Escobar F.(21), Chimbote 2020, realizó un estudio titulado: **Prevalencia del uso de antidepresivos en pacientes atendidos por consulta externa en el hospital III ESSALUD, Chimbote. Octubre - diciembre 2020.** Con el propósito de determinar la prevalencia del uso de antidepresivos en pacientes atendidos por consulta externa en el Hospital III ESSALUD, Chimbote, entre octubre y diciembre de 2020. Este estudio, de tipo básico y nivel descriptivo, adoptó un diseño transversal con un enfoque cuantitativo y no experimental. La muestra consistió en 2394 pacientes, cuyos datos fueron obtenidos de la base de datos del hospital y analizados utilizando Microsoft Office Excel 2013. Los resultados indicaron que, según los patrones de uso, el 61,3 % de los pacientes que consumen antidepresivos tienen más de 60 años. La morbilidad más frecuente que motivó el uso de antidepresivos fue la distimia, con un 20 %.

El antidepresivo más utilizado fue el Clorhidrato de Sertralina, con un 49,2 %, y la forma farmacéutica más común fueron las tabletas, con un 80,3 %. Concluye que la prevalencia del uso de antidepresivos fue del 14,4 %.

Salinas K.(22), Arequipa 2018, realizó en estudio 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”** El objetivo del estudio fue identificar los factores que contribuyen a la no adherencia al tratamiento en pacientes con depresión, analizando diversas variables que pueden influir en la adherencia al tratamiento antidepresivo. Se evaluaron 101 historias clínicas, revelando que el 52,0 % de los pacientes no adherentes eran mujeres. Esto sugiere que el sexo femenino presenta una mayor prevalencia en este diagnóstico y es un factor significativamente asociado a la no adherencia al tratamiento antidepresivo. Otro factor identificado fue el ingreso económico de los pacientes, encontrándose que aquellos con mayores ingresos tienen una mayor predisposición a abandonar el tratamiento.

Asimismo, el tipo de tratamiento farmacológico también se asoció al abandono del tratamiento.

Cienfuegos E., et al.(23), Lima 2018, realizó un estudio titulado: **“Seguimiento farmacéutico de ansiolíticos y antidepresivos en un grupo de pacientes del hospital militar central, Lima”** El objetivo del estudio fue evaluar el seguimiento farmacéutico de ansiolíticos y antidepresivos en un grupo de pacientes con depresión y ansiedad atendidos en el Hospital Militar Central. Se seleccionó una muestra de 80 pacientes con síndrome depresivo y ansiedad, dividiéndolos en dos grupos: un grupo experimental, que recibió atención farmacéutica a través de cuatro sesiones de seguimiento y capacitación sobre las propiedades de los fármacos prescritos, y un grupo de control, que no recibió dicha atención. Al grupo experimental se le aplicó el cuestionario “ESTA” para evaluar su conocimiento sobre los fármacos y su satisfacción con el tratamiento. Los resultados, analizados mediante la prueba estadística U de Mann Whitney, mostraron una diferencia significativa entre los pacientes del grupo experimental y el grupo de control. Se

concluyó que la atención farmacéutica tiene un impacto significativo en el conocimiento y la satisfacción de los pacientes con respecto a los fármacos antidepresivos, lo que contribuye a su mejora.

Castillo E.(24), en Lima 2016, realizó un estudio titulado: **“Grado de adherencia al tratamiento antidepresivo en pacientes ambulatorios de salud mental del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, setiembre-diciembre, 2016”** El objetivo del estudio fue determinar el grado de adherencia al tratamiento antidepresivo en pacientes ambulatorios de salud mental. La muestra incluyó a 50 pacientes mayores de 18 años con un tratamiento antidepresivo de al menos un mes, quienes acudían ambulatoriamente para control de su depresión o consultas relacionadas. Se utilizó el test de Morisky-Green-Levine para recopilar los datos de interés. El procesamiento y análisis de datos se realizó con Microsoft Excel. De las 50 encuestas válidas, 34 pacientes (68 %) mostraron baja adherencia, 10 pacientes (20 %) presentaron adherencia media y 6 pacientes (12 %) mostraron alta adherencia. Se determina que hay una

baja tasa de cumplimiento con el tratamiento antidepresivo entre los pacientes que reciben atención ambulatoria en el servicio de salud mental del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

De la Paz C.(25), en Trujillo 2016, realizó un estudio titulado **“Factores relacionados a la no adherencia al tratamiento antidepresivo en pacientes de psiquiatría del Hospital Regional Docente De Trujillo, Febrero-Marzo 2016”** El objetivo del estudio fue identificar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento antidepresivo en pacientes de psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo, quienes acudieron a consulta externa durante febrero y marzo de 2016. Este estudio descriptivo-relacional transversal se llevó a cabo en el consultorio externo de psiquiatría del hospital. Se encuestó a pacientes diagnosticados con depresión y en tratamiento, utilizando un cuestionario diseñado por el autor para recopilar los factores relevantes. Se llevaron a cabo análisis bivariados para explorar las relaciones entre las variables. De las 91 encuestas válidas, se identificaron 51 pacientes como no adherentes y 40 como adherentes al

tratamiento. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) en relación con la edad, el uso de múltiples medicamentos, las actitudes hacia la medicación, la percepción de la enfermedad y la satisfacción con el tratamiento antidepresivo entre ambos grupos. Concluye que la edad, la polifarmacia, las actitudes hacia la medicación, la percepción de la enfermedad y la satisfacción con el tratamiento antidepresivo son factores asociados con la falta de adherencia terapéutica en pacientes con depresión.

2.1.3. Antecedentes locales

Pacara G.(26), año 2023, realizó un estudio titulado: Desarrollo el estudio titulado: **“Depresión y ansiedad en pacientes adultos atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Villa Tacna durante la pandemia por Covid-19, periodo marzo 2020 a octubre 2022”**. El objetivo del estudio fue investigar el tipos de trastorno depresivo y ansiedad, además de los perfiles sociodemográficos y clínicos de los adultos que recibieron atención en el Centro de Salud Mental Comunitario "Villa Tacna" durante la crisis de COVID-19. Este estudio, de naturaleza descriptiva,

observacional, retrospectiva y transversal, se basó en la revisión de historias clínicas de pacientes adultos diagnosticados con ansiedad o depresión. Se revisaron 96 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de depresión, revelando que el 79,2 % presentaba un cuadro de depresión de intensidad moderada. El 35,4 % de estos pacientes tenía entre 18 y 29 años, el 87,5 % eran mujeres, y el 82,3 % de los pacientes presentaba comorbilidades psiquiátricas, mientras que el 69,8 % no tenía comorbilidades médicas. En el análisis de la ansiedad, se revisaron 292 historias clínicas, de las cuales el 74 % correspondían a un problema mixto de ansiedad y depresión. De estos pacientes, el 36,3 % tenía entre 18 y 29 años, y el 71,9 % eran mujeres, el 58,2 % presentaba comorbilidades psiquiátricas, y el 60,6 % no tenía comorbilidades médicas, predominando también la ausencia de comorbilidades familiares (53,1 %). En conclusión, la depresión moderada fue el tipo más frecuente de depresión y el trastorno mixto ansioso-depresivo fue el tipo más común de ansiedad. Tanto en depresión como en ansiedad, los registros fueron más altos en pacientes de 18 a 29 años, mayoritariamente mujeres, con educación secundaria,

presencia de comorbilidades psiquiátricas y ausencia de comorbilidades médicas.

Anquise A.(27), año 2021, realizó un estudio titulado: **“Niveles de depresión en pacientes adultos atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Valle Pocollay, durante la pandemia por Covid-19”** El propósito del estudio fue examinar la fluctuación "en las tasas de prevalencia de los niveles de depresión en adultos que recibieron atención en el Centro de Salud Mental Comunitario "Valle Pocollay" durante la pandemia de COVID-19. El estudio adoptó un enfoque descriptivo longitudinal retrospectivo mediante un diseño observacional no experimental. Se analizaron los registros de pacientes diagnosticados con depresión y tratados en este centro de salud, con edades comprendidas entre 20 y 60 años. Se examinaron 2128 registros de atención, identificando 1169 pacientes dentro del rango de edad especificado. La frecuencia de la depresión se registró en un 53 %, con una predominancia significativa en mujeres (78,4 %) frente a hombres (21,8 %). La condición depresiva mostró una mayor incidencia en individuos jóvenes que ocupaban empleos de nivel básico y que también presentaban

trastornos vinculados al uso de sustancias y adicciones. Se concluyó que la prevalencia de depresión fue del 53% (en 2019: 54,8 %; en 2020: 51,1 %). El nivel de depresión más frecuente fue el moderado, afectando al 44,4% de los pacientes (en 2019: 42 %; en 2020: 46,7 %). Las características sociodemográficas más frecuentes entre los pacientes incluyeron ser de sexo femenino, tener edades jóvenes, estar soltero/a, tener educación superior, desempeñar ocupaciones de nivel elemental y presentar trastornos relacionados con sustancias y adicciones.

López J., (28), año 2020, **“Prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna febrero 2020”** El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de depresión entre los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en febrero de 2020. Se llevó a cabo un estudio descriptivo de corte transversal, enfocado en determinar la prevalencia puntual de depresión. Se aplicó la Prueba de Depresión de Beck-II a los pacientes ingresados en dicho servicio hospitalario. Resultados: Se evaluaron un total de 42

pacientes, compuestos por un 59,5 % de varones y un 40,5 % de mujeres. Se encontró una prevalencia de depresión del 69,1 % en ambos sexos. La depresión fue más frecuente entre pacientes con educación primaria y entre mujeres solteras. Conclusiones: Se observó una alta prevalencia de depresión entre los pacientes hospitalizados, siendo las mujeres más propensas a sufrir niveles más severos de depresión en comparación con los varones. Además, se detectó una mayor incidencia de depresión entre aquellos con menor nivel educativo y entre las mujeres solteras que fueron hospitalizadas.

Nina E. (29), año 2019, realizó el estudio titulado **“Niveles de ansiedad y depresión en pacientes que acuden a la consulta de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, mayo a junio del 2019”** Como objetivo fue determinar niveles de ansiedad y depresión en pacientes que acuden a la consulta de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna los meses de mayo y junio del 2019. El estudio que utilizó fue un diseño descriptivo transversal y correlativo, de naturaleza observacional no experimental. Se utilizó la escala de Zung para evaluar los niveles de ansiedad y depresión, y

se aplicó la prueba T de Student para analizar la relación entre estos dos trastornos. La muestra de estudio incluyó a 100 pacientes atendidos en la zona de triaje de la atención de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, en los meses de mayo – junio, 2019. Se obtuvo que un 3 % de los pacientes observamos niveles máximos de ansiedad, y un 10 % mostraron niveles extremos de depresión. Se observó que el 57,41 % de las mujeres y el 41,31 % de los hombres presentaban ciertos niveles de depresión. En cuanto a la ansiedad, el 72,22 % de las mujeres y el 52,17 % de los hombres mostraron ciertos niveles de este trastorno. En conclusión, el estudio reveló una prevalencia significativa de ansiedad y depresión en los pacientes del servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período estudiado, con una mayor incidencia en mujeres tanto para la depresión como para la ansiedad.

Contreras F.(30), año 2006 **“Ansiedad y depresión en pacientes de consulta externa psiquiátrica del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2006”** Con el propósito de determinar la prevalencia e incidencia de la ansiedad y la

depresión en los pacientes que acuden a consulta externa psiquiátrica, se revisaron las historias clínicas de aquellos atendidos durante los años 2004 y 2005. Los criterios de inclusión fueron tener un diagnóstico de trastorno mixto ansioso-depresivo, independientemente de si era un caso nuevo, continuador o de reingreso, tener edades comprendidas entre 16 y 65 años, y que las historias clínicas contuvieran todos los datos necesarios según el instrumento de evaluación. Durante el periodo estudiado, se registraron 3468 pacientes atendidos en el consultorio de psiquiatría, de los cuales 88 fueron seleccionados para el estudio. La incidencia fue del 1,2 % en 2004, duplicándose al 2,9 % en 2005, mientras que la prevalencia fue del 2,25 % en 2004, aumentando al 2,83 % en el año siguiente.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Depresión

Según la quinta edición del “Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM-5), la depresión es un trastorno del estado de ánimo, donde la principal

característica es una alteración del humor y, según su temporalidad y origen sintomático. (31)

La depresión es una alteración del humor en la que destaca un ánimo deprimido, falta de energía y/o pérdida de interés, o de la capacidad para disfrutar u obtener placer (anhedonia), que afecta la vida de la persona, durante la mayor parte del día y durante al menos dos semanas. (31)

La enfermedad depresiva, es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas tienen más probabilidades de sufrir depresión. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión.(3)

2.2.1.1. Neurobiología de la depresión

Alteraciones estructurales y funcionales de las áreas cerebrales implicadas en la depresión

Los estudios de imagen cerebral en pacientes con depresión presentan alteraciones estructurales en varias regiones del cerebro, incluyendo el hipocampo, la amígdala y la corteza prefrontal.

En el Hipocampo se ha observado una disminución del volumen de la sustancia gris y blanca en el hipocampo de pacientes con depresión, especialmente en el lado izquierdo, y puede provocar aumento de los infartos cerebrales silenciosos.(32)

Los resultados sobre el volumen de la amígdala son inconsistentes, con algunos estudios que reportan una disminución en pacientes no medicados y otros que encuentran un aumento en pacientes medicados.(33)

En la Corteza prefrontal, se ha encontrado una reducción del volumen de la corteza orbitofrontal y alteraciones en la densidad neuronal y glial en la corteza del cíngulo anterior en pacientes con depresión, lo que podría afectar la función ejecutiva y la regulación emocional. Estas alteraciones en la corteza prefrontal podrían estar relacionadas con los síntomas cognitivos y emocionales de la depresión.(34)

Como la glía tiene una importante influencia metabólica en las neuronas y contribuye a la función sináptica y a la neurotransmisión, los resultados implican que las anomalías de la función glial pudieran minar la función neuronal y predisponer al trastorno depresivo mayor.(35)

La severidad de la depresión correlaciona con mayor metabolismo de la glucosa en el sistema límbico, la corteza prefrontal ventromedial y temporal, partes de la corteza parietal inferior, el tálamo y áreas ventrales de los ganglios basales y del mesencéfalo. Los síntomas psíquicos de la depresión, como el ánimo depresivo, las cogniciones negativas y la ideación suicida, correlacionan positivamente con el metabolismo de la glucosa en un área amplia de la región ventral y de la línea media. La pérdida de motivación correlaciona negativamente con una extensa red de regiones corticales dorsales, que incluyen la corteza prefrontal dorso-lateral, corteza parietal dorsal y la corteza de asociación dorsal temporal. Las alteraciones en el sueño correlacionan con mayor

actividad en diversas estructuras corticales y subcorticales en los pacientes mientras se encontraban despiertos.(36)

Teoría de monoaminas

La teoría más ampliamente aceptada involucra cambios en los niveles de neurotransmisores cerebrales, específicamente noradrenalina, dopamina y serotonina. Según la teoría de las catecolaminas, sugiere que la depresión resulta de una deficiencia relativa o absoluta de norepinefrina en sinapsis cerebrales específicas, mientras que en trastornos como la manía podría existir un exceso de esta sustancia. Posteriormente, se planteó que la disminución de serotonina juega un papel crucial en la etiología de la depresión. Se postula además que el déficit de serotonina se debe a una reducción congénita de las células que utilizan este neurotransmisor, lo que lleva a una disminución subsiguiente de la enzima monoaminoxidasa (MAO), encargada de degradar tanto las catecolaminas como la serotonina. Se formularon estas teorías ante la búsqueda del cómo actúan y los posibles efectos de los psicofármacos.(37)

Desde esta perspectiva, los antidepresivos tricíclicos actúan mediante la reducción de la recaptación de monoaminas y el aumento de su disponibilidad en la hendidura sináptica, mientras que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) disminuyen la recaptación específicamente de serotonina. Por otro lado, los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) incrementan los niveles de neurotransmisores al bloquear su degradación.

Otros receptores relevantes en la etiología incluyen los receptores adrenérgicos alfa-2 y beta, cuya actividad aumentada ha sido observada en estudios de pacientes suicidas, tanto a nivel de plaquetas como cerebral. La inhibición de la recaptación de noradrenalina conduce a una mayor actividad de los receptores alfa-2 presinápticos, implicados en el origen de la depresión. Además, opioides y neuropéptidos como la sustancia P, Y y el factor liberador de la corticotrofina (CRF) también juegan roles significativos en este trastorno. Considerar la depresión como resultado de la deficiencia de un solo neurotransmisor sería una simplificación, ya que es

probable que existan otros desequilibrios. Además de la serotonina y la noradrenalina, también intervienen el ácido gamma aminobutírico (GABA), glutamato, dopamina y acetilcolina. Las teorías contemporáneas sugieren cambios a nivel de la neurona postsináptica, incluyendo alteraciones en mensajeros secundarios y terciarios, así como modificaciones en la membrana (proteína G), influencias sobre el glutamato y el calcio intracelular. Variaciones en factores que afectan el crecimiento neuronal y la apoptosis pueden incrementar la atrofia neuronal y la muerte celular, particularmente en áreas como el hipocampo. Estas transformaciones pueden ser reversibles al inicio pero con el paso del tiempo pueden darse de manera permanente.(38)

Teoría neurotrófica de la depresión

Los factores neurotróficos son los principales reguladores del desarrollo y adaptabilidad de la red neuronal. El BDNF es el factor neurotrófico derivado del cerebro perteneciente a la clase de las neurotrofinas, presente tanto en el Sistema Nervioso Central como en el sistema nervioso periférico. Es producido y liberado por neuronas,

y ejerce su efecto sobre diversas líneas celulares nerviosas. Puede ser liberado tanto en las sinapsis como fuera de ellas, e interactúa con receptores de la familia de la tirosina quinasa a nivel presináptico y postsináptico. Además de su papel en la neurogénesis y en la supervivencia celular, el BDNF es un importante mediador de eficacia sináptica, conectividad neuronal y plasticidad neuronal. (39)

El factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) está implicado en la fisiopatología de trastornos del estado de ánimo tales como la depresión mayor o el trastorno bipolar.(35) En este sentido se ha demostrado que el estrés crónico disminuye la expresión de diferentes factores neurotróficos, lo que puede contribuir a la aparición de las alteraciones morfofuncionales halladas post mortem en cerebros de sujetos diagnosticados previamente de depresión.(40)

Teoría inflamatoria de la depresión

Otro factor biológico relevante son los mediadores inflamatorios. Se está investigando la hipótesis de que las

citoquinas puedan desempeñar un papel en el desarrollo de la depresión asociada al estrés crónico y la disfunción inmune. Las citoquinas son proteínas que funcionan como mensajeros químicos y reguladores de otras células del sistema inmune, encargadas principalmente de modular la respuesta inflamatoria frente a antígenos patógenos. Pueden ser proinflamatorias como las interleucinas (IL1 e IL6) o el factor de necrosis tumoral (TNF) o antiinflamatorias como interleucinas (IL4, IL8, IL10 o IL3).(41)

La regulación de los mecanismos inflamatorios en el cuerpo está bajo el control de células específicas como la microglía y los astrocitos. La activación de estos últimos, inducida por moléculas como el TNF-alfa y la IL1, resulta en la producción de IL6. Este proceso no solo influye de manera compleja en la neuroprotección y la neurodegeneración, sino que también juega un papel crucial en mantener el equilibrio homeostático del sistema nervioso. Las citoquinas adicionales en la inflamación patológica son capaces de saturar los transportadores en la barrera hematoencefálica, entrando en el cerebro y

aumentando aún más el nivel de citoquinas proinflamatorias.(42)

En animales cuando se bloquean las citoquinas proinflamatorias se puede producir un efecto antidepresivo y según estudios clínicos, estas citoquinas tienen un papel muy importante en pacientes depresivos, en especial, aquellos que tienen condiciones físicas de morbilidad.(43)

2.2.1.2. Cuadro clínico de la depresión

La Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10) clasifica la depresión mayor dentro los trastornos del humor o afectivos (F30- F39). La categoría F32 incluye el episodio depresivo y la F33 la de trastorno depresivo recurrente, y la primera se subdivide a su vez en:(44)

F32.0 Episodio depresivo leve

F32.1 Episodio depresivo moderado

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

F32.8 Otros episodios depresivos

F32.9 Episodio depresivo, no especificado

El cuadro clínico en los episodios típicos, tanto leves como moderados o graves, el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se halla perturbado, en tanto que disminuye el apetito. Casi siempre decaen la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves. El decaimiento del ánimo varía poco de un día al siguiente, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los así llamados síntomas “somáticos”, tales como la pérdida del interés y de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual, el empeoramiento de la depresión por las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida del apetito, de peso y de la libido. El episodio depresivo puede ser calificado

como leve, moderado o grave, según la cantidad y la gravedad de sus síntomas.(45)

a) F32.0 Episodio depresivo leve

Pocos o ningún síntoma más que los necesarios para cumplir los criterios diagnósticos, la intensidad de los síntomas causa malestar, pero es manejable, y los síntomas producen poco deterioro en el funcionamiento social o laboral.(31)

b) F32.1 Episodio depresivo moderado

Por lo común están presentes cuatro o más de los síntomas antes descritos y el paciente probablemente tenga grandes dificultades para continuar realizando sus actividades ordinarias, mayor dificultad para poder desarrollar las actividades domésticas, laborales o sociales.(45)

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, son frecuentes las ideas y las acciones suicidas y se considera que la presencia de síntomas somáticos se encuentra durante un episodio depresivo grave.(31)

d) F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Al igual que en el episodio depresivo mayor sin síntomas psicóticos, se siguen las mismas pautas diagnósticas, pero se añaden características adicionales como el letargo depresivo y la presencia de alucinaciones e ideas delirantes. Las ideas delirantes pueden incluir pensamientos de pesimismo extremo o de catástrofe inminente, con el paciente sintiéndose responsable de estos eventos. Además, pueden manifestarse ideas de culpa, ruina y pecado. En cuanto a las alucinaciones, estas suelen ser olfativas, percibiendo olores desagradables como carne o pescado en descomposición, y auditivas, con voces que difaman o

acusan al paciente. Pueden ser de tipo congruentes o no con el estado de ánimo (no implica los temas depresivos típicos de incapacidad personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido) o el contenido es una mezcla de temas congruentes e incongruentes con el estado de ánimo.(45)

e) F32.8 Otros episodios depresivos (45)

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, se pueden observar combinaciones diversas de síntomas depresivos, predominantemente de tipo somático, junto con otros síntomas como malestar, preocupación, tensión o una mezcla de síntomas depresivos somáticos acompañados de cansancio o dolor persistente de origen no orgánico. Este tipo de presentación clínica es común en las interconsultas hospitalarias, Comprende:

➤ Depresión atípica: Es un subtipo de la depresión mayor que se caracteriza por la presencia de síntomas específicos que la diferencian de la depresión típica, como la reactividad del estado de ánimo: Las personas con depresión atípica experimentan una mejora temporal del estado de ánimo en respuesta a eventos positivos, incluso si estos son pequeños o transitorios. O dos o más de las siguientes:(46)

- Notable aumento de peso o del apetito.
- Hipersomnias.
- Parálisis plúmbea (es decir, sensación de pesadez plúmbea en brazos o piernas).
- Patrón prolongado de sensibilidad de rechazo interpersonal (no limitado a los episodios de alteración del estado de ánimo) que causa deterioro social o laboral importante.(31)

➤ Episodios aislados de depresión "enmascarada" sin especificación: Este tipo de depresión es

aquella en la que el síntoma principal por el que se queja el afectado no es de tipo psicológico, como puede ser una profunda tristeza o una gran apatía, sino físico. Su depresión queda silenciada por todos los dolores y molestias orgánicas que vive cada día y son estos síntomas físicos por los que acude a ayuda profesional.(47)

e) F32.9 Episodio depresivo, no especificado

Es una categoría diagnóstica utilizada para clasificar a las personas que presentan síntomas depresivos significativos que causan malestar o deterioro en su vida diaria, pero que no cumplen todos los criterios para un diagnóstico específico de depresión mayor, depresión atípica o cualquier otro trastorno depresivo de la CIE-10.(31)

2.2.2. Concepto de adherencia terapéutica

Para la Organización Mundial de la Salud, la adherencia terapéutica se define como “el grado en

que el comportamiento de una persona en tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas con el prestador de asistencia sanitaria.

Para hacer referencia a la puesta en práctica o a la ejecución de las recomendaciones de salud y/o terapéuticas se han utilizado indistintamente los términos “cumplimiento” y “adherencia”. Hablar de cumplimiento refleja una conducta meramente pasiva (por parte del paciente) o activa (por parte del médico y/o personal sanitario), dando así importancia o “culpando” sólo a una de las dos partes. Por otro lado, la adherencia terapéutica implica una diversidad de conductas, siendo considerada como un fenómeno múltiple y complejo y refiriéndose al grado en el que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones acordadas entre el profesional sanitario y el paciente.(48)

Por lo tanto, este término engloba responsabilidad de las “dos partes” (paciente y médico), donde resalta

tanto la participación activa del paciente como la responsabilidad del médico para crear una adecuada comunicación que facilite la toma de decisiones compartidas. (48)

Haynes y Sackett definieron este concepto como “la medida con la que el paciente modifica su conducta, orientándola hacia la ingesta del medicamento o a las medidas recomendadas por el médico”.

La adherencia a la medicación también se puede definir como el proceso mediante el cual un paciente actúa dentro del rango y dosis prescritos de un régimen posológico, descrito por tres fases cuantificables: 1) inicio, cuando el paciente toma la primera dosis; 2) implementación, definida como el proceso en el que la dosificación real de un paciente corresponde al régimen de dosificación prescrito; y 3) interrupción, cuando se omite la siguiente dosis a tomar y no se toman más dosis a partir de entonces.(49)

En este sentido, el incumplimiento de los medicamentos prescritos adecuadamente sigue

siendo un desafío importante en la práctica psiquiátrica clínica actual que compromete la eficacia de los tratamientos disponibles e interfiere con la recuperación del paciente.

El impacto del incumplimiento de los antidepresivos aumenta la probabilidad de recaída y/o recurrencia, visitas al departamento de emergencias y tasas de hospitalización; aumenta la gravedad de los síntomas y disminuye la respuesta al tratamiento y las tasas de remisión. La falta de adherencia se traduce posteriormente en un aumento de la utilización médica y total de la asistencia sanitaria. La literatura disponible muestra tasas de adherencia a la medicación primaria (cuando un paciente surte adecuadamente la primera receta de un nuevo medicamento) que oscilan entre el 74 y el 82%, pero desafortunadamente, aproximadamente el 50% de los pacientes interrumpen prematuramente el tratamiento.(50)

2.2.3. Tratamiento farmacológico de la depresión

El tratamiento antidepresivo farmacológico se reserva para los episodios moderados a severos (y en algunos casos específicos para los leves). En el tratamiento de la depresión, se emplea una clase de medicamentos psicotrópicos conocidos como antidepresivos, los cuales varían en su estructura química y en cómo afectan la neurotransmisión cerebral. Dependiendo de su mecanismo de acción, se pueden clasificar en varios grupos de antidepresivos:

2.2.2.1. Psicofármacos empleados en el tratamiento

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

La Fluoxetina, el primer inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) que revolucionó el tratamiento antidepresivo, se introdujo en el mercado en la década de 1980. Su mecanismo de acción consiste en inhibir la recaptación de serotonina tras su liberación en la sinapsis, mediante la intervención en el

transportador de serotonina (SERT), el cual, en condiciones normales, reabsorbería la serotonina sináptica para su reciclaje en la neurona. Actúa a nivel de receptores post sinápticos y autorreceptores 5-HT1. (51)

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son la primera línea de tratamiento para la depresión debido a su favorable perfil de seguridad. Aunque todos los ISRS comparten efectos secundarios similares, estos se deben a la estimulación de los receptores serotoninérgicos 5HT1D, 5HT2 y 5HT3, así como al incremento de la actividad noradrenérgica. Entre los efectos secundarios más comunes se incluyen náuseas, aumento de la motilidad gástrica, disfunción sexual e insomnio. Entre sus reacciones más grave encontramos el síndrome serotoninérgico.(52)

b) Inhibidores de la recaptación de noradrenalina (IRNA)

El aumento de NA en el espacio sináptico, el lugar de comunicación entre las neuronas, desencadena la activación de dos tipos de receptores: los adrenoreceptores α y β . Los adrenoreceptores α -1 y β -adrenérgicos se encargan de transmitir señales que influyen en diversas funciones, como la contracción muscular, la frecuencia cardíaca y la liberación de otros neurotransmisores. Los adrenoreceptores α 2, por otro lado, actúan como "autorreceptores", regulando la propia liberación de NA, dicha activación produce inicialmente la inhibición de la liberación del neurotransmisor, pero a la larga se produce desensibilización de los adrenoreceptores α 2, restaurando la liberación de NA. De forma adicional, hay una desensibilización de los β adrenoreceptores y de la respuesta adenilil-ciclasa.(52)

c) Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina

En este grupo encontramos la Venlafaxina, Desvenlafaxina y Duloxetina.

A diferencia de los tricíclicos estos fármacos son selectivos para los receptores noradrenérgicos y serotoninérgicos y no interaccionan con el resto de receptores. En el caso de la Duloxetina tiene una capacidad inhibitoria similar en ambos receptores mientras que la venlafaxina, aunque tiene también efecto dual, presenta una afinidad hasta 5 veces mayor por los receptores 5HT.(52)

Tiene una vida media de 4 a 10 horas y produce un metabolito activo llamado O-desmetilvenlafaxina, lo que requiere su administración en dos dosis al día si no se utiliza la formulación de liberación prolongada. Aunque se metaboliza a través del CYP2D6, ejerce una acción inhibitoria sobre este muy inferior a la de los ISRS.(53)

d) Inhibidores de la recaptación de noradrenalina y dopamina (IRND):

El mecanismo de acción de estos antidepresivos se basa en la inhibición selectiva de la recaptación de noradrenalina (NA) y dopamina (DA), incrementando así los niveles sinápticos de estas neurotransmisores. La influencia sobre la dopamina les confiere propiedades estimulantes. Además, al no intervenir directamente sobre la serotonina (5-HT), evitan efectos adversos como la disfunción sexual. El representante de este tipo de fármacos es el Bupropión o Anfebutamona. (54)

e) Antagonistas alfa-2:

El mecanismo de acción de estos antidepresivos es bloquear los autorreceptores y heterorreceptores α_2 noradrenérgicos. Si estos receptores se activan de manera fisiológica, no se liberaría noradrenalina (NA) ni serotonina. Sin embargo, al bloquear estos

receptores, se incrementaría la concentración de estos neurotransmisores, produciendo un efecto similar al de los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), que también aumentan los niveles de NA y 5-HT. El representante principal son Mirtazapina y Mianserina. (55)

f) Antidepresivos tricíclicos (ATC):

Entre ellos destacan amitriptilina, clomipramina, Desipramina, Imipramina y Nortriptilina. Aunque son considerados efectivos y en la actualidad continúan utilizándose, son el grupo con mayor incidencia de efectos adversos. Esto se explica debido a que a pesar de que su mecanismo de acción consiste en la inhibición de la recaptación neuronal de NA y 5-HT (aportando el efecto terapéutico), no es un proceso selectivo y estos fármacos actúan también bloqueando los receptores alfa-1-adrenérgicos, por ejemplo, puede provocar hipotensión

ortostática, una caída brusca de la presión arterial al ponerse de pie. El bloqueo de los receptores muscarínicos, por otro lado, genera sequedad de boca y estreñimiento, mientras que el bloqueo de los receptores histamínicos induce sedación y somnolencia. Además, tienen un alto riesgo de sobredosis, lo que exige un manejo cuidadoso y un seguimiento médico cercano.(52)

g) Inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO):

Este grupo de medicamentos, inicialmente representado por la Iproniazida, se utilizó anteriormente para tratar enfermedades como la tuberculosis. Los pacientes que recibieron este tratamiento mostraron una mejoría en su estado afectivo, lo que llevó al descubrimiento de sus propiedades antidepresivas. Posteriormente, se desarrollaron otros inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) con diferentes propiedades farmacológicas.

Entre ellos se encuentran los IMAOs clásicos, que son no selectivos e irreversibles, como la Tranilcipromina, y los IMAOs de segunda generación, que son selectivos y reversibles, como la Moclobemida. En la actualidad son utilizados como fármacos de segunda línea cuando se ha producido un fracaso terapéutico con los anteriores, su mecanismo de acción consiste en inhibir la MAO, lo que aumenta la disponibilidad de neurotransmisores como la serotonina, la noradrenalina y la dopamina en el cerebro, la enzima monoamino oxidasa (MAO) posee dos isoenzimas la MAO-A y la MAO-B, que se diferencian una de otras de su distribución en el organismo y de su sustrato preferente, MAO-A es selectiva para la serotonina y la noradrenalina y MAO-B selectiva para la dopamina.(52)

Los IMAOs, especialmente los clásicos que inhiben de forma irreversible, causan mayor número de efectos adversos y tienen muchas

interacciones con alimentos y medicamentos simpatomiméticos, anestésicos, agentes serotoninérgicos, tricíclicos y algunos opiáceos, su uso ha disminuido. El principal efecto secundario es la crisis hipertensiva.(52)

h) Otros medicamentos

Las benzodiazepinas pueden ser útiles como terapia adyuvante al principio del tratamiento, particularmente para la ansiedad o agitación aguda, para ayudar a los pacientes en momentos de crisis agudas o mientras esperan el inicio de la eficacia adecuada de los ISRS u otros antidepresivos, debido a los problemas de dependencia deben utilizarse en un periodo corto en pacientes con insomnio. Una vez que el paciente responde al antidepresivo, las benzodiazepinas se deben reducir gradualmente. El tratamiento antidepresivo para el trastorno de ansiedad generalizada (TAG)

debe continuarse durante al menos 12 meses.(56)

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
A α 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

Fuente: Revista de la Facultad de Medicina (México)

2.2.2.2. Selección del medicamento

Según la investigación, la eficacia de todos los antidepresivos es estadísticamente comparable a dosis equivalentes. En la selección de un antidepresivo, es crucial considerar diversos factores relacionados tanto con el fármaco como con el paciente. En términos generales, se prefiere el antidepresivo que ha demostrado ser efectivo para el paciente específico.

- Según las características del trastorno depresivo(53)
 - Depresión atípica: Los inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO) pueden ser más efectivos que los Antidepresivos tricíclicos (ADT), pero los ISRS son la primera opción debido a las restricciones en la dieta y los efectos secundarios de los IMAO.
 - Síntomas psicóticos: Agregar un antipsicótico al tratamiento antidepresivo. Considerar la terapia

electroconvulsiva (TEC) en caso de riesgo suicida u otras complicaciones.

- Trastorno afectivo estacional: La luminoterapia es el tratamiento principal, pero los ISRS también pueden ser efectivos debido a la prevalencia de síntomas atípicos.
 - Ansiedad comórbida: Agregar una benzodiazepina para un alivio rápido y mejorar la adherencia.
 - Trastorno de angustia: Iniciar tratamiento antidepresivo con ISRS a dosis bajas para evitar exacerbar la ansiedad. Los IMAO pueden ser más efectivos en casos resistentes.
 - Trastorno obsesivo-compulsivo: Utilizar agentes serotoninérgicos (ISRS, Clorimipramina).
 - Abuso de sustancias: Desintoxicación y tratamiento con ISRS para mantener la abstinencia y evitar recaídas.
 - Ideación suicida: Ingreso hospitalario o tratamiento bajo control familiar. Los ISRS son

la primera opción debido a su menor riesgo de sobredosis.

- Trastorno de la personalidad: El tratamiento farmacológico suele ser menos efectivo, especialmente en el tipo límite. Los ISRS pueden ser más beneficiosos que los ADT debido a la mayor prevalencia de síntomas atípicos.
- Depresión bipolar: Utilizar un estabilizador del ánimo y solo agregar un antidepresivo si es necesario. Los ISRS son la mejor opción por su menor riesgo de inducir manía.

- Según la patología médica concomitante(53)

Enfermedades cardíacas: Los antidepresivos tricíclicos (ADT) están contraindicados en pacientes con arritmias, alteraciones de la conducción, prolongación del QT o infarto de miocardio reciente. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) ofrecen un perfil de seguridad superior en estos casos. La venlafaxina no induce

alteraciones en la conducción cardíaca, pero a dosis superiores a 300 mg/día debe monitorizarse la presión arterial por riesgo de hipertensión (10% de casos). Los inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO) no afectan la conducción o contracción cardíaca, pero pueden causar hipotensión ortostática. Los antidepresivos tricíclicos (ADT) disminuyen el umbral convulsivo, por lo que se recomienda el uso de ISRS en pacientes con epilepsia. Los ADT están contraindicados por sus efectos anticolinérgicos en pacientes con glaucoma de ángulo estrecho o prostatismo. Los ISRS son más seguros en estos casos, aunque algunos como la paroxetina tienen cierto efecto anticolinérgico. Los ISRS se pueden utilizar en pacientes con insuficiencia hepática o renal, con precaución y reduciendo la dosis a la mitad en casos graves de alteración de estas funciones. En el embarazo, las intervenciones no psicofarmacológicas deben ser la primera opción en mujeres embarazadas con depresión. Los ISRS parecen ser seguros en cuanto a teratogenia. La decisión de utilizar

antidepresivos durante el embarazo debe tomarse cuidadosamente(57)

➤ Según las medicaciones concomitantes(53)

El Citalopram y Escitalopram son los ISRS con menor riesgo de interacciones, por lo que son recomendables en los pacientes polimedicados. Los ISRS pueden aumentar el riesgo de hemorragia, siendo difícil de predecir con pruebas de coagulación, se debe evitar ISRS en pacientes con anticoagulación o riesgo de sangrado, optando por alternativas como la venlafaxina. Combinar ISRS con estos antimigrañosos con acción sobre el sistema 5-HT puede aumentar el riesgo de síndrome serotoninérgico. En los pacientes con tratamiento con Los inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO): Es fundamental informarles sobre los fármacos que deben evitar, como broncodilatadores o simpaticomiméticos, debido a las interacciones con IMAO.(53)

➤ Según la edad

Con frecuencia los ISRS se presentan como agentes de primera elección en los ancianos, al no presentar algunos de los efectos adversos más graves asociados con los Antidepresivos tricíclicos, como los efectos sedantes, los anticolinérgicos y los cardiovasculares. De forma similar, se propone el uso de agentes como la Nefazodona o la Trazodona, por su menor frecuencia en la aparición de efectos adversos anticolinérgicos y cardiovasculares. Los IMAO no se recomiendan en este grupo de edad, por la necesidad de mantener restricciones dietéticas durante el tratamiento y la tendencia a la hipotensión.(57)

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

➤ Adherencia:

El grado de aceptación de un individuo respecto a seguir las recomendaciones del proveedor de atención médica, tanto en lo que respecta a hábitos y estilos de vida sugeridos como a tratamientos prescritos, se determina como el nivel de coincidencia entre las indicaciones del

profesional sanitario y el cumplimiento del paciente. Es el proceso en el que el paciente toma la medicación como se le ha prescrito.(58)

➤ Efectos adversos:

Cualquier vivencia no deseada que ocurre durante el uso de los medicamentos y que existe la suspicacia de ser originado por el medicamento.(59)

➤ Depresión:

La depresión es un sentimiento de tristeza y/o una disminución del interés o del placer en las actividades que se convierte en un trastorno cuando es lo suficientemente intensa como para interferir con el funcionamiento normal de la persona. Puede sobrevenir tras la pérdida de un ser querido u otro acontecimiento doloroso, aunque con respecto a este resulta desproporcionado y de una duración mayor a la esperada.(60)

➤ Psicofármaco:

Un psicofármaco es un medicamento que se utiliza para el tratamiento de las enfermedades mentales (depresión, esquizofrenia, trastornos de ansiedad, etc.) o las alteraciones de la esfera psíquica que se manifiestan por signos o síntomas (insomnio, agresividad, angustia, etc.). (61)

➤ Hipocampo:

El hipocampo es una de las partes del cerebro más importantes. Está situado en lo que se conoce como sistema límbico, y está muy relacionado tanto con los procesos mentales relacionados con la memoria como con aquellos que tienen que ver con la producción y regulación de estados emocionales, además de intervenir en la navegación espacial, es decir, el modo en el que nos imaginamos el movimiento a través de un espacio concreto. (62)

➤ Neurona:

La neurona es la unidad estructural y funcional del sistema nervioso. Estas células reciben los estímulos del entorno, los convierten en impulsos nerviosos y los transmiten a otra

neurona o a una célula muscular que producirá una respuesta.(63)

➤ Hipotálamo

El hipotálamo es una región del encéfalo formada principalmente por núcleos de sustancia gris ubicada a lo largo de las paredes del tercer ventrículo. Unido a su base se halla la hipófisis. Rige el sistema nervioso autónomo y segrega a los factores liberadores de gonadotropinas a la antehipófisis. Sus núcleos también intervienen en el miedo, la cólera, apetito, sexualidad, presión sanguínea, temperatura, sueño.(64)

➤ Hipófisis

La hipófisis o pituitaria forma parte del SE. El nombre hipófisis alude a su posición anatómica (hipo = debajo) y el término pituitaria proviene de la función supuesta de recoger el líquido ventricular (pituita) y eliminarlo en forma de moco a través de las fosas nasales. Se ubica en la base del cráneo, en una zona deprimida del hueso esfenoides llamada silla turca. Pende del hipotálamo a través del tallo

hipofisario. Su proximidad con el quiasma óptico hace que de producirse un tumor en la hipófisis pueda provocar ceguera. (65)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO, DISEÑO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

3.1.1. Tipo de investigación

La investigación es de tipo observacional debido a que no involucra manipulación de variables por parte del investigador. En términos de recolección de datos, sigue un enfoque prospectivo. Respecto a la frecuencia de medición de las variables, adopta un diseño transversal.

Según el número de variables de interés, el estudio es descriptivo porque solo describe o estima parámetros en la población de estudio a partir de una muestra.(66)

3.1.2. Diseño de Investigación

Esta investigación es de carácter epidemiológico y utilizó un diseño de investigación transversal no experimental.

3.1.3. Nivel de Investigación

Este estudio se clasifica como descriptivo, ya que se limita a describir los parámetros dentro de la población de estudio basándose en la muestra recogida, sin intervenir ni manipular las variables en ningún sentido

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. Población

La población total estará conformada por pacientes diagnosticados con depresión según los registros de atención del Centro de Salud Mental Comunitario:

- Centro de Salud mental Comunitario Villa del Norte
- Centro de Salud mental Comunitario Villa Tacna
- Centro de Salud mental Comunitario "La Heroica"
- Centro de Salud mental Comunitario "Jorge Basadre"
- Centro de Salud Mental Comunitario "Valle Pocollay"

3.2.2. Muestra

Se calcula a través de la fórmula para población finita

(40):

$$n = \frac{N \cdot Z^2 P Q}{d^2 (N - 1) + Z^2 P Q} = 139$$

Donde:

n = Tamaño de muestra = 139

N = Población = 198

d = nivel de precisión absoluta = 0.95

Z^2 = nivel de confianza = 1,96

P = probabilidad de éxito = 0,5

q = probabilidad de fracaso = (1 - p).

3.2.2.1. Criterios de inclusión:

- Pacientes diagnosticados con depresión
- Pacientes de 18 años a más.
- Pacientes con terapia farmacológica

3.2.2.2. Criterios de exclusión:

- Paciente que no deseen ayudar en el desarrollo de la investigación.
- Pacientes con retraso mental.
- Pacientes que en plena recolección de brindan información incompleta.

3.3. TÉCNICAS, PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. Técnicas

Se utilizará como técnica la entrevista a los pacientes con Depresión del Centro de Salud Mental Comunitario y una

revisión del archivo de Historias Clínicas del Centro de Salud Mental Comunitario, área de admisión.

3.3.2. Instrumentos

Cuestionario de Adherencia a la Medicación de Morisky de 8 ítems(MMAS-8)

Este cuestionario evalúa el comportamiento del paciente durante el tratamiento medicamentoso. Su propósito es identificar las barreras y comportamientos relacionados con la adherencia a tratamientos crónicos como los psicofármacos. La escala proporciona información sobre cómo el paciente responde al tratamiento, ya sea de manera involuntaria (como la pérdida de memoria) o intencionada (por ejemplo, evitar el medicamento debido a sus efectos secundarios).

Ficha de recolección de datos

Corresponde a un cuestionario de las características del paciente y del tratamiento antidepresivo, previo permiso.

3.3.3. Procedimiento

Para desarrollar el presente trabajo se consideraron los siguientes aspectos:

- Se solicitó el permiso correspondiente para realizar la investigación en la Red de Salud-Tacna.
- Con la autorización mencionada y de los Gerentes de cada establecimiento se evaluó cómo era el método de atención, según cada Centro de Salud mental.
- Se procedió a revisar las Historias Clínicas para descartar los pacientes que no estaban con terapia farmacológica, considerando los criterios de inclusión, exclusión y algunos puntos llevados a la Ficha de recolección de datos.
- Se realizó la entrevista a las personas con depresión que son atendidos en los cinco Centros de Salud Mental Comunitarios.
- Se utilizaron 2 instrumentos: Cuestionario de Morisky de 8 ítems y la Ficha de recolección de datos (Cuestionario de características del paciente).

- El tiempo para el desarrollo del instrumento fue de 10 a 15 minutos por cada paciente.

Instrumentos:

Se utilizaron 2 instrumentos: el Cuestionario de Morisky (8 ítems) y el Recolección de datos (Ver anexo). Se utilizarán en los meses de octubre, noviembre, diciembre y mes de enero.

3.4. ANÁLISIS DE DATOS

Después de revisar las historias clínicas y utilizando la ficha de recolección de datos, Luego de recopilar la información, se procedió a trasladar los datos a una hoja de Microsoft Excel versión 2016 para su posterior importación al programa estadístico SPSS, en el cual se obtuvo las estadísticas descriptivas, donde las figuras o cuadros serán realizadas con Excel, y se editará con ayuda de Word Office 2016.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

TABLA 2. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental Comunitarios, según características sociodemográficas, tacna 2023.

		N	%
Lugar de atención	C.S.M.C. Valle Pocollay	30	21,6
	C.S.M.C. Jorge Basadre	30	21,6
	C.S.M.C. Villa Tacna	20	14,4
	C.S.M.C. Villa del Norte	30	21,6
	C.S.M.C. La Heroica	29	20,9
Sexo	Femenino	115	82,7
	Masculino	24	17,3
Grupo etario	Joven	58	41,7
	Adulto	71	51,1
	Adulto mayor	10	7,2
Estado Civil	Soltero	87	62,6
	Conviviente/Casado	37	26,6
	Separado/Divorciado	12	8,6
	Viudo	3	2,2
Grado de Instrucción	Sin estudios	3	2,2
	Primaria incompleta	9	6,5
	Primaria completa	5	3,6
	Secundaria incompleta	15	10,8
	Secundaria completa	44	31,7
	Superior técnica incompleta	5	3,6
	Superior técnica completa	20	14,4
	Superior universitaria incompleta	19	13,7
	Superior universitaria completa	19	13,7
Ocupación	Sin ocupación	5	3,6
	Ama de casa	34	24,5
	Estudiante	30	21,6
	Dependiente	33	23,7
	Independiente	37	26,6
Tipo de convivencia	Solo	17	12,23
	Con padre/madre	58	41,73
	Con pareja	27	19,42
	Con hijos	30	21,58
	Hermanos	5	3,60
	Otros	2	1,44
Total		139	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos. Elaboración propia.

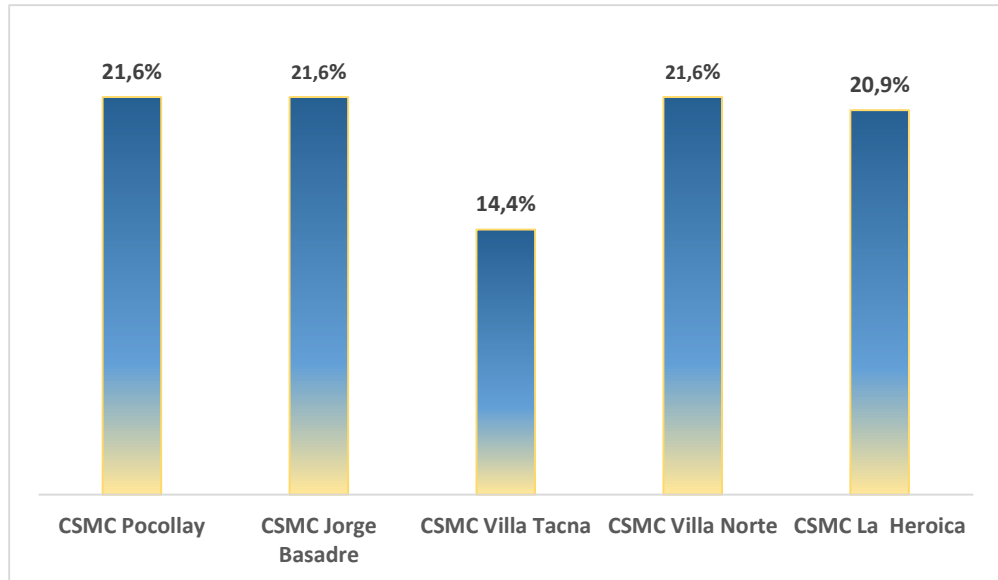


Gráfico 1. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos según Centros de Salud mental Comunitarios, Tacna 2023.

Fuente: Tabla 2. Elaboración propia.

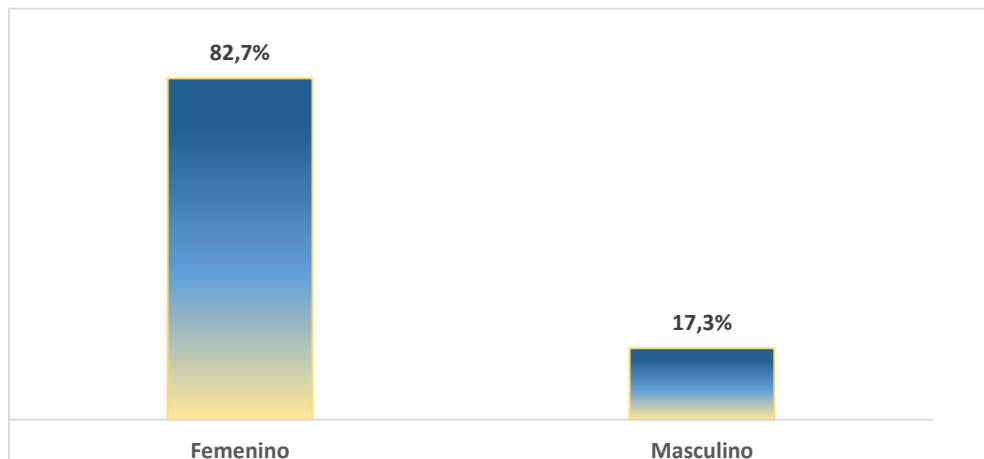


Gráfico 2. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental Comunitarios, según el sexo, Tacna 2023.

Fuente: Tabla 2. Elaboración propia.

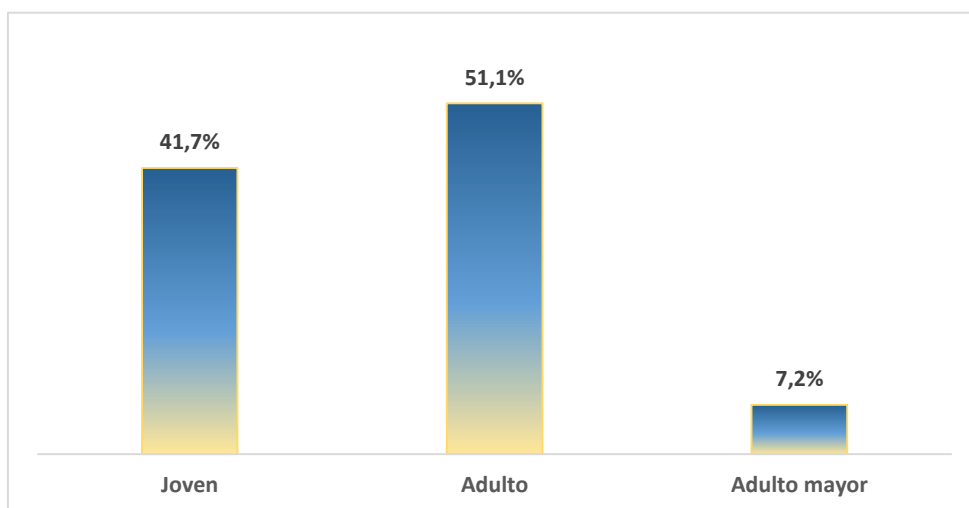


Gráfico 3. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental Comunitarios, según grupo etario, Tacna 2023.

Fuente: Tabla 2. Elaboración propia.

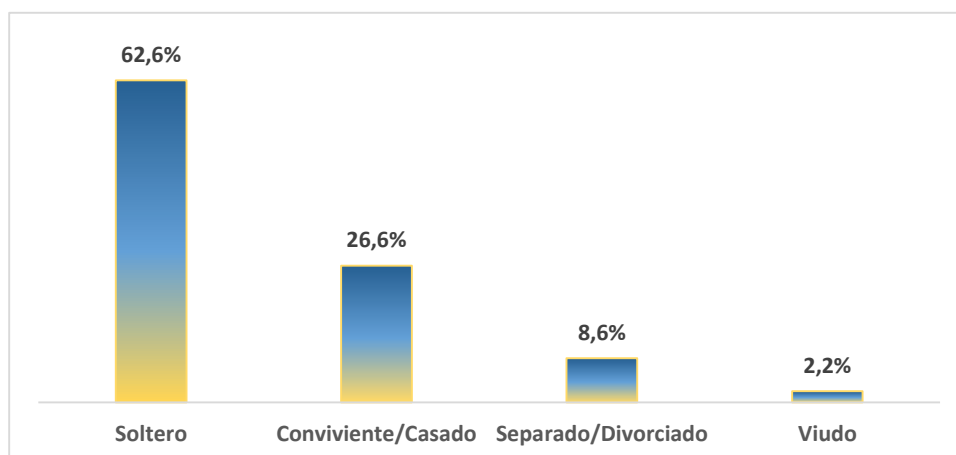


Gráfico 4. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental Comunitarios, según el estado civil, Tacna 2023.

Fuente: Tabla 2. Elaboración propia.

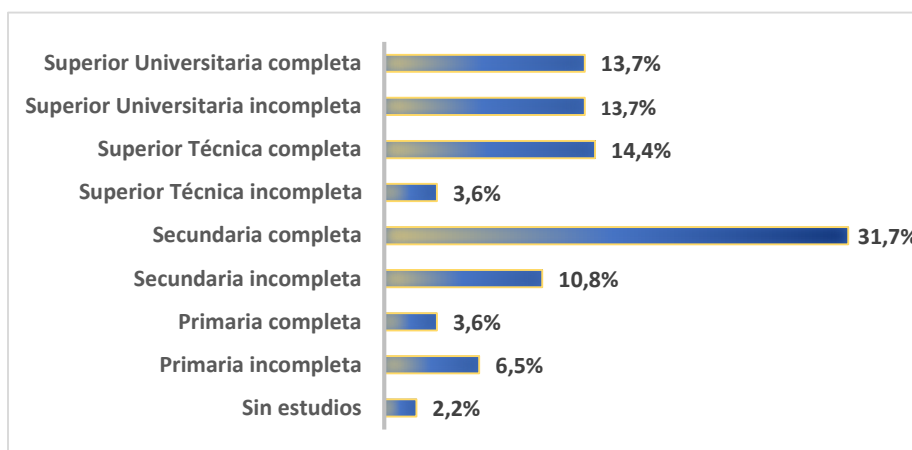


Gráfico 5. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental Comunitarios, según el grado de instrucción, Tacna 2023.

Fuente: Tabla 2. Elaboración propia.

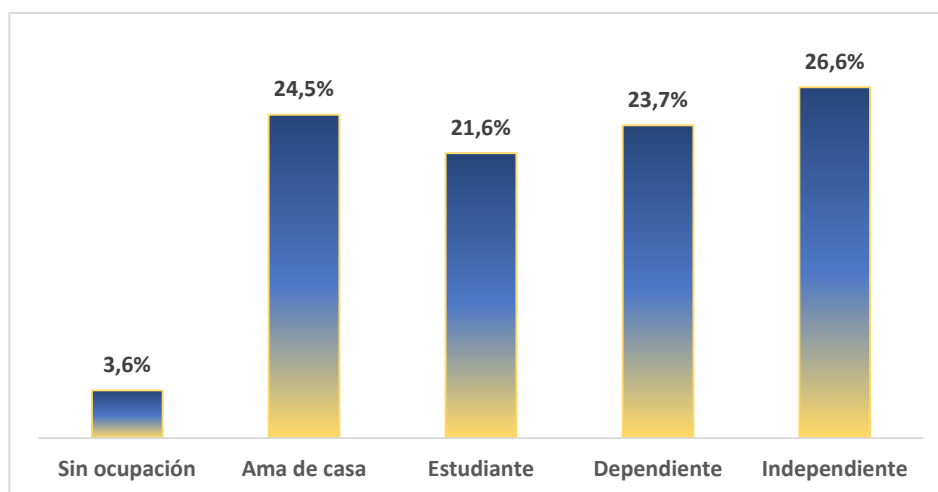


Gráfico 6. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental Comunitarios, según ocupación, Tacna 2023.

Fuente: Tabla Elaboración propia.

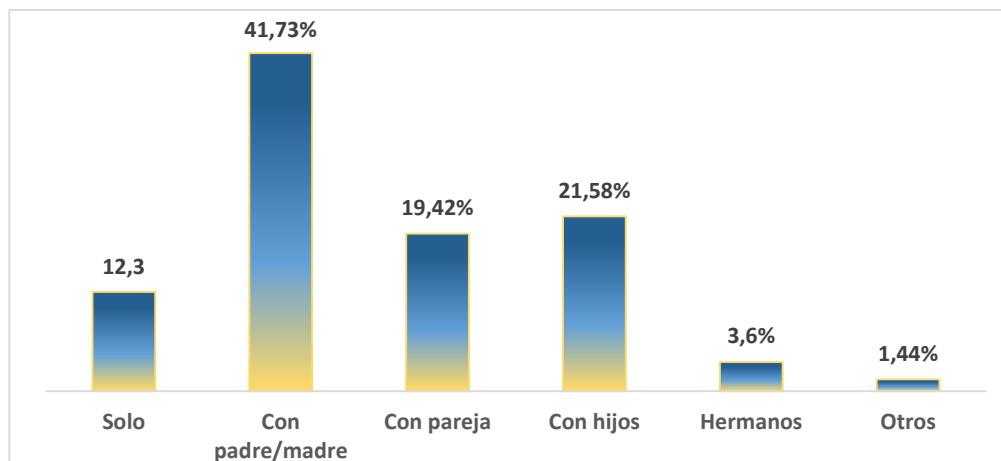


Gráfico 7. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental Comunitarios, según personas con quien vive, Tacna 2023.

Fuente: Tabla 2. Elaboración propia.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla 2, y las Gráficos 1,2,3,4,5,6 y 7 se presentan los resultados de las características clínicas.

El Gráfico 1 muestra la distribución de pacientes según los Centros de Salud mental Comunitarios. El 21,6 % de los pacientes fueron atendidos en el C.S.M.C. Valle Pocollay, CSMC Villa del Norte y el C.S.M.C. Jorge Basadre, mientras que el 20,9% fueron atendidos en el C.S.M.C. La Heroica, y 14,4 % en C.S.M.C. Villa Tacna.

El Gráfico 2 muestra la proporción de pacientes según el sexo, con la mayoría de ellos siendo mujeres, y el 17,3 % son hombres. El Gráfico 3 muestra que el grupo etario más grande es el de adultos, con 51,1 %, el 41,7 % de los pacientes son jóvenes entre 18 y 30 años y el 7,2 % forma parte de los adultos con más de 60 años. El 62,6 % de los pacientes son solteros, el 26,6 % están casados o conviven, el 8,6 % están separados o divorciados, y el 2,2 % son viudos

El Gráfico 5 muestra el porcentaje de pacientes según el grado de instrucción. El 31,7 % de los pacientes tienen estudios secundarios completos, 26,6 % tienen estudios superiores técnicos completos, el 14,4 % tienen estudios superiores técnicos completos, y el 13,7 % tienen estudios superiores universitarios completos.

El Gráfico 6 muestra que la ocupación más común es independiente el 26,6 %.

El Gráfico 7 muestra el porcentaje de pacientes según personas con quien vive. El 41,73 % de los pacientes viven con sus padres, el 19,42 % viven con su pareja, el 21,58 % viven con sus hijos, el 3,6 % viven con hermanos, y el 1,44 % viven con otros miembros de familia o amigos.

TABLA 3. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en los Centros de Salud mental Comunitarios, según características clínicas, tacna 2023.

		N	%
Clasificación clínica de la depresión	Leve	13	9,4
	Moderado	124	89,2
	Grave	2	1,4
Diagnostico asociado	Ninguna	97	70,0
	Trastorno de personalidad	2	1,0
	Trastorno de ansiedad Generalizada	11	8,0
	Trastorno mental debido al consumo de alcohol	5	4,0
	Síndrome de maltrato	8	6,0
	Episodio psicótico	2	1,0
	Otros	14	10,0
	Psicoterapia paralela	Si	106
No		33	23,7
Comorbilidad	Ninguna	117	84,17
	HTA	3	2,16
	DM2	2	1,44
	Asma	2	1,44
	Hipotiroidismo	2	1,44
	Gastritis	6	4,32
	Otros	7	5,04
Total		139	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos.

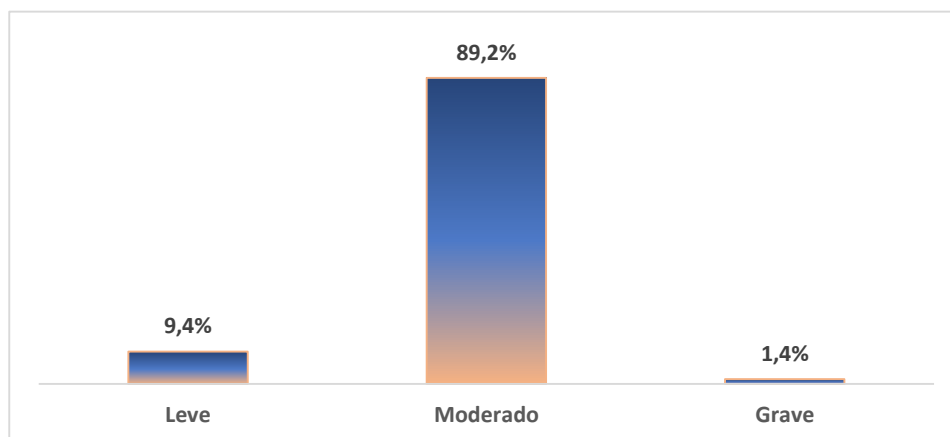


Gráfico 8. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental Comunitarios, según clasificación clínica de la depresión, Tacna 2023.

Fuente: Tabla 3. Elaboración propia.

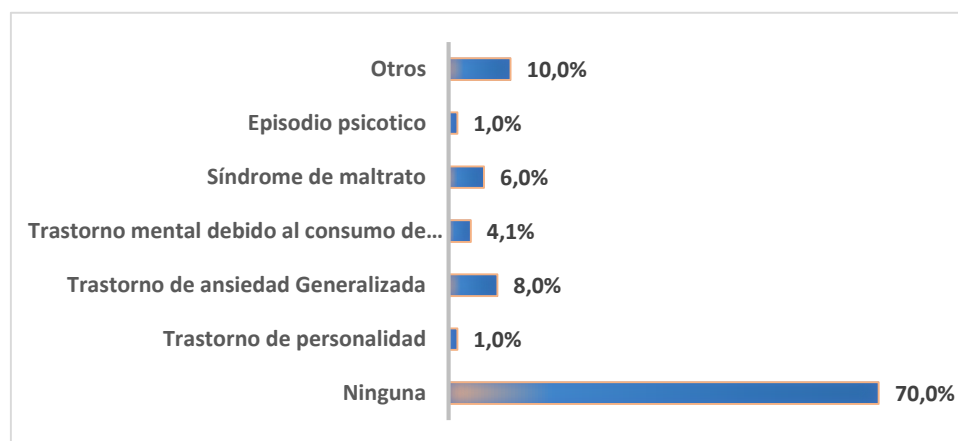


Gráfico 9. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental Comunitarios, según diagnóstico asociado a la depresión, Tacna 2023.

Fuente: Tabla 3. Elaboración propia.

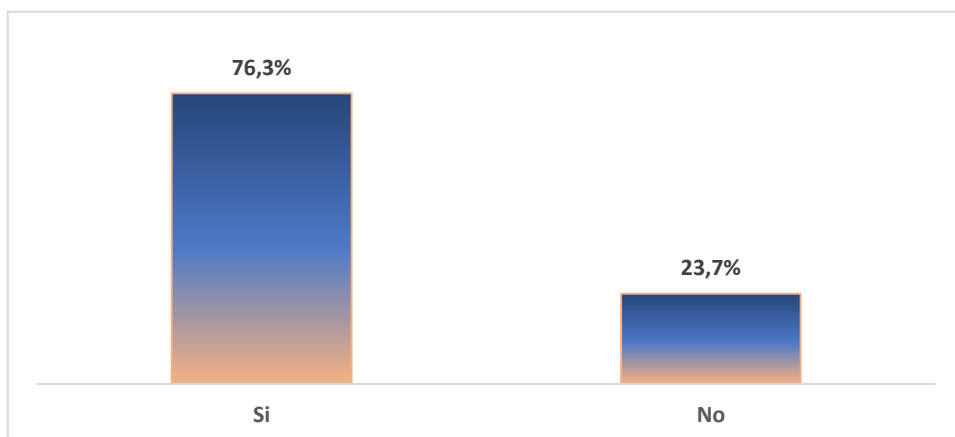


Gráfico 10. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental Comunitarios, según psicoterapia paralela, Tacna 2023.

Fuente: Tabla 3. Elaboración propia.

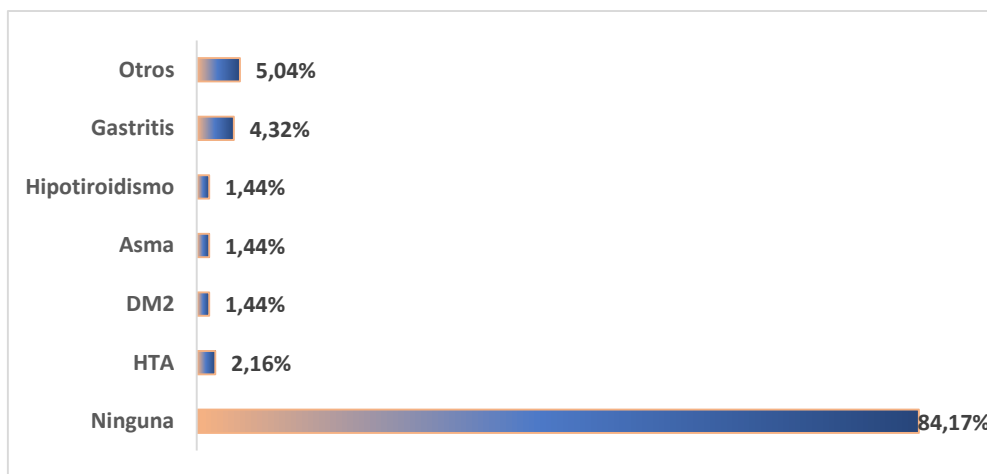


Gráfico 11. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental Comunitarios, según comorbilidad, Tacna 2023.

Fuente: Tabla 3. Elaboración propia.

INTERPRETACIÓN:

La Tabla 3 y los gráficos 8,9,10 y 11 presenta la distribución de pacientes según características clínicas, como la clasificación clínica, el diagnóstico asociado, la psicoterapia paralela, la comorbilidad y el nivel de depresión.

El gráfico 8 muestra que en su mayoría el 89,2 % de los pacientes tienen depresión moderada, 9,4 % de los pacientes tienen depresión leve y el 1,4 % tienen depresión grave. El gráfico 9 muestra que el 70,0 % de los pacientes no presentan diagnóstico asociado a la depresión, mientras que el 8,0 % tienen trastorno de ansiedad generalizada, el 4,0 % tienen trastorno mental debido al consumo de alcohol, y el 6,0 % tienen síndrome de maltrato. El gráfico 10 muestra que el 76,3 % de los pacientes si reciben psicoterapia paralela. El gráfico 11 indica que la mayoría de los pacientes, un 84,17 %, no padecen ninguna comorbilidad. Por otro lado, una pequeña proporción de los mismos, el 4,32 %, sufre gastritis. Además, un 2,16 % de los pacientes padece hipertensión arterial, mientras que un 1,44 % tiene hipotiroidismo. También hay un 1,44 % de pacientes con diabetes mellitus tipo II y un 1,44 % con asma. Finalmente, el 5,4 % restante de los pacientes presenta otras comorbilidades distintas a las mencionadas.

TABLA 4. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental Comunitarios, según medicamentos prescritos, Tacna 2023.

		N	%
Fluoxetina	Si	82	59,0
	No	57	41,0
Sertralina	Si	51	36,7
	No	88	63,3
Risperidona	Si	44	31,7
	No	95	68,3
Clonazepam	Si	32	23,0
	No	107	77,0
Alprazolam	Si	12	8,6
	No	127	91,4
Ácido Valproico	Si	1	0,7
	No	138	99,3
Escitalopram	Si	1	0,7
	No	138	99,3
Mirtazapina	Si	3	2,2
	No	136	97,8
Amitriptilina	Si	1	1,4
	No	138	98,6
Total		139	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos. Elaboración propia.

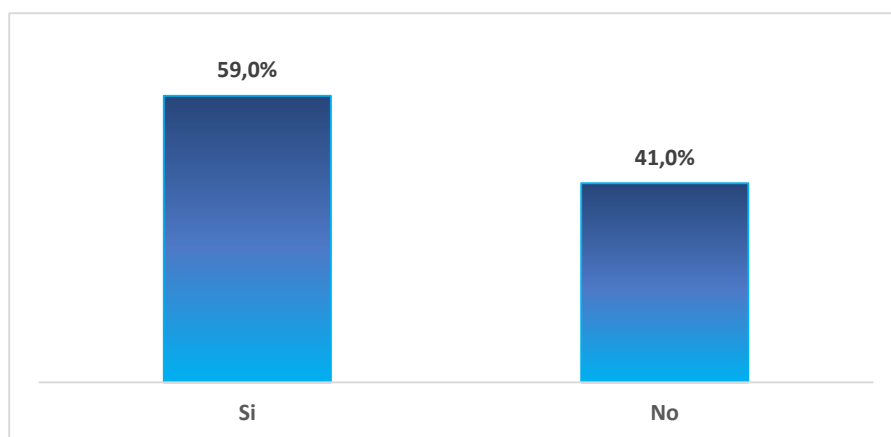


Gráfico 12. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental Comunitarios, según la prescripción de Fluoxetina, Tacna 2023.

Fuente: Tabla 4. Elaboración propia.

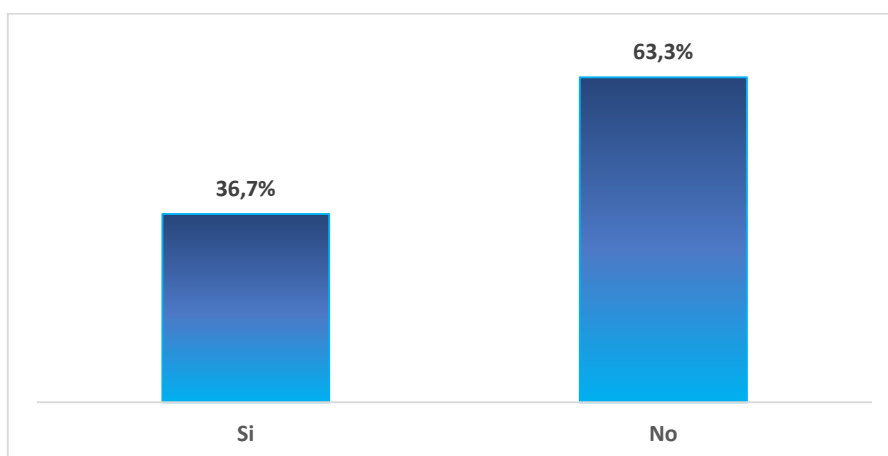


Gráfico 13. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental Comunitarios, según la prescripción de Sertralina, Tacna 2023.

Fuente: Tabla 4. Elaboración propia.

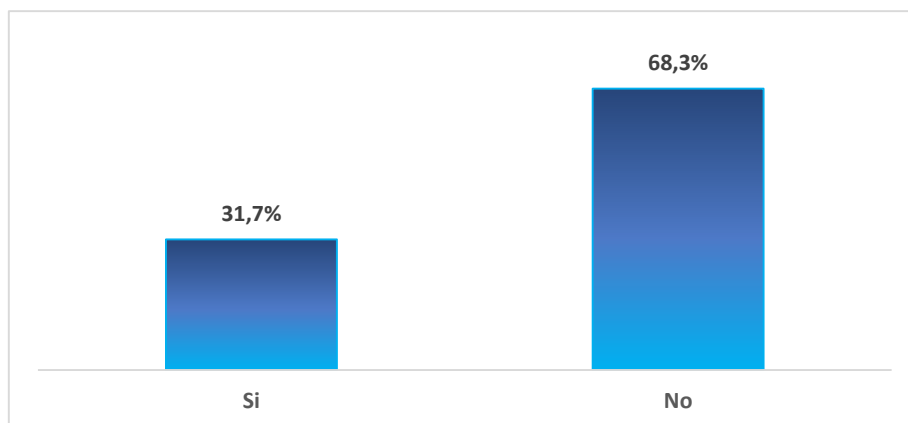


Gráfico 14. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental Comunitarios, según la prescripción de Risperidona, Tacna 2023.

Fuente: Tabla 4. Elaboración propia.

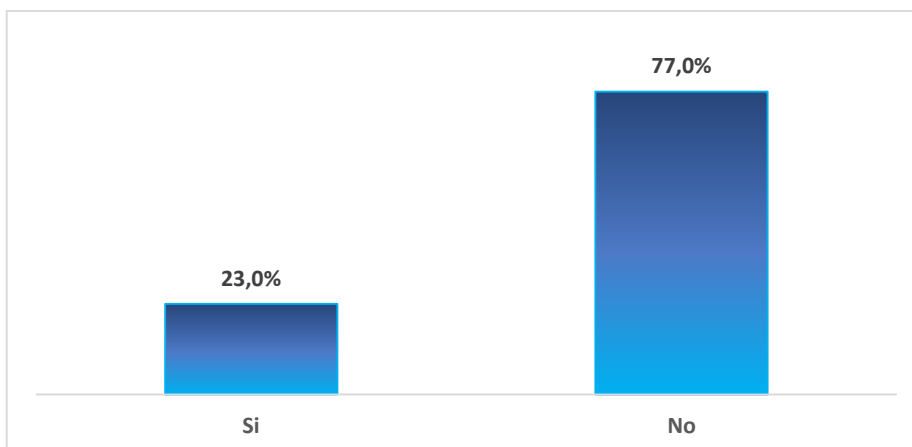


Gráfico 15. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental Comunitarios, según la prescripción de Clonazepam, Tacna 2023.

Fuente: Tabla 4. Elaboración propia.

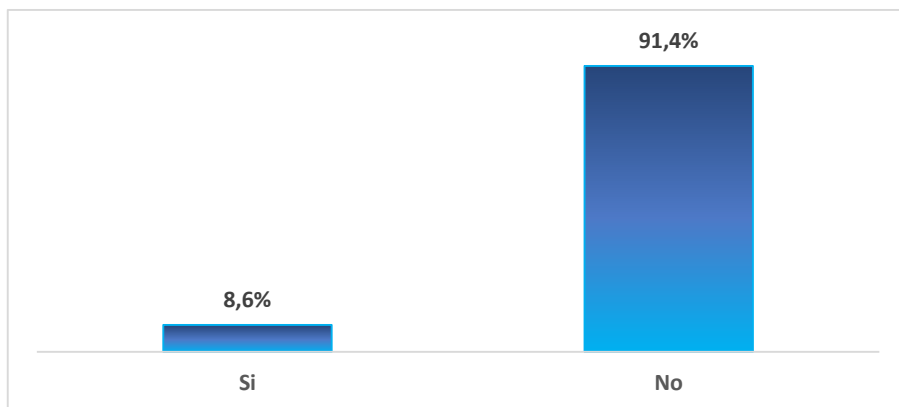


Gráfico 16. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental Comunitarios, según la prescripción de Alprazolam, Tacna 2023.

Fuente: Tabla 4. Elaboración propia.

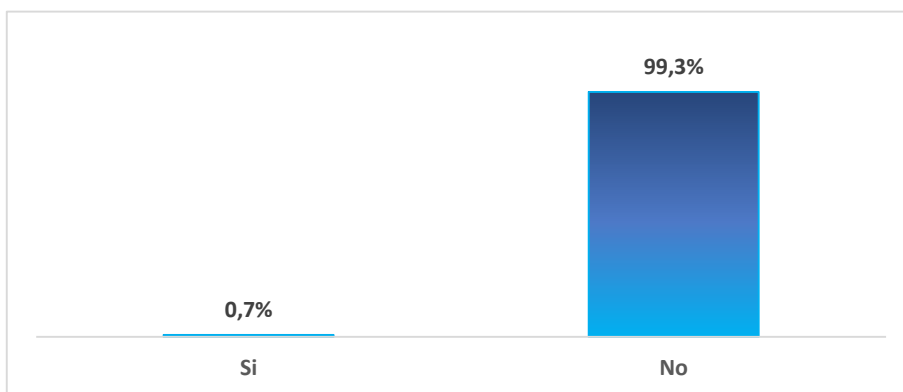


Gráfico 17. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en los Centros de Salud mental Comunitarios, según la prescripción de Ácido valproico, Tacna 2023.

Fuente: Tabla 4. Elaboración propia.

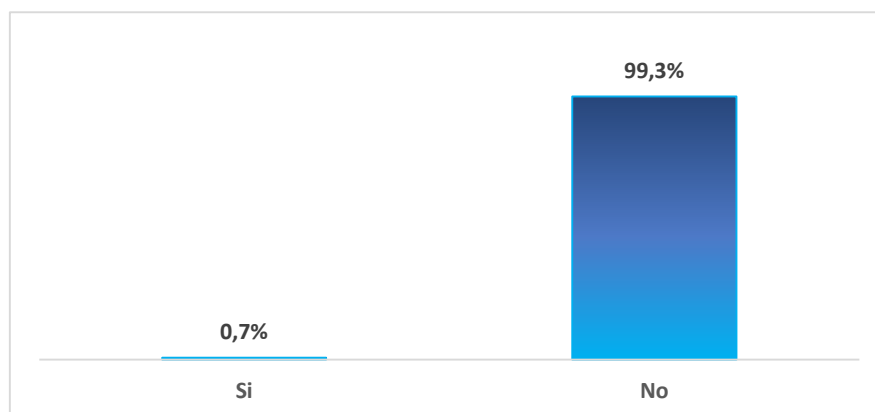


Gráfico 18. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental Comunitarios, según la prescripción de Escitalopram, Tacna 2023.

Fuente: Tabla 4. Elaboración propia.

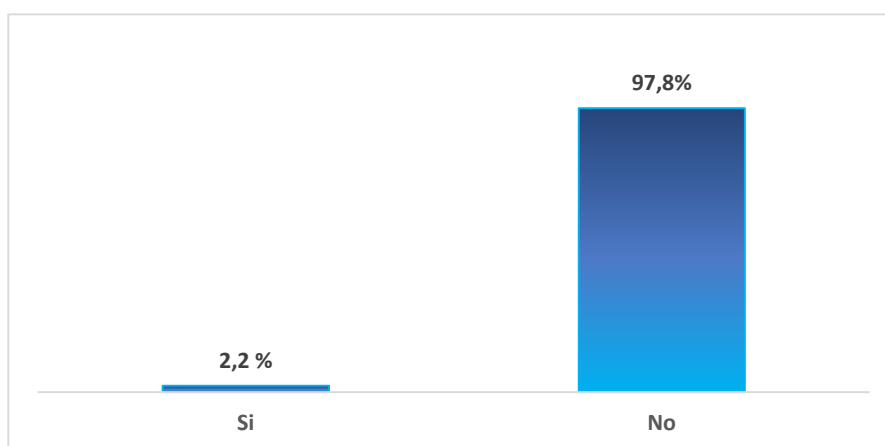


Gráfico 19. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental Comunitarios, según la prescripción de Mirtazapina, Tacna 2023.

Fuente: Tabla 4. Elaboración propia.

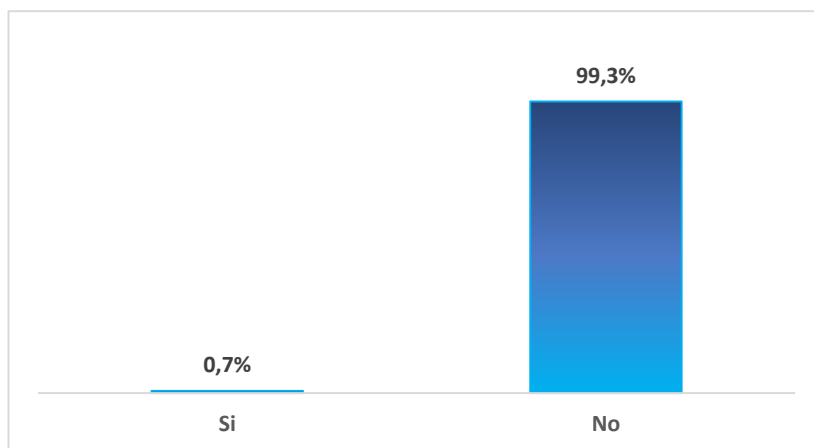


Gráfico 20. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental Comunitarios, según la prescripción de Amitriptilina, Tacna 2023.

Fuente: Tabla 4. Elaboración propia.

INTERPRETACIÓN:

La Tabla 4 y los Gráficos 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 20 presentan la distribución de medicamentos recetados a pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental Comunitarios en Tacna en 2023.

El gráfico 12 ilustra que un porcentaje significativo de pacientes, específicamente el 59,0 %, son tratados con Fluoxetina. Por otro lado, el gráfico 13 muestra que un considerable número de pacientes, representando el 36,7 %, reciben Sertralina. Además, el gráfico 14 indica que el 31,7 % de los pacientes son tratados con Risperidona. Asimismo, el gráfico 15 revela que el 23,0 % de los pacientes reciben Clonazepam,

mientras que el gráfico 16 muestra que el 8,6 % de los pacientes son tratados con Alprazolam. Por otro lado, el gráfico 17 indica que solo el 0,7 % de los pacientes reciben Ácido valproico.

De igual manera, el gráfico 18 ilustra que un pequeño grupo de pacientes, representando el 0,7 %, son tratados con Escitalopram. Además, el gráfico 19 muestra que el 2,2 % de los pacientes reciben Mirtazapina. Finalmente, el gráfico 20 indica que solo el 1,4 % de los pacientes son tratados con Amitriptilina.

TABLA 5. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Calud mental Comunitarios, según terapia farmacológica, Tacna 2023.

		N	%
Tiempo de tratamiento	< de 3 meses	30	22,0
	Entre 3 a 6 meses	31	22,0
	De 6 a 12 meses	33	24,0
	Más de 1 año	22	16,0
	Más de 2 años	23	17,0
Cantidad de medicamentos	Con 1 medicamento	67	48,2
	Con 2 medicamentos	55	39,6
	Con 3 medicamentos	15	10,8
	Con 4 medicamentos	2	1,4
Efectos indeseados	Si	5	4,0
	No	134	96,0
Total		139	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos. Elaboración propia.

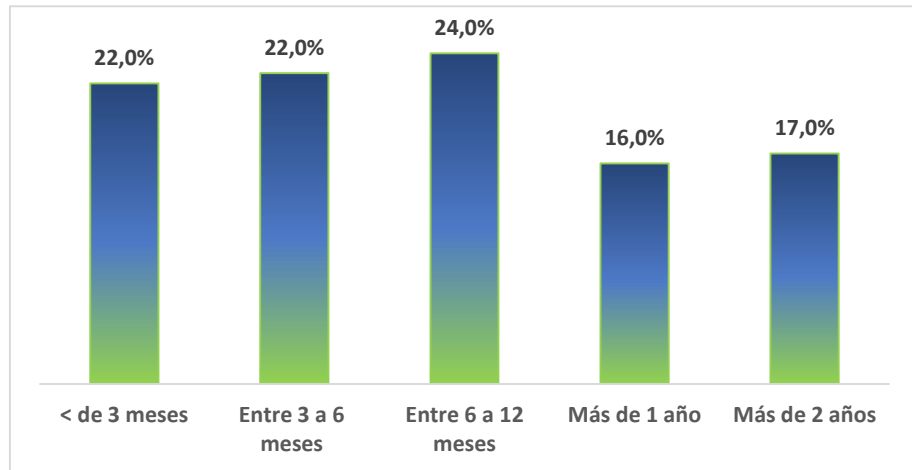


Gráfico 21. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de salud mental Comunitarios, según tiempo de tratamiento, Tacna 2023.

Fuente: Tabla 5. Elaboración propia.

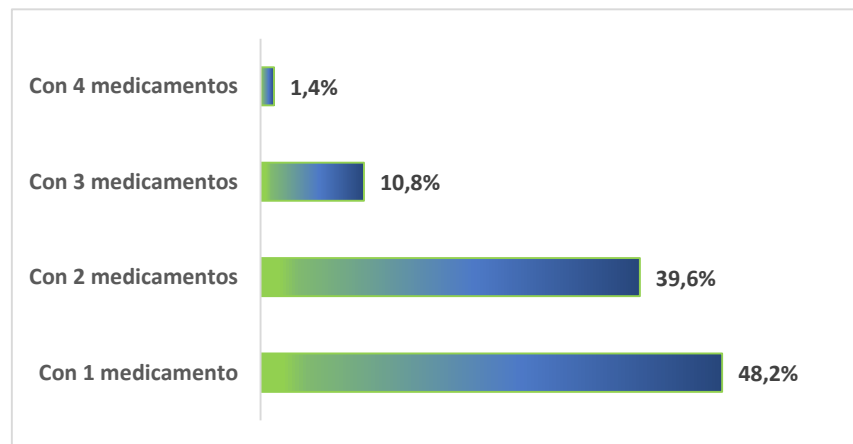


Gráfico 22. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental comunitarios, según la cantidad de medicamentos, Tacna 2023.

Fuente: Tabla 5. Elaboración propia.

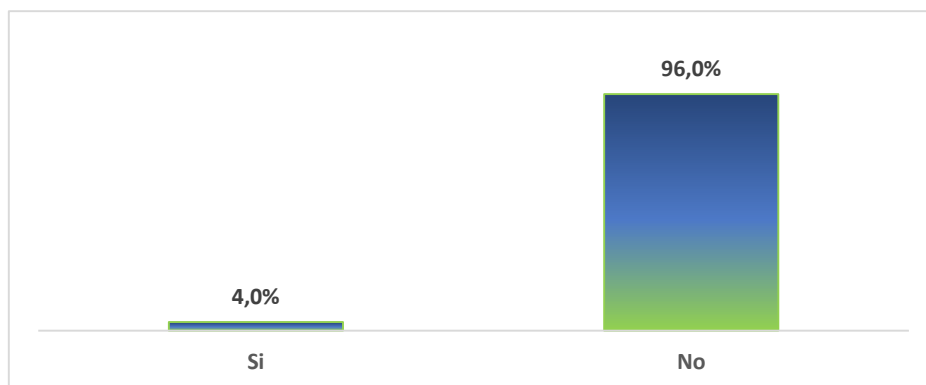


Gráfico 23. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental Comunitarios, según presencia de efectos indeseados, Tacna 2023.

Fuente: Tabla 5. Elaboración propia.

INTERPRETACIÓN:

La Tabla 6, junto con los gráficos 21 al 23, presenta la terapia farmacológica aplicada a pacientes con trastornos depresivos que reciben atención en centros de salud mental comunitarios en Tacna durante el año 2023.

El gráfico 21 ilustra que un porcentaje significativo de pacientes, específicamente el 22,0 %, han recibido tratamiento durante un período inferior a 3 meses, mientras que el 24,0 % ha sido tratado durante un período de 6 a 12 meses. Además, el gráfico 22 muestra que la mayoría de los pacientes, representando el 48,2 %, reciben un solo medicamento,

mientras que el 39,6 % son tratados con dos medicamentos diferentes, el 10.8 % con 3 medicamentos y el 1.4 % con 4 medicamentos.

Por otro lado, el gráfico 23 indica que solo el 4,0% de los pacientes presentan efectos indeseados en la terapia farmacológica recibida.

TABLA 6. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental Comunitarios, según adherencia terapéutica, Tacna 2023.

	N	%
Baja adherencia	96	69,1
Adherencia media	34	24,5
Alta adherencia	9	6,5
Total	139	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos. Elaboración propia.

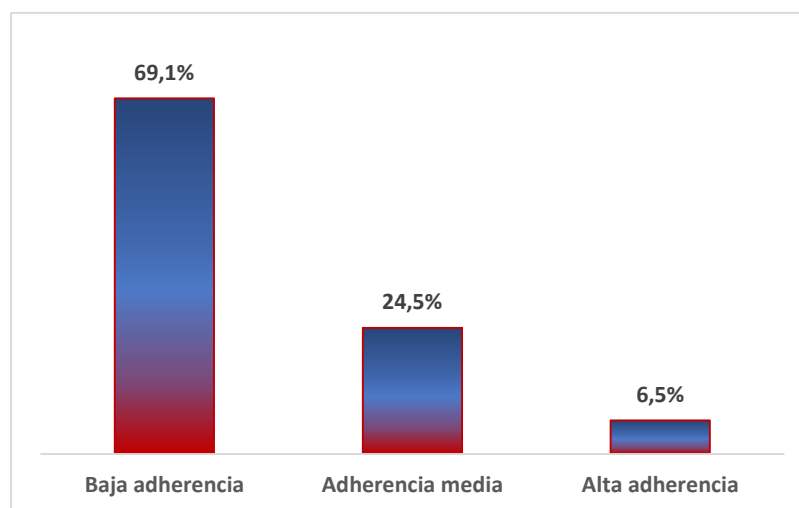


Gráfico 24. Distribución de pacientes con trastornos depresivos atendidos en Centros de Salud mental comunitarios, según el grado de Adherencia terapéutica, Tacna 2023.

Fuente: Tabla 6. Elaboración propia.

INTERPRETACIÓN:

La Tabla 6 y el gráfico 24, presenta el grado de adherencia terapéutica en los pacientes. En concreto, un porcentaje considerable de pacientes, específicamente el 69,1 %, presenta una baja adherencia a su tratamiento. Por otro lado, el 24,5 % de los pacientes muestra una adherencia media a su terapia. Asimismo, un pequeño grupo de pacientes, representando el 6,5 %, demuestra una alta adherencia a su tratamiento médico.

DISCUSIÓN

Después de analizar los resultados obtenidos, referente a las características sociodemográficas se consideró cinco Centros de Salud mental Comunitarios, siendo el total de 139 personas en el estudio, la mayor parte fue del 21,6 % con pacientes que fueron atendidos en el C.S.M.C. Valle Pocollay, de igual manera en el C.S.M.C. Jorge Basadre, C.S.M.C. Villa Norte, y en menor porcentaje en el C.S.M.C. Villa Tacna con el 14,4 %, encontrando el sexo femenino significativamente mayor con 82,7 % y del sexo masculino (17,3 %).

Según el grado de instrucción, la mayor parte de los pacientes han completado la secundaria (31,7 %) y solo un 2,2 % no tuvo estudios, referente a la ocupación de los pacientes el 26,6 % tienen trabajo independiente y el 3,6 % están sin ocupación. Podemos identificar el estudio local de Paraca G.(26) quien presenta cifras similares, sin embargo solo ha sido realizado en el C.S.M.C. Villa Tacna con un total de 96 personas.

En cuanto al sexo el resultado del presente trabajo difiere con López(28) en el 2020 donde se evaluaron 42 pacientes conformados por varones

(59,5 %) en servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

En relación al grupo etario, nuestros resultados revelan que un poco más de la mitad la conforman adultos de 31-60 años (51,1 %), seguido de los jóvenes 18-30 años (41,7 %). Con respecto al estado civil, más de la mitad de los casos reportados, fueron personas solteras (62,6 %), los menores casos de depresión fueron en pacientes divorciados (8,6 %) o viudos (2,2 %). Estos datos mencionados anteriormente concuerdan con Anquise A. (48,7 %) (27) donde casi la mitad de pacientes con depresión fueron solteros, divorciados (3.3 %) y viudos (2.1 %).

Respecto a las personas con quien vive, el 41,73 % de los pacientes viven con sus padres y el 1,44 % viven con otros miembros de familia, amigos, u otros, 12.23 % viven solos; mientras que Pacara G. (26) señala en su estudio que 149 (51 %) vivían en familia de 3 a 4 personas en contraste con los 16 (5,5 %) de pacientes que viven solos.

Dentro de las características clínicas encontradas en el presente estudio, sobre los trastornos de depresión, podemos denotar que la mayoría de la muestra estudiada (89,2 %) de los pacientes tienen depresión moderada,

9,4 % de los pacientes tienen depresión leve y el 1,4 % tienen depresión grave, este resultado concuerda con lo obtenido por Nina B. (24) y Anquise V.(27) y donde en el año 2020 halló el 46,7 % de sus pacientes con depresión moderada, 3,8 % con depresión leve y 0,5 % con depresión severa, pero que contrasta con el estudio de López J.(28) realizó un estudio en pacientes hospitalizados, se encontró que el nivel predominante de depresión fue el leve, con un 45,3 %, seguido por la depresión severa y moderada. De manera similar, el trabajo de Contreras identificó una mayor prevalencia de depresión leve, con un 71,5 %. Los resultados de nuestro estudio podrían explicarse por el hecho de que los pacientes diagnosticados con depresión leve suelen no buscar atención médica en salud mental de manera temprana, ya que suelen creer que su "tristeza" es transitoria y se resolverá por sí sola. En contraste, los pacientes con depresión grave o severa a menudo buscan atención médica psiquiátrica en centros de mayor complejidad o en hospitales regionales, o pueden sufrir en silencio debido a la carga abrumadora de su trastorno sin buscar ayuda. En cambio, los pacientes con depresión moderada suelen ser más conscientes de que su tristeza no es pasajera y afecta su vida diaria y funcionalidad en la sociedad, lo que les lleva a buscar atención profesional. Continuando con el diagnóstico asociado, obtuvimos que el 70,0 % de los pacientes no presentan diagnóstico mental asociado a la depresión,

mientras que el 8,0 % tienen trastorno de ansiedad generalizada, el 6,0 % tienen síndrome de maltrato y el 4,1 % tienen trastorno mental debido al consumo de alcohol, considerando el 10% tienen otro diagnóstico como episodio psicótico, T. mixto ansioso depresivo, abuso psicológico, T. Obsesivo compulsivo, problemas de ruptura familiar y muerte familiar, estos datos concuerdan Salinas K.(22) donde 72.0 % de los pacientes con depresión en el Centro de salud mental Moisés Heresi no tienen antecedentes de enfermedades mentales, sin embargo difiere con Pacara A.(26) el 82,3 % si tuvo comorbilidad psiquiátrica, asimismo Anquise (27). Nuestros resultados pueden deberse a que en la selección de usuarios se hizo un descarte de algunas comorbilidades mentales, no considerándolos como participantes.

Continuando el 76,3 % de los pacientes si reciben terapia psicológica paralela, asimismo Contreras F. donde el 48 % de pacientes reciben sólo tratamiento de tipo farmacológico, de igual manera Salinas K. (52 %).(22) Pasando a otro tipo de características, siendo ahora las comorbilidades, Se puede notar que el 84,17 % de la muestra estudiada no presenta condiciones médicas adicionales significativas, seguido de 4,32 %, sufre gastritis. Además, un 2,16 % de los pacientes padece hipertensión arterial, mientras que un 1,44 % tiene hipotiroidismo. También hay un 1,44 % de pacientes con diabetes mellitus tipo II y un 1,44 % con asma, el 5,4 %

restante de los pacientes presenta otras comorbilidades distintas a las mencionadas como sobrepeso, rinitis, IVC crónica, Lupus eritematoso, discapacidad auricular. Estos datos coinciden con el estudio de Pacara G.(26) donde el 69,8 % de la población de estudio está sin comorbilidad médica, siendo seguida del 8,3 % con enfermedades endocrinas y metabólicas, según Salinas K.(22) el 82 % sin enfermedad crónica; en el estudio de López J. la patología digestiva fue la predominante conformado más de la tercera parte del total (38,1 %) seguida de la respiratoria y la endocrinológica.

Contreras F.(30) indica en su estudio que el 40,9 % de los pacientes no presenta asociación con otras patologías, más el 17,05 % presentan cefaleas tensionales y el 14,77 % corresponde a patologías gástricas.

Con respecto a los medicamentos prescritos en nuestro estudio, una gran mayoría de pacientes 59,0 % son tratados con Fluoxetina, el 36,7 %, reciben Sertralina, el 31,7 % de los pacientes son tratados con risperidona, el 23,0 % de los pacientes reciben clonazepam, el 8,6 % de los pacientes son tratados con Alprazolam. Por otro lado, un menor porcentaje reciben Mirtazapina (2,2 %), Ácido valproico (1,4 %), Escitalopram (0,7 %) y Amitriptilina (0,7 %) de los pacientes. Estos datos llevan relación con Contreras F.(30) describiendo que seguidamente de las combinaciones

farmacéuticas, el 25 % de los pacientes usan ISRS (que corresponde en nuestro estudio a Fluoxetina y Sertralina).

Escobar F.(21) señala que Sertralina hidrocloreuro fue el antidepresivo de mayor consumo con un 49,2 % seguido de Amitriptilina 15,2 %, Fluoxetina 9,3 %, así mismo para Hernández L. et al.(20) Los principales agentes terapéuticos utilizados son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), destacándose especialmente la Sertralina. La guía clínica de Chile indica que éste es el tratamiento de primera línea para el episodio depresivo moderado y grave, por lo que es objetivo encontrarse con este resultado. (67)

De igual manera Tadesse M. et al.(19), señala que la monoterapia más prescrita fue la Amitriptilina (61; 28,1 %), seguida de Fluoxetina (59;27,2 %)

Con respecto al tiempo de tratamiento el 22,0 %, han recibido tratamiento durante un período inferior a 3 meses, mientras que el 24,0 % ha sido tratado durante un período de 6 a 12 meses, se puede decir que guarda relación con Palomino D.(16) el 31,7 % de las personas realizaron un periodo de consumo estándar de 6 meses o más, de 4 a 6 meses (29.3 %) Normalmente en ese periodo de tiempo se evalúa cómo es la respuesta en el paciente y se determina si continuar o terminar el tratamiento.

En las primeras semanas de tratamiento las personas no suelen sentir nada, o empiezan a observar solo efectos adversos o pequeñas mejoras en su estado de ánimo como mejoría en su actitud, en los meses 1 a 3 pueden experimentar una reducción en los efectos secundarios del medicamento y obtener un estado de mejoría emocional, ya en los meses 4 a 6 se observa que el medicamento tiene una actividad completa en el organismo.

En el estudio De Paz C.(25) En cuanto a las variables clínicas, el 50,5 % de los pacientes reporta una duración de la enfermedad depresiva de un año o más, mientras que el 51,6 % indica haber recibido tratamiento antidepresivo durante seis meses o más.

Con respecto a la cantidad de medicamentos, la mayoría de los pacientes, representando el 48,2 %, reciben un solo medicamento, mientras que el 39,6 % son tratados con dos medicamentos diferentes, el 10,8 % con 3 medicamentos y el 1,4 % con 4 medicamentos, según Hernández L.et al.(20) considera con el término de politerapia 14 pacientes con más de 5 medicamentos, debido a sus enfermedades crónicas del total de 35 pacientes.(20)

Los pacientes con politerapia pueden presentar mayor probabilidad de tener errores en la medicación, lograr adherencia en ellos es más

complicado y a su vez tienen más probabilidades de presentar interacciones farmacológicas entre los fármacos que están utilizando.(68)

Tadesse M.(19) señaló en su estudio la monoterapia prescrita con mayor frecuencia fue Amitriptilina (61; 28,1 %) seguida de Fluoxetina (59; 27,2 %). Con frecuencia se prescribió la combinación de Clorpromazina más Amitriptilina (25; 11,5 %) como terapia dual, por tanto, la mayoría de pacientes usaban un medicamento.

Un medicamento utilizado regularmente asociado a antidepresivo es el “Clonazepan”, 15 pacientes entrevistadas lo utilizaban. Este medicamento debe estar indicado para tratar la sintomatología de angustia que muchos pacientes indicaron sentir. Si bien este medicamento es clasificado como un antiepiléptico, el uso terapéutico que tiene en psiquiatría es su capacidad de manejo del trastorno de pánico, para esto es necesario que el médico realice un seguimiento a paciente que inicia terapia ya que debe iniciar con dosis mínima.

Furukawa y colaboradores, en 2009, estudiaron el tratamiento combinado de benzodiazepinas como Clonazepam con antidepresivos en pacientes adultos, resultó que la terapia con combinación de los fármacos tiene menos posibilidad de abandono que la terapia solo con antidepresivos. Además, los pacientes con fármacos combinados presentaban mayor

probabilidad de mejorar su depresión aumentando la respuesta a corto plazo hasta la cuarta semana, pero la probabilidad de reacciones secundarias era igual para ambas terapias. De todas maneras, las benzodiazepinas son asociadas a aumento de propensión a los accidentes y dependencia, por lo que su uso debe ser evaluado por el médico y el paciente.

Por otro lado, el gráfico 24 indica que solo el 4,0 % de los pacientes presentan efectos indeseados en la terapia farmacológica recibida mencionados como cefalea, dolor abdominal y somnolencia.

Hernández L.(20) De las 35 pacientes encuestadas, 15 informaron haber experimentado algún efecto secundario debido a los medicamentos recetados para tratar su depresión. De estas, 4 interrumpieron el tratamiento, mencionando que lo hicieron debido a los efectos adversos de la terapia farmacológica como cefalea, insomnio y dolor abdominal, los cuales son efectos colaterales que se presentan mayormente con ISRS, donde la literatura reporta mejor cumplimiento en comparación con antidepresivos tricíclicos, por el contrario Abegaz T.(19) más del ochenta por ciento de los encuestados informaron alguna reacción adversa medicamentosa (RAM). La RAM más común fue el aumento de peso, que podría deberse a la prescripción de antidepresivos tricíclicos como la amitriptilina. Además, se encontró que la monoterapia prescrita con mayor

frecuencia fue la Amitriptilina (61; 28,1 %) seguida de Fluoxetina (59; 27,2 %). Los antidepresivos de primera generación se asocian con una amplia gama de efectos secundarios y se recetan comúnmente en Etiopía debido a su costo reducido.

Respecto a la adherencia, un porcentaje considerable de pacientes, específicamente el 69,1 %, presenta una baja adherencia a su tratamiento. Por otro lado, el 24,5 % de los pacientes muestra una adherencia media a su terapia. Asimismo, un pequeño grupo de pacientes, representando el 6,5 %, demuestra una alta adherencia a su tratamiento médico.

De la Paz F.(25) basado en la escala de Morisky, el (56.0 %) Se identificaron 51 pacientes como no cumplidores y 40 pacientes, lo que representa el 44.0 %, como cumplidores del tratamiento antidepresivo.

Castillo E.(19) Según la evaluación realizada con el test de Morisky-Green-Levine en los pacientes, se encontró que el 68% exhibe baja conformidad con el tratamiento antidepresivo, el 20% muestra moderada conformidad, y solo el 12% presenta alta conformidad.

Salinas K.(22) revela que el 74,0 % de los pacientes con depresión atendidos en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi entre enero y junio de 2017 no mostró adherencia al tratamiento, mientras que el 26,0 % de los pacientes sí siguió el régimen terapéutico.

En el ámbito internacional se encontraron resultados en Hernández L.(20) El 54 % son adherentes, según el test de Hermes. Abegaz T.(19) El nivel medio de adherencia fue de $4,74 \pm 2,19$ sobre ocho puntuaciones. Más de la mitad de los sujetos tenían baja adherencia a sus medicamentos (124; 57,1 %). Casi un tercio de ellos tenía una adherencia moderada (70; 32,3 %). Sólo 23 (10,6 %) de ellos alcanzan un alto nivel de adherencia, utilizando la Escala de medición de adherencia a la medicación ocho de Morisky.

Palomino D. et al.(16) evidencia que el 73,2 % tiene una adherencia media, un 19,5 % no tiene adherencia y solo el 7,3 % de las personas tienen buena adherencia. La escala de Morisky Green establece que, si se obtiene una o más respuestas inadecuadas, se considera al encuestado no adherente, así se establece que la tasa de adherencia de antidepresivos es del 19,1 %. El abandono del tratamiento representa la principal razón de la falta de adherencia. Durante las conversaciones con los pacientes, se identificaron principalmente cuatro motivos para el abandono:

- Autoalta: Los pacientes expresaron sentirse bien y considerar que no necesitan continuar con la medicación.

- Distancia: Algunos pacientes se ausentan de la comuna y pierden sus citas debido a estar en otra ciudad, luego al regresar no reprograman su cita médica.
- Polimedicación: Los pacientes priorizan el tratamiento de otra condición médica que consideran más urgente que el tratamiento de la depresión.
- Efectos adversos: Algunos pacientes abandonan la medicación debido a experimentar malestares al tomar los fármacos. Sin embargo, no se puede confirmar que estos malestares sean causados directamente por el tratamiento o los medicamentos utilizados.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Las principales características sociodemográficas de los pacientes con trastornos depresivos atendidos en los C.S.M.C., son en mayor proporción femenino (82,7 %), adultos entre 31 y 60 años (51,1 %); con nivel de instrucción secundaria completa (31,7 %); ocupación independiente (26,6 %); de estado civil soltero (62,6 %); y viven con los padres (41.73 %).

SEGUNDA: Las principales características clínicas en pacientes con trastornos depresivos atendidos en los C.S.M.C., Tacna 2023, presentaban en mayor porcentaje un nivel moderado de depresión (89,2 %), ningún diagnóstico asociado a la depresión (70,0 %), psicoterapia paralela (76,3 %), en gran mayoría ninguno presentaba comorbilidad (84,17 %).

TERCERA: Los resultados de la terapia farmacológica de la muestra son en mayor proporción con más de 3 a 6 meses de tratamiento (24 %), prescripción de un medicamento (48,2 %) y no presentaban efectos indeseados en su mayoría (96.0b%), los

medicamentos prescritos fueron la Fluoxetina, Sertralina, Risperidona, Clonazepam, Alprazolam, Ácido Valproico, Escitalopram, Mirtazapina y Amitriptilina.

CUARTA: El nivel de adherencia terapéutica que predomina en los pacientes con trastornos depresivos atendidos en los C.S.M.C., Tacna 2023, es baja (69,1 %), adherencia media (24,5 %) y una baja adherencia (6,5 %).

RECOMENDACIONES

PRIMERA: A los Centros de Salud, realizar campañas de sensibilización a la población sobre la adherencia al tratamiento antidepresivo con el fin de modificar las actitudes de nuestra población en el proceso de terapia

SEGUNDA: A la Escuela de Farmacia y Bioquímica, continuar esta línea de investigación, asimismo implementar el seguimiento farmacoterapéutico para los pacientes con trastornos depresivos, a fin de mejorar la adherencia.

TERCERA: A los Centros de Salud, elaborar un programa para que no haya pacientes que se queden sin atención y por ende no reciben medicamentos afectando el tratamiento.

CUARTA: A los Centros de Salud, sensibilizar a los pacientes para que colaboren en futuros estudios, cuyos resultados permitirán tener un mejor conocimiento y en consecuencia, y esto redundará en beneficio de la terapia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. 2022 [citado 9 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
2. Organización Panamericana de la Salud OP de la S. Pan American Health Organization (PAHO). 2023 [citado 27 de septiembre de 2023]. La salud mental debe ocupar un lugar prioritario en la agenda política tras la pandemia de COVID-19: Nuevo informe de la OPS - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/9-6-2023-salud-mental-debe-ocupar-lugar-prioritario-agenda-politica-tras-pandemia-covid-19>
3. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 2023 [citado 11 de agosto de 2023]. Depresión. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
4. Vásquez A., García J., Dominguez G., Sánchez L., Sánchez J. Adherencia a los antidepresivos: reto terapéutico para mejores desenlaces clínicos en pacientes con depresión. Arch Med Manizales. 30 de junio de 2017;17(1):150-9.
5. PERU21 N. Peru21. NOTICIAS PERU21; 2023 [citado 6 de septiembre de 2023]. Salud mental | Minsa | Depresión | Ansiedad | Estrés | Preocupante: en los primeros tres meses de 2023 se han atendido 434,731 casos vinculados a salud mental. | LIMA. Disponible en: <https://peru21.pe/lima/salud-mental-minsa-depresion-ansiedad-estres-preocupante-en-los-primeros-tres-meses-de-2023-se-han-atendido-434731-casos-vinculados-a-salud-mental-noticia/>
6. Ministerio de Salud. Gob.pe. 2019 [citado 2 de julio de 2024]. Depresión severa es la principal causa de muerte por suicidio. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/52214-depresion-severa-es-la-principal-causa-de-muerte-por-suicidio>
7. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales [Internet]. [citado 7 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

8. Minsa. Ministerio de Salud. 2023 [citado 2 de julio de 2024]. Por cada muerte por suicidio hay 20 personas que han intentado acabar con su vida. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/831436-por-cada-muerte-por-suicidio-hay-20-personas-que-han-intentado-acabar-con-su-vida>

9. Mayo Clinic. Mayo Clinic. [citado 7 de octubre de 2023]. Antidepresivos: Recibe consejos para lidiar con los efectos secundarios. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/depression/in-depth/antidepressants/art-20049305>

10. Gobierno del Perú. La depresión es uno de los trastornos de salud mental más frecuentes en el país [Internet]. 2024 [citado 2 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/892900-la-depresion-es-uno-de-los-trastornos-de-salud-mental-mas-frecuentes-en-el-pais>

11. Serrano M., Vives M., Mateu C., Vicens C., Molina R., Puebla M., et al. Therapeutic adherence in primary care depressed patients: a longitudinal study. *Actas Esp Psiquiatr.* 2014;42(3):91-8.

12. Gobierno del Perú. Gob.pe. 2023 [citado 28 de septiembre de 2023]. Más de 650 mil atenciones por depresión fueron cubiertas por el SIS. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/sis/noticias/689829-mas-de-650-mil-atenciones-por-depresion-fueron-cubiertas-por-el-sis>

13. Creswell J., Creswell J. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches.*

14. Gonzales J, Maravilla G. TERAPEUTICA_FARMACOLOGICA.pdf [Internet]. [citado 12 de junio de 2024]. Disponible en: http://www.cualtos.udg.mx/programas/medicina/TERAPEUTICA_FARMACOLOGICA.pdf

15. Ortega J., Sánchez D., Rodríguez Ó., Ortega J. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *septiembre de 2018 [citado 12 de junio de 2024];16(3).* Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226

16. Marinez D., Bolaños L. Evaluación de la adherencia al tratamiento con fármacos antidepresivos en jóvenes de una localidad de Bogotá D.C. durante el periodo 2020-2023. 2023 [citado 3 de octubre de 2023];

Disponible en:
<https://repositorio.unbosque.edu.co/handle/20.500.12495/10610>

17. Restrepo J., Dominguez G., Martínez L., De Los Ángeles M., García J., Vásquez A., et al. Adherence to Antidepressant Therapies in Patients with Depressive Disorders Attending an Outpatient Clinic in a Public Mental Health Hospital, Antioquia, Colombia in 2017. *Psychiatr Q.* marzo de 2020;91(1):183-90.
18. Torres A., Ortiz Y., Martínez H., Fernández N., Pacheco D., Torres A., et al. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes con depresión. *Multimed.* febrero de 2019;23(1):1-10.
19. Abegaz T., Sori L., Toleha H. Self-Reported Adverse Drug Reactions, Medication Adherence, and Clinical Outcomes among Major Depressive Disorder Patients in Ethiopia: A Prospective Hospital Based Study. *Psychiatry J.* 2017;2017:5812817.
20. Hernández L., Torres M., Lagos X. Caracterización de la adherencia al tratamiento antidepresivo en mujeres atendidas en Hospital de Río Bueno durante el período 2014 - 2015. [Valdivia]: UACH; 2016.
21. Franco E. Prevalencia del uso de antidepresivos en pacientes atendidos por consulta externa en el hospital III ESSALUD, Chimbote. Octubre - diciembre 2020. 26 de agosto de 2023 [citado 3 de octubre de 2023]; Disponible en:
<https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/34329>
22. Salinas K. 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. Univ Católica St María [Internet]. 20 de marzo de 2018 [citado 2 de octubre de 2023]; Disponible en:
<https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/7497>
23. Cienfuegos E., Gonzales E. Seguimiento farmacéutico de ansiolíticos y antidepresivos en un grupo de pacientes del hospital militar central, Lima. Univ Inca Garcilaso Vega [Internet]. 12 de diciembre de 2018 [citado 1 de octubre de 2023]; Disponible en:
<http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/3512>
24. Castillo E. Grado de adherencia al tratamiento antidepresivo en pacientes ambulatorios de salud mental del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, setiembre-diciembre, 2016. *Repos Inst - UNITRU*

- [Internet]. 2018 [citado 1 de octubre de 2023]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2697974>
25. Soto F. Factores relacionados a la no adherencia al tratamiento antidepresivo en pacientes de psiquiatría del Hospital Regional Docente De Trujillo, Febrero-Marzo 2016. Univ Nac Trujillo [Internet]. 2017 [citado 2 de octubre de 2023]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2699547>
 26. Pacara G. Depresión y ansiedad en pacientes adultos atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Villa Tacna durante la pandemia por Covid-19, periodo marzo 2020 a octubre 2022. Univ Nac Jorge Basadre Grohmann [Internet]. 2023 [citado 4 de octubre de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/4941>
 27. Anquise A. Niveles de depresión en pacientes adultos atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Valle Pocollay, durante la pandemia por Covid-19. Univ Nac Jorge Basadre Grohmann [Internet]. 2021 [citado 4 de octubre de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/4384>
 28. López J. Prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna febrero 2020. Univ Nac Jorge Basadre Grohmann [Internet]. 2020 [citado 10 de octubre de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/3998>
 29. Nina E. Niveles de ansiedad y depresión en pacientes que acuden a la consulta de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, mayo a junio del 2019. Univ Nac Jorge Basadre Grohmann [Internet]. 2019 [citado 4 de octubre de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/3838>
 30. Contreras F. Ansiedad y depresión en pacientes de consulta externa psiquiátrica del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Univ Nac Jorge Basadre Grohmann [Internet]. 2006 [citado 4 de octubre de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/314>
 31. American Psychiatric Association, editor. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2014. 438 p.

32. Bremner J., Narayan M., Anderson E., Staib L., Miller H., Charney D. Hippocampal volume reduction in major depression. *Am J Psychiatry*. enero de 2000;157(1):115-8.
33. Bremner J., Vythilingam M., Vermetten E., Adil J., Khan S., Nazeer A., et al. Cortisol response to a cognitive stress challenge in posttraumatic stress disorder (PTSD) related to childhood abuse. *Psychoneuroendocrinology*. agosto de 2003;28(6):733-50.
34. Davidson R., Pizzagalli D., Nitschke J., Putnam K. Depression: perspectives from affective neuroscience. *Annu Rev Psychol*. 2002;53:545-74.
35. Cotter D., Mackay D., Landau S., Kerwin R., Everall I. Reduced glial cell density and neuronal size in the anterior cingulate cortex in major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. junio de 2001;58(6):545-53.
36. Milak M., Parsey R., Keilp J., Oquendo M., Malone K., Mann J. Neuroanatomic correlates of psychopathologic components of major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. abril de 2005;62(4):397-408.
37. Callado L. Sociedad Iberoamericana de Información Científica. 2008 [citado 13 de junio de 2024]. BASES NEUROBIOLÓGICAS DE LA DEPRESIÓN. Disponible en: <https://www.siicsalud.com/des/expertoimpreso.php/96278>
38. Sequeira A., Fornaguera J. Neurobiología de la depresión. Disponible en: <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/73689/2009-Revista%20Mexicana%20de%20Neurociencias-Neurobiolog%C3%ADa%20de%20la%20depresi%C3%B3n.PDF?sequence=1&isAllowed=y>
39. Hashimoto K., Shimizu E., Iyo M. Critical role of brain-derived neurotrophic factor in mood disorders. *Brain Res Brain Res Rev*. mayo de 2004;45(2):104-14.
40. Duman R., Monteggia L. A neurotrophic model for stress-related mood disorders. *Biol Psychiatry*. 15 de junio de 2006;59(12):1116-27.
41. Jesulola E., Micalos P., Baguley I. Understanding the pathophysiology of depression: From monoamines to the neurogenesis

- hypothesis model - are we there yet? *Behav Brain Res.* 2 de abril de 2018;341:79-90.
42. Pitsillou E., Bresnehan S., Kagarakis E., Wijoyo S., Liang J., Hung A., et al. The cellular and molecular basis of major depressive disorder: towards a unified model for understanding clinical depression. *Mol Biol Rep.* enero de 2020;47(1):753-70.
 43. Hasler G. Pathophysiology of depression: Do we have any solid evidence of interest to clinicians? *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA.* 1 de octubre de 2010;9:155-61.
 44. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Definición, factores de riesgo y diagnóstico [Internet]. *GuíaSalud.* 2019 [citado 20 de junio de 2024]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/egpc/depresion-adulto-definicion/>
 45. World Health Organization, editor. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión. [10a rev.]. Washington, D.C: OPS, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; 1995. 3 p. (Publicación científica).
 46. Humbert M. Top Doctors. 2022 [citado 20 de junio de 2024]. Depresión atípica: qué es y cómo detectarla. Disponible en: <https://www.topdoctors.es/articulos-medicos/la-depresion-atipica-representa-el-30-del-total-de-las-depresiones>
 47. Rubio N. Depresión enmascarada: qué es, síntomas, causas, y qué hacer [Internet]. 2020 [citado 20 de junio de 2024]. Disponible en: <https://psicologiymente.com/clinica/depresion-enmascarada>
 48. Cerda J., Herrera D., Miranda Ó., Legaspi J. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. 2018;(3).
 49. Vrijens B., De Geest S., Hughes D., Przemyslaw K., Demonceau J., Ruppert T, et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *Br J Clin Pharmacol.* mayo de 2012;73(5):691-705.
 50. González B., del Pino T., Serrano P., Rodríguez C., Bejarano D., Trujillo-Martín MM. Effectiveness of interventions to improve medication adherence in adults with depressive disorders: a meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 20 de julio de 2022;22:487.

51. Hillhouse T., Porter J. A brief history of the development of antidepressant drugs: from monoamines to glutamate. *Exp Clin Psychopharmacol.* febrero de 2015;23(1):1-21.
52. Corazón J. Antidepresivos de nueva generación: perfil de seguridad y elección en la práctica clínica [Internet]. Disponible en:
<https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/103591/CORAZON%20VILLA%20NUEVA%20JAVIER.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
53. Saiz J., Montes J. Tratamiento farmacológico de la depresión. *Rev Clínica Esp.* mayo de 2005;205(5):233-40.
54. Pérez R. Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Rev Fac Med México.* octubre de 2017;60(5):7-16.
55. Kennedy S., Lam R., McIntyre R., Tourjman S., Bhat V., Blier P., 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 Rev Can Psychiatr.* septiembre de 2016;61(9):540-60.
56. Antidepresivos_Definitivo_21-03-2022.pdf [Internet]. [citado 20 de junio de 2024]. Disponible en: https://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2022/03/Antidepresivos_Definitivo_21-03-2022.pdf
57. García J., Rosete E. Tratamiento farmacológico de la depresión mayor. *Rev Cuba Med Gen Integral.* junio de 2002;18(3):213-9.
58. Ibarra O., Morillo R. Lo que debes saber sobre la ADHERENCIA al tratamiento [Internet]. Boehringer Ingelheim; 2017. Disponible en: https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Adherencia2017/libro_ADHERENCIA.pdf
59. Porto J. Reacciones adversas a medicamentos. Generalidades. Criterios de derivación [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/20_ra_medicamentos_generalidades.pdf
60. Coryel M. Manual MSD versión para público general. [citado 11 de agosto de 2023]. Depresión - Trastornos de la salud mental. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/depresi%C3%B3n>

61. Escalas J., Guerra A., Rodríguez M. Tratamiento con psicofármacos de los trastornos psicodermatológicos. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 1 de julio de 2010;101(6):485-94.
62. Triglia A. *Psicología y mente*. 2016 [citado 15 de octubre de 2023]. Hipocampo: funciones y estructura del órgano de la memoria. Disponible en: <https://psicologiaymente.com/neurociencias/hipocampo>
63. Reyes L. *PSICOBIOLOGÍA DEL COMPORTAMIENTO*. Universidad Tecnológica de México
64. Serrano C.. Kenhub. [citado 11 de julio de 2024]. Hipotálamo. Disponible en: <https://www.kenhub.com/es/library/anatomia-es/hipotalamo-es>
65. Leira M. *Manual-de-bases-biológicas-del-comportamiento-humano(1).pdf* [Internet]. [citado 15 de octubre de 2023]. Disponible en: [https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/21091/1/Manual-de-bases-biolo%CC%81gicas-del-comportamiento-humano\(1\).pdf#page=177](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/21091/1/Manual-de-bases-biolo%CC%81gicas-del-comportamiento-humano(1).pdf#page=177)
66. Supo J. *BIOESTADISTICO*. 2023 [citado 26 de mayo de 2024]. Tipos de investigación. Disponible en: <https://bioestadistico.com/tipos-de-investigacion>
67. Coryell W. *Manual MSD versión para profesionales*. 2023 [citado 23 de mayo de 2024]. Tratamiento farmacológico de la depresión - Trastornos psiquiátricos. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psiquiátricos/trastornos-del-estado-de-ánimo/tratamiento-farmacológico-de-la-depresión>
68. Vargas G., Gallegos C., Salgado C., Salazar M., Huamán K., Bonilla C., et al. Guía de práctica clínica basada en evidencias para el tratamiento de depresión en adultos en un hospital especializado en salud mental. Lima, Perú. *An Fac Med*. enero de 2019;80(1):123-30.

ANEXOS

Anexo 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA	TÉCNICAS / INSTRUMENTOS
<p>PROBLEMA PRINCIPAL</p> <p>¿Cuál es la adherencia terapéutica en pacientes con trastornos depresivos atendidos en los C.S.M.C., Tacna 2023?</p>	<p>OBJETIVO PRINCIPAL</p> <p>Determinar la adherencia terapéutica en pacientes con trastornos depresivos atendidos en los C.S.M.C., Tacna 2023.</p>	<p>El presente estudio es descriptivo por lo cual no conlleva a la formulación de hipótesis.</p>	<p>Variable 1 Características sociodemográficas de los pacientes con trastornos depresivos atendidos en los C.S.M.C., Tacna 2023</p> <p>Variable 2 Características clínicas de los pacientes con trastornos depresivos atendidos en los C.S.M.C., Tacna 2023</p> <p>Variable 3 Terapia farmacológica en pacientes con trastornos depresivos atendidos en los C.S.M.C., Tacna 2023</p> <p>Variable 4 Adherencia terapéutica en pacientes con trastornos depresivos atendidos en los C.S.M.C., Tacna 2023</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN Observacional, prospectivo, transversal descriptivo</p> <p>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN No experimental transversal.</p> <p>NIVEL DE INVESTIGACIÓN Descriptiva</p> <p>Población: La población total estará constituida por pacientes con diagnóstico depresivo según el padrón de atenciones del Centro de Salud mental Comunitario:</p> <p>Muestra: El tamaño de la muestra con que se trabajará será de 139 pacientes con depresión.</p>	<p>Técnicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista con los participantes. • Historia clínica. • Recolección de datos <p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de Adherencia a la Medicación de Morisky de 8 ítems(MMAS-8) • Ficha de recolección de datos
<p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>¿Cuáles son las características sociodemográficas en pacientes con trastornos depresivos atendidos en los C.S.M.C., Tacna 2023?</p> <p>¿Cuáles son las características clínicas en pacientes con trastornos depresivos atendidos en los C.S.M.C., Tacna 2023?</p> <p>¿Cuál es la terapia farmacológica en pacientes con trastornos depresivos atendidos en los C.S.M.C., Tacna 2023?</p> <p>¿Cuál es la adherencia terapéutica en pacientes con trastornos depresivos atendidos en los C.S.M.C., Tacna 2023?</p>	<p>OBJETIVO ESPECIFICOS</p> <p>Describir las características sociodemográficas en pacientes con trastornos depresivos atendidos en los C.S.M.C., Tacna 2023</p> <p>Enunciar las características clínicas en pacientes con trastornos depresivos atendidos en los C.S.M.C., Tacna 2023.</p> <p>¿Cuál es la terapia farmacológica en pacientes con trastornos depresivos atendidos en los C.S.M.C., Tacna 2023?</p> <p>Evaluar la adherencia terapéutica en pacientes con trastornos depresivos atendidos en los C.S.M.C., Tacna 2023.</p>				

Anexo 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON TRASTORNOS DEPRESIVOS ATENDIDOS EN CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS, TACNA 2023

Institución: Universidad Jorge Basadre Grohmann

Responsable: Bach. Carem Lucia Velasque Atco

Estimado participante,

Le pedimos su apoyo en la realización de la mencionada investigación

La información que se presenta a continuación tiene como finalidad ayudarlo(a) a decidir si usted desea participar en una investigación sin riesgo. Si tuviera alguna duda preguntar a la persona encargada del estudio

Información general del estudio: El propósito de esta investigación es evaluar la adherencia al tratamiento antidepresivo en pacientes con diagnóstico de depresión, con el fin de poder aportar y /o ampliar la información que se tiene de este tema, para mejorar las estrategias de abordaje en el futuro y obtener mayor éxito en la recuperación del paciente.

Procedimiento del estudio: A las personas que decidan voluntariamente participar en este estudio, se les realizará una breve entrevista y se les pedirá que completen 2 cuestionarios, los cuales se responderán de manera ANÓNIMA el proceso durará un aproximado de 10 a 15 min.

Confidencialidad: No se mostrará datos que permitan la identificación de las personas que formaron parte de la muestra de estudio. La información recopilada a través de este cuestionario será manejada únicamente por la investigadora y con el único fin de este estudio.

Consentimiento: Yo, he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en este estudio pueden ser publicados o difundidos solo con FINES CIENTIFICOS. Siendo así, mi participación es completamente voluntaria.

Tacna, _____ del _____

Firma del participante

DNI: __

Anexo 3.
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

- **Edad:** ___ años Joven() Adulto() Adulto mayor()
- **Sexo:** Femenino() Masculino()
- **Estado civil:** Soltero() Casado() Viudo() Divorciado()
- **Grado de instrucción:** Sin instrucción() Primaria()
Secundaria() Superior()
- **Ocupación:** Ama de casa() Estudiante() Trabaja()
- **Personas con quien vive :** Vive solo() Vive con pareja()
Hijos() Madre/ Padre() Otro()_____

2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

Tiempo de tratamiento de la depresión: _____

Medicamentos prescritos para la depresión:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Efecto colateral o adverso: (SI) (NO) ¿CUAL?_____

Psicoterapia paralela (SI) (NO)

Clasificación clínica de la depresión:

Leve () Moderado () Grave () Otro ()_____

Diagnóstico asociado a la depresión:

- a) _____
- b) _____
- c) _____

Comorbilidades: (SI) (NO)

- a) HTA () b) DM2 () c) Obesidad () d) Asma ()
- e) Otros _____

Anexo 4.
CUESTIONARIO DE ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN DE MORISKY DE
8 ÍTEMS (MMAS-8)

		SI	NO
1. ¿A veces se olvida de tomar su medicamento?			
2. La gente a veces omite tomar sus medicamentos por razones diferentes al olvido. ¿En las últimas 2 semanas hubo algún día que no tomo su medicamento?			
3. Alguna vez ha reducido la dosis y/o dejado de tomar sus medicamentos sin haberle dicho a su médico porque se sentía peor al tomarla?			
4. Cuando viaja o sale de casa ¿A veces olvida tomar su medicación?			
5. Ayer ¿Tomó todos sus medicamentos?			
6. Cuando siente que sus síntomas están bajo control ¿A veces deja de tomar sus medicamentos?			
7. Tomar medicamentos todos los días es un verdadero inconveniente para algunas personas. ¿Alguna vez se siente presionado a cumplir su plan de tratamiento?			
8. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para acordarse de tomar todos sus medicamentos?	Nunca /Raramente		
	De vez en cuando		
	A veces		
	Usualmente/ casi siempre		
	Todo el tiempo/ siempre		

Anexo 5.
RESULTADO DE LA ENCUESTA DE MORISKY SEGÚN CADA ÍTEM.

		N	%
¿A veces se olvida de tomar sus medicamentos?	Si	3	2,2
	No	136	97,8
¿En las últimas dos semanas hubo algún día que no tomo su medicamento?	Si	98	70,5
	No	41	29,5
¿Alguna vez ha reducido la dosis y/o dejado de tomar sus medicamentos, sin haberle dicho a su médico?	Si	73	52,5
	No	66	47,5
Cuando viaja o sale de casa ¿A veces olvida tomar su medicación?	Si	40	28,8
	No	99	71,2
Ayer ¿Tomó todos sus medicamentos?	Si	61	43,9
	No	78	56,1
Cuando siente que sus síntomas están bajo control ¿A veces deja de tomar sus medicamentos?	Si	106	76,3
	No	33	23,7
¿Alguna vez se siente presionado a cumplir su plan de tratamiento?	Si	46	33,1
	No	93	66,9
¿Con qué frecuencia tiene dificultad para acordarse de tomar todos sus medicamentos?	Nunca/Raramente	41	30,4
	De vez en cuando	37	27,4
	A veces	53	39,3
	Usualmente/ Casi siempre	4	2,9
	Siempre	0	0,0
Total		139	100,0

Anexo 6.
AUTORIZACIÓN DE LA RED DE SALUD PARA EJECUCIÓN



N° 043-2023-AFI-UESA-ODI-DE-REDS.T.-

AUTORIZACIÓN

LA DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA RED DE SALUD, DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TACNA, AUTORIZA A:

CAREM LUCIA VELASQUE ATCO

BACHILLER DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN, A FIN DE EJECUTAR EL PROYECTO DE TESIS TITULADO: "EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON TRANSTORNOS DEPRESIVOS ATENDIDOS EN CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS, TACNA 2023" APROBADO CON RESOLUCION DE FACULTAD N° 12415-2023-FACS-UNJBG, POR LO QUE SÍRVASE BRINDAR LAS FACILIDADES NECESARIAS POR UN PERIODO DE 02 MESES PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO EN MENCIÓN.

TACNA, 22 DE NOVIEMBRE DEL 2023



MAAT/FCL/DAFF.

Av. Gregorio Albarracín N° 526
direccion@redsaludtacna.gob.pe
Tacna - Perú

Anexo 7.
EVIDENCIA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Foto realizada en el
C.S.M.C. Villa del Norte



Foto realizada en el
C.S.M.C. Valle Pocollay



Foto realizada en el C.S.M.C. Villa Tacna

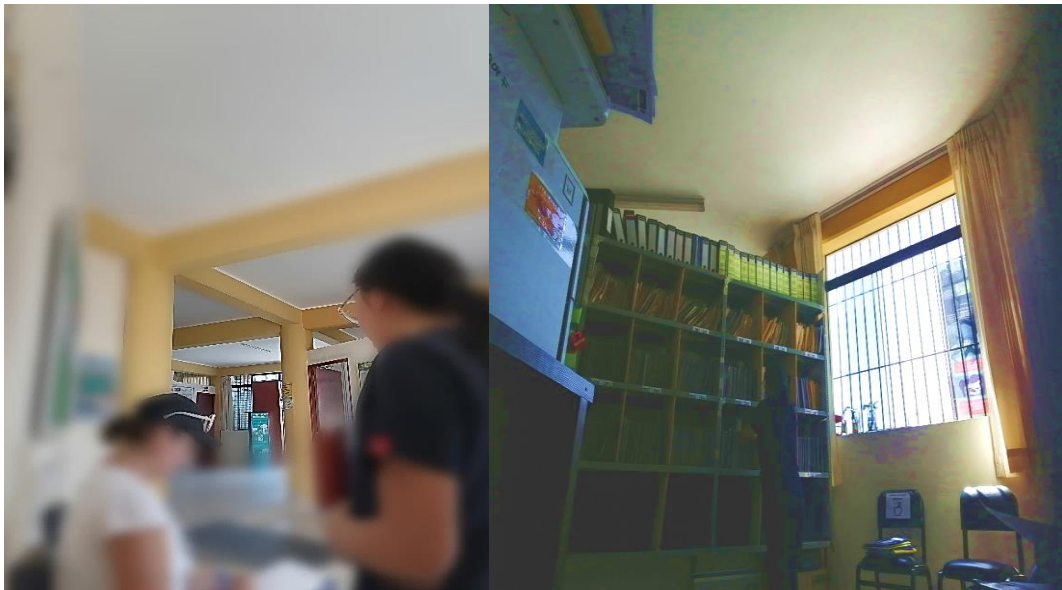


Foto realizada en el C.S.M.C. La Heroica



Foto realizada en el C.S.M.C. Jorge Basadre

