

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA



TESIS

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN
PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL
COMUNITARIO DE PICHARI-CUSCO, 2024**

PRESENTADO POR:

Bach. VIOLETA BLANCO CCAMA

**PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL
DE QUÍMICO FARMACÉUTICO**

ASESORA:

Dra. LELIA TORRES RODRÍGUEZ

CUSCO-PERÚ

2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-303-2020-UNSAAC)

El que suscribe, Asesor del trabajo de investigación/tesis titulada: FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO DE PICHARI - CUSCO, 2024

Presentado por: VIOLETA BLANCO CCMA DNI N° 77079386

presentado por: DNI N°:

Para optar el título profesional/grado académico de QUÍMICO FARMACÉUTICO

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 02 veces, mediante el Software Antiplagio, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso de Sistema Antiplagio de la UNSAAC** y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 98%.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No se considera plagio.	<u>X</u>
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las correcciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, quien a su vez eleva el informe a la autoridad académica para que tome las acciones correspondientes. Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	

Por tanto, en mi condición de asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y **adjunto** las primeras páginas del reporte del Sistema Antiplagio.

Cusco, 23 de AGOSTO de 2025

[Firma]
Firma

Post firma LEILA M. RODRIGUEZ TORRES

Nro. de DNI 23963486

ORCID del Asesor 0000-0002-8750-6770

Se adjunta:

1. Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
2. Enlace del Reporte Generado por el Sistema Antiplagio: **oid:** 27259:486189412

Violeta Blanco Ccama

TESISF (3).docx

 Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::27259:486189412

149 páginas

Fecha de entrega

23 ago 2025, 5:25 p.m. GMT-5

28.914 palabras

Fecha de descarga

23 ago 2025, 5:48 p.m. GMT-5

167.228 caracteres

Nombre del archivo

TESISF (3).docx

Tamaño del archivo

3.7 MB

8% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 15 palabras)

Fuentes principales

- 4%  Fuentes de Internet
- 0%  Publicaciones
- 6%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

DEDICATORIA

Al Dios verdadero: Jehová, quien me conoce desde mi formación y quien tiene mis días de vida escritos en su libro, quien me enseñó con tierno amor paternal que todas mis acciones, pensamientos, emociones, sentimientos y decisiones deben armonizar con su perfecta personalidad y voluntad, no he confiado en mi propio conocimiento para dar este paso (Pr 3:5).

A mi amada mamita: Natividad Ccama Raurau, quien no se ha cansado de fomentar en mí la resiliencia, su rol abnegado de madre es ampliamente valorado.

A mis amados hermanos: Alexander, Raúl, Dusan, Julio César, Rocío, Néstor Rivelino, Rosaluz, Moisés y Dámaris, cada uno de ellos es un motor para esforzarse cada día, y merecen ser parte de cada logro mío.

A mi querida hermana Rosita, que ha sido parte de cada etapa de este proyecto, siempre he visto su apoyo sin demora.

A mi amada hermanita Rocío, quien ha desempeñado el rol de madre, quedo eternamente agradecida, su madurez me da la confianza de escuchar sus consejos.

A mi cuñada Victoria, quien siempre ha colaborado en mi proceso de formación y ha mostrado siempre preocupación por mi bienestar.

A mis sobrinos: Joaquín, Nahiara, Zoe, Salvador, Sebastián, Caleb Antoni, quienes colorean mis días de mucha alegría, es indispensable tenerlos cerca.

A mi amiga, hermana y compañera: Irma Castro, quien con mucha paciencia y cariño ha estado pendiente de que no pierda de vista siempre lo más importante.

Violeta Blanco Ccama

AGRADECIMIENTOS

Al Dios verdadero: Jehová, porque en cada pasito a contribuido a mi equilibrio emocional y espiritual, vitales para disfrutar de cada actividad que realice, sin perder la actitud de asombro, sorpresa y agradecimiento (Is 40: 28,29).

A mis amados padres: Claudio Sebastián Blanco Conza, que sigue vivo para todos, en poco tiempo podré contarle directamente el efecto que han tenido en mí su relación con la creación, me enseñó a no ir en contra de las leyes físicas que rigen la naturaleza y a expresar poéticamente hasta las situaciones más comunes de la vida. A mi mamita Natividad Ccama Raurau, por darme el regalo de la vida, que me enseñó a ser perseverante y trabajadora, cualidades que han contribuido a mi proceso de formación, sus personalidades complementarias me hicieron ver que la vida es hermosa en la variedad.

A mis amados hermanos: Alexander, Raúl, Dusan, Julio César, Rocío, Néstor Rivelino, Rosaluz, Moisés y Dámaris, quienes, con su cariño, disciplina, sentido del humor, protección, apoyo, humildad, alegría y respeto han enriquecido mi vida de alegría, cada uno de ellos es un hermoso libro de experiencias enternecedoras, no hay vínculo más estrecho que nuestro amor fraternal.

A mi querida cuñada Gilda Sánchez Segovia, que marcó nuestras vidas con su bella personalidad, su abnegación e interés sincero por los demás ha reforzado más mi propósito de vida, tomará solo un suspiro volver a verla.

A mi asesora Dra. Lelia María Rodríguez Torres, quien con su experiencia, conocimiento y paciencia ha logrado marcar valores en mi formación profesional.

A la Dra Zany Frisancho Triveño y Dra Yanet Cuentas Romaña por darme un espacio para la amistad, han complementado y reforzado mis convicciones.

A la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco por refugiarme en sus aulas con el propósito de tener una herramienta que me permita contribuir a la sociedad.

A la Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica, por esforzarse en dar lo mejor de sus profesionales con el propósito de ofrecer a la sociedad Químico-Farmacéuticos de calidad.

Al Centro de Salud Mental de Pichari y a los profesionales que lo conforman, por abrirme las puertas y permitirme acercarme a los pacientes, que amplificaron mi percepción de su patología, abordándolos desde un enfoque más integral; gracias a ellos se concretizó esta idea de investigación.

A mis amigos y amigas que fueron y son parte de los pasos que doy, algunas lograron ser más que hermanas, sus principios y valores permiten integrarlas en mi diario vivir, también son un regalo de Dios.

Violeta Blanco Ccama

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo identificar los factores que influyen en la adherencia terapéutica en pacientes con depresión del Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari-Cusco (octubre 2024 – febrero 2025). Fue no experimental, cuantitativo, descriptivo-correlacional y transversal-prospectivo. Se encuestó a 102 pacientes con la escala de Morisky de 8 ítems (MMAS-8) y un cuestionario validado por expertos. Para el análisis se emplearon chi-cuadrado (X^2) y razón de prevalencia (RP). Los resultados mostraron predominio femenino (84,31%), edad de 30-40 años (43,14%), estado civil soltero (46,08%) y nivel educativo secundario (46,08%). El 79,41% presentó baja adherencia terapéutica. El chi-cuadrado evidenció asociaciones significativas con el estado civil ($p=0,023$; $RP=1,194$), consumo de plantas medicinales ($p=0,024$; $RP=1,260$), creencia de dependencia a medicamentos ($p=0,042$; $RP=1,229$), sugerencia de terceros para suspender el tratamiento ($p=0,047$; $RP=1,230$), ocupación ($p=0,028$), frecuencia de atenciones ($p=0,039$) y potenciación de ISRS con benzodiacepinas ($p=0,029$; $RP=1,281$). En conclusión, los factores que influyeron significativamente en la baja adherencia fueron el estado civil, el consumo de plantas medicinales, la creencia de hacerse dependientes a los medicamentos, la sugerencia por otras personas a suspender el tratamiento, la ocupación, la frecuencia de atenciones y la potenciación de ISRS con benzodiacepinas.

Palabras clave: Adherencia terapéutica, depresión, psicoterapia, antidepresivos.

ABSTRACT

This study aimed to identify factors influencing therapeutic adherence in patients with depression at the Pichari Community Mental Health Center in Cusco (October 2024–February 2025). The study was non-experimental, quantitative, descriptive-correlational, and cross-sectional-prospective. A total of 102 patients were surveyed using the 8-item Morisky Scale (MMAS-8) and a peer-validated questionnaire. Chi-square (χ^2) and prevalence ratio (PR) were used for analysis. Results showed a predominance of women (84.31%), age between 30 and 40 years (43.14%), single marital status (46.08%), and secondary education level (46.08%). A total of 79.41% presented low therapeutic adherence. The chi-square test showed significant associations with marital status ($p=0.023$; $PR=1.194$), medicinal plant use ($p=0.024$; $PR=1.260$), belief in drug dependence ($p=0.042$; $PR=1.229$), suggestion by others to discontinue treatment ($p=0.047$; $PR=1.230$), occupation ($p=0.028$), frequency of visits ($p=0.039$), and SSRI potentiation with benzodiazepines ($p=0.029$; $PR=1.281$). In conclusion, the factors that significantly influenced low adherence were marital status, medicinal plant use, belief in becoming drug dependent, suggestion by others to discontinue treatment, occupation, frequency of visits, and SSRI potentiation with benzodiazepines.

Keywords: Therapeutic, adherence, depression, psychotherapy, antidepressants.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
ÍNDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE FIGURAS	xii
ÍNDICE DE ANEXOS	xiii
ABREVIATURAS.....	xiv
INTRODUCCIÓN	xv
CAPÍTULO I	1
GENERALIDADES.....	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	3
1.3. Objetivos de la investigación	3
1.3.1. Objetivo general	3
1.3.2. Objetivos específicos	3
1.4. Justificación e importancia del estudio.....	4
1.5. Hipótesis	5
1.6. Limitaciones.....	5
CAPÍTULO II	7
MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL.....	7
2.1. Visión histórica.....	7
2.2. Antecedentes del estudio	8
2.2.1. Antecedentes internacionales.....	8
2.2.2. Antecedentes nacionales.....	11
2.2.3. Antecedentes locales.....	14
2.3. Bases teórico científicas.....	18
2.3.1. Depresión	18
2.3.1.1. Definición	18
2.3.1.2. Etiología	18
2.3.1.3. Bases neuroquímicas de la depresión	18
2.3.1.4. Fisiopatología.....	22
2.3.1.5. Epidemiología	23
2.3.1.6. Factores de riesgo	23

2.3.1.3. Criterios diagnósticos	24
2.3.1.4. Riesgo de suicidio	27
2.3.1.5. Tratamiento.....	28
2.3.2. Guía de práctica clínica para el tamizaje, diagnóstico y tratamiento de la depresión en personas mayores de 18 años desde el primer nivel de atención.....	40
2.3.2.1. Tamizaje.....	40
2.3.2.2. Evaluación y diagnóstico.....	41
2.3.2.3. Tratamiento	45
2.3.2.4. Intervenciones psicoterapéuticas	46
2.3.2.5. Seguimiento y valoración de la remisión y alta clínica	47
2.3.2.6. Riesgo de suicidio	47
2.3.2.7. Complicaciones.....	48
2.3.3. Adherencia terapéutica.....	49
2.3.4. Definición	49
2.3.4.1. Factores que intervienen en la adherencia terapéutica.....	49
2.3.4.2. Métodos para evaluar la adherencia al tratamiento en pacientes depresivos	51
2.3.5. Centro de salud mental comunitario de Pichari	56
2.3.5.1. Datos generales del establecimiento de salud	56
2.4. Glosario de términos	58
MATERIALES Y MÉTODOS	59
3.1. Materiales.....	59
3.2. Metodología	59
3.2.1. Ubicación de estudio	59
3.2.2. Tiempo de estudio	59
3.2.3. Tipo de estudio	59
3.2.4. Diseño de la investigación	61
3.2.5. Variables de estudio	61
3.2.5.1. Variables independientes.....	61
3.2.5.2. Variables dependientes.....	61
3.2.6. Operacionalización de variables	62
Variable independiente.....	62
Variable dependiente	66
3.3. Población y muestra.....	67
3.3.1. Descripción de la población.....	67

3.3.2. Criterios de inclusión	67
3.3.3. Criterios de exclusión	67
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	68
3.4.1. Técnica	68
3.4.2. Instrumento.....	68
3.5. Procedimientos	70
3.5.1. Autorización para la recolección de datos	70
3.5.2. Aplicación de instrumentos de recolección de datos	70
3.5.3. Técnica de procesamiento de datos	71
3.5.4. Aspectos éticos.....	71
3.5.4.1. Principio de autonomía	71
3.5.4.2. Principio de beneficencia	72
3.5.4.3. Principio de no maleficencia.....	72
3.5.4.4. Principio de justicia	72
CAPÍTULO IV	73
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	73
4.1. Descripción de los pacientes con depresión del Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari – Cusco	73
4.2. Nivel de adherencia de los pacientes con depresión del Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari – Cusco,2024.....	78
4.3. Factores relacionados con la baja adherencia terapéutica	83
4.3.1. Factores relacionados con el paciente	83
4.3.2. Factores socioeconómicos.....	90
4.3.3. Factores relacionados con el sistema sanitario.....	92
4.3.4. Factores relacionados con el tratamiento.....	96
4.3.5. Factores relacionados con la patología.....	102
CONCLUSIONES.....	104
RECOMENDACIONES	106
BIBLIOGRAFÍA	107
ANEXOS	113

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1. Clasificación de los antidepresivos.....</i>	<i>31</i>
<i>Tabla 2. Criterios Generales A de diagnóstico de depresión</i>	<i>42</i>
<i>Tabla 3. Criterios Generales B de diagnóstico de depresión</i>	<i>42</i>
<i>Tabla 4. Criterios Generales C de diagnóstico de depresión</i>	<i>43</i>
<i>Tabla 5. Criterios Generales D de diagnóstico de depresión</i>	<i>43</i>
<i>Tabla 6. Diagnóstico de episodio depresivo.....</i>	<i>44</i>
<i>Tabla 7. Medicamentos antidepresivos usados por el MINSA</i>	<i>45</i>
<i>Tabla 8. Descripción de riesgo suicida.....</i>	<i>48</i>
<i>Tabla 9. Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky 8 ítems (MMAS-8)</i>	<i>54</i>
<i>Tabla 10. Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky 8 ítems (MMAS-8)</i>	<i>55</i>
<i>Tabla 11. Características sociodemográficas de los pacientes con depresión del Centro de Salud Mental comunitario de Pichari-Cusco, 2024.</i>	<i>73</i>
<i>Tabla 12. Nivel de adherencia al tratamiento con escala de Morisky 8 ítems (MMAS-8).</i>	<i>78</i>
<i>Tabla 13. Resultados de la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky 8 Ítems (MMAS-8)</i>	<i>81</i>
<i>Tabla 14. Factores sociodemográficos y su asociación con la baja adherencia terapéutica en pacientes con depresión del Centro de Salud Mental comunitario de Pichari-Cusco, 2024.</i>	<i>83</i>
<i>Tabla 15. Creencias sobre tratamiento y su asociación con la baja adherencia a tratamientos en pacientes con depresión del Centro de Salud Mental comunitario de Pichari-Cusco, 2024.....</i>	<i>86</i>
<i>Tabla 16. Adicción en pacientes y su asociación con la baja adherencia terapéutica en pacientes con depresión del Centro de Salud Mental comunitario de Pichari-Cusco, 2024.</i>	<i>88</i>
<i>Tabla 17. Factores socioeconómicos y su asociación con la baja adherencia terapéutica en pacientes con depresión del Centro de Salud Mental comunitario de Pichari-Cusco, 2024.</i>	<i>90</i>
<i>Tabla 18. Factores relacionados con la atención del paciente y su asociación con la baja adherencia terapéutica en pacientes con depresión del Centro de Salud Mental comunitario de Pichari-Cusco, 2024.....</i>	<i>92</i>
<i>Tabla 19. Factores relacionados la relación médico-paciente y su asociación con la baja adherencia terapéutica en pacientes con depresión del Centro de Salud Mental comunitario de Pichari-Cusco, 2024.....</i>	<i>94</i>

<i>Tabla 20. Factores relacionados con los medicamentos y su asociación con la baja adherencia terapéutica en pacientes con depresión del Centro de Salud Mental comunitario de Pichari-Cusco, 2024.</i>	96
<i>Tabla 21. Factores relacionados tipo de medicamento y su asociación con la baja adherencia terapéutica en pacientes con depresión del Centro de Salud Mental comunitario de Pichari-Cusco, 2024.</i>	99
<i>Tabla 22. Factores relacionados con la patología y su asociación con la baja adherencia terapéutica en pacientes con depresión del Centro de Salud Mental comunitario de Pichari-Cusco, 2024.</i>	102

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1: Síntesis de la serotonina.</i>	19
<i>Figura 2: Los neurotransmisores y su efecto en los síntomas depresivos.</i>	20
<i>Figura 3: Estructura química de inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS), a) paroxetina, b) fluoxetina, c) sertralina.</i>	32
<i>Figura 4: Estructura química de inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS), a) fluvoxamina, b) escitalopram.</i>	33
<i>Figura 5: Estructura química de la reboxetina.</i>	33
<i>Figura 6: Estructura química de a) venlafaxina y b) duloxetina.</i>	34
<i>Figura 7: Estructura química del bupropión.</i>	35
<i>Figura 8: Estructura química de la selegilina.</i>	36
<i>Figura 9: Estructura química de antidepresivos tricíclicos.</i>	36
<i>Figura 10: Estructura química de la mirtazapina.</i>	37
<i>Figura 11: Estructura química de la trazodona.</i>	38
<i>Figura 12: Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari.</i>	56
<i>Figura 13: Organigrama del Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari (CSMC-Pichari).</i>	57
<i>Figura 14: Edad de pacientes con depresión del Centro de Salud Mental comunitario de Pichari-Cusco, 2024.</i>	74
<i>Figura 15: Género de pacientes con depresión del Centro de Salud Mental comunitario de Pichari-Cusco, 2024.</i>	75
<i>Figura 16: Estado civil de pacientes con depresión del Centro de Salud Mental comunitario de Pichari-Cusco, 2024.</i>	76
<i>Figura 17: Nivel de educación de pacientes con depresión del Centro de Salud Mental comunitario de Pichari-Cusco, 2024.</i>	77
<i>Figura 18: Porcentaje del nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con depresión del Centro de Salud Mental comunitario de Pichari-Cusco, 2024.</i>	79
<i>Figura 19: Porcentaje de medicamentos más consumidos en pacientes con depresión del Centro de Salud Mental comunitario de Pichari-Cusco, 2024.</i>	100

ÍNDICE DE ANEXOS

<i>Anexo 1: Matriz de consistencia.....</i>	<i>114</i>
<i>Anexo 2: Cuestionario de factores asociados a la adherencia terapéutica en pacientes con depresión</i>	<i>116</i>
<i>Anexo 3: Escala de adherencia a la medicación de Morisky 8 ítems(MMAS-8)</i>	<i>119</i>
<i>Anexo 4: Consentimiento informado</i>	<i>120</i>
<i>Anexo 5: Validación de instrumento por juicio de expertos</i>	<i>121</i>
<i>Anexo 6: Cálculo de distancia de punto medio(ddp), validez de contenido....</i>	<i>126</i>
<i>Anexo 7: Prueba de Kolmogorov-Smirnov</i>	<i>127</i>
<i>Anexo 8: Solicitud de permiso</i>	<i>128</i>
<i>Anexo 9: Permiso de aplicación de encuesta.....</i>	<i>129</i>
<i>Anexo 10: Base de datos de pacientes con depresión: servicio de estadística y farmacia.....</i>	<i>130</i>
<i>Anexo 11: Evidencias fotográficas</i>	<i>131</i>
<i>Anexo 12: Consentimiento informado</i>	<i>133</i>

ABREVIATURAS

AMPC:	Adenosín monofosfato cíclico.
ASIR:	Antagonistas de los receptores serotoninérgicos e inhibidores de su recaptación.
AVISA:	Años de Vida Saludables Perdidos.
BDNF:	Factor Neurotrófico Derivado del Cerebro.
CCA:	Corteza cingulada anterior.
CPF:	Corteza prefrontal.
CSMC:	Centro de Salud Mental Comunitario.
CREB:	Proteína de unión al elemento de respuesta a AMPc.
GIRK:	Canales iónicos rectificadores de potasio activados por proteínas.
IMAO:	Inhibidores de la monoamino oxidasa.
IRDN:	Inhibidores selectivos de la recaptación de dopamina y noradrenalina.
IRSN:	Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina y serotonina.
IRNA:	Inhibidores selectivo de la recaptación de noradrenalina.
ISRS:	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.
NASSA:	Antagonistas selectivos de serotonina y noradrenalina.
PCCI:	Plan de Continuidad de Cuidados Individualizados.
PNUME:	Petitorio Nacional Único de Medicamentos.
RD:	Rafe dorsal.
RP:	Razón de prevalencia.
TrkB:	Receptor tirosina quinasa.

INTRODUCCIÓN

Debido a los escenarios mundiales muy cambiantes, las cifras de depresión van en aumento cada año, para el 2023, según la OMS, el 3.8% de la población la padecía. Uno de los síntomas más lamentables es la generación de pensamientos suicidas, pues se estima que cada año 700 000 personas concretan tales ideas. El Perú no es ajeno a esta realidad, según los datos estadísticos otorgados por la Plataforma de Seguimiento de las Acciones de Salud Mental del MINSA, se diagnosticó cerca de 200 000 casos de depresión en el 2023 (1,2).

Ante tales datos se considera a la depresión un gran problema de Salud Mental, en respuesta se ha implementado guías de manejo terapéutico adaptadas a la realidad de cada país, con el fin de una actuación oportuna para el mejoramiento del paciente, la terapia incluye múltiples enfoques, como el psicológico y farmacológico, en ambos casos, se requiere la colaboración activa y comprometida del paciente para el cumplimiento concienzudo del tratamiento, con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente y evitar desenlaces trágicos (3).

Sin embargo, se ha documentado en distintos estudios una baja adherencia terapéutica. En un estudio se obtuvo que el 30-70% de pacientes que recibe tratamiento antidepresivo los suspende al tercer mes de inicio, exponiéndolos de esta manera a recaídas y resistencia al tratamiento, estado que afecta profundamente la vida del paciente y a su entorno más cercano (3).

Son distintos los factores que conllevan a la falta de adherencia terapéutica, siendo este producto de la cultura y el espacio geográfico donde habitan. Se puede considerar como factores de mayor influencia aquellos vinculados al entorno socioeconómico, la interacción médico-paciente, las características del tratamiento, la propia enfermedad y las creencias individuales del paciente (4).

En Cusco no se tiene mucha claridad en cuanto al grado de adherencia y a los factores que generan falta de adherencia al tratamiento antidepresivo, en especial en el primer nivel de atención, es por ello que el presente estudio pretende identificar el nivel de adherencia terapéutica al tratamiento antidepresivo y los factores que influyen en su cumplimiento en el Centro de

Salud Mental Comunitario de Pichari, se usará el Test de Morisky para medir la adherencia y un cuestionario para identificar los factores propios de la población con depresión que influye en la adherencia terapéutica, dichos resultados permitirá al equipo de Salud familiarizarse con las causas más comunes de incumplimiento, promoviendo la actuación oportuna de prevención de recaídas y resistencia al tratamiento antidepresivo, incluyendo de esta manera la actuación activa del Químico farmacéutico en el equipo de Salud, integrándolo en todas las etapas de atención del paciente con depresión.

CAPÍTULO I

GENERALIDADES

1.1. Planteamiento del problema

La depresión constituye un trastorno mental de carácter incapacitante que compromete tanto el funcionamiento psicológico como físico de la persona. En la actualidad se reconoce como problema de salud pública de alcance global, con una prevalencia aproximada del 3,8% de la población mundial. Las mujeres presentan un riesgo 50% mayor de desarrollarla en comparación con los hombres, y cada año se registran más de 700000 muertes por suicidio relacionadas con esta enfermedad, la cual representa la cuarta causa de mortalidad en jóvenes de 15 a 29 años (5). Este trastorno repercute de manera directa en el autocuidado, las dinámicas familiares y el desempeño social, interfiriendo de forma significativa en la vida laboral y en las responsabilidades cotidianas(6). Además, se asocia con un incremento en la probabilidad de fallecimiento prematuro por suicidio, lo que resalta la necesidad de un diagnóstico precoz y la implementación de un tratamiento adecuado según la severidad del cuadro clínico (6).

En América Latina, un estudio de metaanálisis realizado en el 2023, reveló que la prevalencia de por vida de la depresión es de 12,58 %, asociándose a causas estructurales y contextuales de cada país, siendo uno de los primeros trastornos mentales, seguido de la ansiedad y distimia. En Sudamérica los países con mayor tasa de depresión son Brasil, Paraguay y Chile con 5,8; 5,2 y 5 % respectivamente, colocándolos entre los primeros países con depresión a nivel mundial(7,8).

En el contexto peruano, el Ministerio de Salud reportó en el año 2023 más de 280 000 casos diagnosticados de depresión (2). Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la prevalencia anual de episodios depresivos alcanza aproximadamente el 10%(9). De acuerdo con el Estudio de Carga de Enfermedad del 2019, los trastornos mentales y del comportamiento constituyeron la principal causa de Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA), con un total de 389 300. Dentro de este grupo, la depresión unipolar se ubicó en segundo lugar, generando 121 086 AVISA en la población de 15 a 44 años.

Dichas cifras se vieron aún más incrementadas como consecuencia de la pandemia por COVID (10).

El éxito del tratamiento antidepresivo depende en gran medida de una adecuada adherencia terapéutica, la cual es fundamental para lograr la mejoría clínica y la remisión completa del paciente. En el año 2003, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió adherencia como “el grado que el paciente cumple las instrucciones médicas”(1). En el caso de las enfermedades crónicas, se estima que la adherencia a los tratamientos oscila entre un 25 y 50% (11). En cuanto a los antidepresivos, es necesario administrarlos durante varias semanas para alcanzar el efecto terapéutico y mantener su consumo por un periodo mínimo de seis meses posteriores a la remisión, a fin de reducir el riesgo de recaídas. No obstante, entre el 30 y 70% de los pacientes interrumpen la terapia en los tres primeros meses, y sólo el 27, 6% continúa el tratamiento más allá de este periodo. Según las Guías de Práctica Clínica para el manejo de la depresión, la adherencia sostenida permite reducir únicamente el 28% de los casos, pero se da un incremento de recaídas o recurrencia de un 77% cuando se suspende el tratamiento antes de los seis meses (12). Por otro lado, diversos estudios muestran que la adherencia al tratamiento antidepresivo varía considerablemente, oscilando entre 30% y 70% en algunos trabajos y entre el 10% y 60% en otros, dependiendo de la metodología utilizada (3). Entre la principales determinantes de la adherencia se incluyen factores socioeconómicos, aspectos vinculados a la atención médica, características propias de la enfermedad, condiciones individuales del paciente, características del tratamiento y la autonomía del propio paciente (11).

El problema en la región Cusco se ve en las cifras de depresión que está en aumento desde los años post-pandemia COVID-19, para el año 2023 se diagnosticó más de 12 000 casos, notando su marcado crecimiento, siendo los Centros de Salud Mental uno de los establecimientos que tienen contacto primario con este grupo de pacientes, de los casos mencionados para el mismo año, cerca de 2500 diagnósticos de depresión fueron reportados en dichos Centros de Salud de primer nivel de atención. En el año 2021 el Centro de Salud Mental de Pichari atendió 1409 pacientes con distintos problemas de Salud mental, de los cuales, los trastornos depresivos ocuparon el segundo lugar con

un 11.85%, cifra que tuvo una tendencia ascendente en comparación con el año 2020 con el 3.91% (2,13).

En dichas pacientes es todo un reto terapéutico generar una cultura de adherencia a su tratamiento farmacológico, pues debido a distintos factores, como los conceptos culturales o estigmatizaciones que se dan sobre la enfermedad tienden a no ser cumplidores.

La continuidad de esta tendencia de baja adherencia puede incrementar la morbimortalidad, repercutiendo no solo en los pacientes, quienes sufrirán un mayor deterioro funcional, sino también en su entorno familiar y en la sociedad en general debido a los elevados costos personales y sociales que ello conlleva.

Este estudio tiene como finalidad saber los factores asociados a la adherencia terapéutica en personas con diagnóstico de depresión atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari. Ante la limitada evidencia existente en este campo, los resultados servirán para identificar las principales causas de incumplimiento del régimen farmacológico y emplear dicha información como insumo estadístico en la formulación de estrategias orientadas a optimizar la atención. En este proceso, se resalta la intervención del químico- farmacéutico como actor fundamental en el abordaje integral y en la mejora del pronóstico de los pacientes con depresión.

1.2. Formulación del problema

¿Qué factores influyen en la adherencia terapéutica en pacientes con depresión en el Centro de Salud Mental de Pichari-Cusco, 2024?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Identificar los factores que influyen en la adherencia terapéutica en pacientes con depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari-Cusco, 2024.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Analizar las características sociodemográficas de los pacientes con depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari-Cusco, 2024.
2. Evaluar el grado de adherencia al tratamiento antidepresivo en pacientes con depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari-Cusco, 2024,

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

3. Evaluar la asociación entre adherencia y factores propios del paciente con depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari-Cusco, 2024.
4. Evaluar la asociación entre adherencia y factores socioeconómicos de pacientes con depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari-Cusco, 2024.
5. Evaluar la relación entre la adherencia al tratamiento de pacientes con depresión y los factores asociados con el sistema sanitario en el Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari-Cusco, 2024.
6. Evaluar la relación entre adherencia y factores relacionados con el tratamiento antidepressivo en pacientes con depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari-Cusco, 2024.
7. Evaluar la asociación entre adherencia y factores relacionados con la patología en pacientes con depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari-Cusco, 2024.

1.4. Justificación e importancia del estudio

Teórica: Esta investigación busca reconocer oportunamente los factores que inciden en la adherencia terapéutica de pacientes con depresión, considerando las particularidades geográficas, culturales y sociales del distrito de Pichari, en la región del Cusco, y generando a la vez un sustento para investigaciones posteriores.

Relevancia social: Los hallazgos alcanzados contribuirán directamente en beneficio de los pacientes y al equipo de salud del Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari, pues permitirán tomar medidas oportunas y estrategias de mejora para la recuperación satisfactoria del paciente, evitando recaídas, recurrencia y hospitalizaciones innecesarias. Permitirá al personal de salud conocer con mayor precisión el grado de mejoría de los pacientes con depresión en su centro de atención, generando conciencia sobre la importancia de su rol profesional y su contribución específica en relación con los factores que predisponen a una baja adherencia terapéutica. Asimismo, fortalecerá el rol del Químico-farmacéutico dentro del equipo interdisciplinario de salud mental,

promoviendo su participación activa en la educación, seguimiento y monitoreo farmacoterapéutico.

Metodológica: La elaboración de un instrumento para el estudio de factores que influyen en la adherencia terapéutica en la depresión adaptada a nuestro entorno social, geográfico y cultural debidamente validado constituye un aporte valioso, pues no existen suficientes antecedentes locales que aborden este problema con profundidad, dicho instrumento servirá de antecedente a futuras investigaciones.

Práctica: Esta investigación se realiza en un contexto en el que la salud mental ha cobrado mayor visibilidad tras la pandemia de COVID-19, y en el cual urge implementar intervenciones eficaces y sostenibles que aseguren no solo el diagnóstico, sino la recuperación integral del paciente. Los resultados permitirán tomar decisiones basadas en evidencia y mejorar la calidad de atención en salud mental comunitaria.

Conveniencia: Esta investigación es oportuna debido a la gran crisis en salud mental que va en aumento a nivel mundial, en este caso la depresión, enfermedad que no diferencia nivel social, educativo ni espiritual para apoderarse de uno, entendiendo la gran importancia de no solo detectar tales padecimientos sino de asegurarnos que, en lo posible, factores controlables no impidan la recuperación oportuna de esta enfermedad mental que incapacita a la persona en todo los ámbitos de su desenvolvimiento.

1.5. Hipótesis

Los factores socioeconómicos, el sistema sanitario, la patología, los aspectos relacionados con el tratamiento y las creencias del paciente afectan la baja adherencia al tratamiento antidepresivo en los pacientes con depresión del Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari-Cusco, 2024.

1.6. Limitaciones

- **Limitados antecedentes locales:** Existe escasa literatura e investigaciones previas en la región de Cusco que aborde específicamente factores que influyen en la adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de depresión, lo que restringe la comparación de resultados dentro de un mismo contexto sociocultural.

- **Disponibilidad de los pacientes:** No todos los pacientes convocados estuvieron disponibles o dispuestos a participar en el momento de la recolección de datos, lo que redujo la velocidad del proceso y optar por otras estrategias de aplicación de instrumento de recolección de datos.
- **Aplicación en un contexto sensible:** Dado que se trata de pacientes con diagnóstico de depresión, fue necesario cuidar con especial atención el estado emocional al momento de la aplicación del cuestionario, evitando preguntas invasivas o que pudieran reabrir heridas emocionales.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

2.1. Visión histórica

Se conoce la depresión desde tiempos antiguos. El médico griego Hipócrates relacionaba alteraciones el ánimo melancólico y eufórico con el predominio ciertos fluidos corporales, empezando así la medicina biológica, posteriormente desarrolladas por Galeno. Pero en sociedades primitivas, estos trastornos se interpretaban como rupturas del orden religioso y mágico, atribuidas a transgresiones de tabúes o a posesiones por demonios. Durante el siglo XIII, pensadores como el filósofo Alberto Magno y el científico alemán Tomás de Aquino resaltaron la estrecha conexión de cuerpo y mente, dando una visión más integral del ser humano. Sin embargo, Descartes instauró la separación de ambas dimensiones, lo que dificultó una comprensión unificada de las enfermedades mentales y favoreció el surgimiento de enfoques de carácter mecanicista y psicológico. Para finales del siglo XIX aún no se disponía de terapias efectivas, lo que conducía al internamiento de los pacientes en asilos, pero no se observaron avances notables en su recuperación (14,15).

Aún en el siglo XIX, casi la mitad de los pacientes internados en instituciones psiquiátricas padecía una forma de demencia conocida como “parálisis general progresiva”, siendo la sífilis la causa. Julius Wagner, introdujo una estrategia pionera: inocular malaria para inducir hipertermia, lo que llevo a la recuperación de numerosos pacientes con esta patología. Este avance marcó el inicio al abordaje biológico eficaz en el campo de la salud mental y abrió el camino a nuevas terapias. Posteriormente, durante las décadas de 1920 y 1930, el medico húngaro Ladislav Meduna desarrollo una técnica que imitaba los efectos de una crisis epiléptica, lo que trajo mejorías significativas en varios casos. Más adelante, en los años treinta, psiquiatra italiano Ugo Cerletti ideo la terapia electroconvulsiva, revolucionando el tratamiento de los trastornos afectivos y obteniendo reconocimiento internacional, incluyendo el Premio Nobel. (14,15).

A mediados del siglo XX, surgieron los primeros medicamentos para la depresión, lo que marcó el inicio de la etapa moderna en el abordaje terapéutico de la depresión. Tales avances ayudaron a comprender mejor la enfermedad y

consolidar nuevas estrategias de manejo. En la actualidad, se estima que entre el 70% y el 75% de los pacientes con depresión experimentan mejoría o remisión mediante tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos; sin embargo, un número considerable de personas aun no accede a atención especializada, en gran parte por la falta de información adecuada (14,15).

Desde 1970 se han incorporado distintas modalidades de terapia conductual. El enfoque propuesto por Lewinsohn busca fortalecer las habilidades sociales y comunicativas, fomentando conductas adaptativas y el refuerzo positivo, al mismo tiempo que reduce experiencias negativas. Por su parte, los tratamientos planteados por Rehm se fundamentan en la teoría del autocontrol, destacando la importancia de la autoobservación, la autoevaluación constructiva y el uso de estrategias de autorrefuerzo. Finalmente, la terapia cognitiva de Beck se organiza en tres ejes centrales: la influencia que tiene la interpretación personal del mundo en la conducta y las emociones, el análisis que realiza el propio paciente sobre su manera de pensar y actuar, y la modificación de esas cogniciones, lo cual facilita cambios significativos en los sentimientos y comportamientos (16,17).

Asimismo, la terapia electroconvulsiva ha demostrado ser eficaz en contextos clínicos de alto riesgo, como la depresión mayor, proporcionando valor pronóstico rápido y efectivo. Es usado en situaciones críticas, especialmente cuando hay riesgo de suicidio, depresión resistente o refractaria y ante la ausencia de respuesta a tratamientos farmacológicos (16,17).

2.2. Antecedentes del estudio

2.2.1. Antecedentes internacionales

Jezuchowska A, Cybulska A, Rachubiriska K, Skoniecsna K, Reginia A, et al. El impacto de los trastornos del estado de ánimo en la adherencia, en la satisfacción con la vida y la aceptación de la enfermedad: estudio observacional transversal. [Artículo]. Polonia, 2024.

Este estudio tuvo como **objetivo** identificar los factores asociados con la satisfacción con la vida, la aceptación de la enfermedad y la adherencia terapéutica en personas con trastornos del estado de ánimo. En **la metodología**, el estudio fue de tipo transversal basada en encuestas, que incluyó a 103

participantes diagnosticados con este tipo de trastornos. Para la recolección de datos se empleó un cuestionario elaborado por el autor junto con instrumentos estandarizados: la Escala de Adherencia a Resurtidos y Medicamentos (ARMS), la Escala de Aceptación de la Enfermedad (AIS), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS). Los **resultados** mostraron que una mayor gravedad de los síntomas depresivos se asocia con menor satisfacción vital, menor aceptación de la enfermedad y menor adherencia al tratamiento ($SE= 0,290$, $P= 0,003$), la adherencia varía según el diagnóstico, siendo más alta en trastorno bipolar y más baja en la depresión. En **conclusión**, la depresión, en especial en su forma más severa, constituye un factor determinante en el incumplimiento terapéutico y en la disminución del bienestar percibido(18).

Unni E, Gupta S, Sternbach, Sternbach N. Razones de no adherencia a los antidepresivos según la Escala de Razones de Adherencia a la Medicación en cinco países europeos y Estados Unidos. [Artículo]. Estados Unidos, 2024.

El estudio tuvo como **objetivo** analizar la frecuencia y las razones de la baja adherencia a la medicación antidepresiva en adultos de Estados Unidos y cinco países europeos (UE). En la **metodología**, fue un estudio transversal, aplicado en 2019(EE. UU) y 2020 (UE) a personas que tomaban antidepresivos a diario. La adherencia se evaluó mediante la Escala de Razones de Adherencia a la Medicación. Los **resultados** del estudio a 7506 pacientes de EE. UU y 4230 de la UE, mostraron la no adherencia del 42,9 y 46,2% respectivamente. En la UE predominó la preocupación por efectos adversos y repercusiones a largo plazo, mientras que en EE.UU. fue más común el olvido. En ambos casos, la desconfianza sobre la necesidad del tratamiento prolongó el incumplimiento. Se concluyó que abordar los temores sobre la medicación y reforzar la educación sanitaria puede mejorar la adherencia en personas con depresión(19).

Torres Saldaña A, Ortiz Sánchez Y, Martínez Suárez H, Fernández Corrales Y Pacheco Ballester D. Factores asociados a la adherencia al tratamiento pacientes con depresión. [Artículo]. Cuba,2023.

El estudio se planteó de **objetivo** determinar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de depresión. En la **metodología** se diseñó como una investigación analítica, observacional y prospectiva sobre el uso de medicamentos, en la que participaron 33 personas diagnosticadas con episodios de depresión mayor recurrente, atendidas en el Policlínico 13 de marzo del municipio de Bayamo, entre enero y diciembre de 2017. La información se obtuvo mediante entrevistas médicas registradas en una planilla de recolección de datos y para el análisis estadístico se aplicó la prueba de chi-cuadrado. Los **resultados** mostraron que la adherencia terapéutica se vio influenciada por diversos factores, entre ellos la edad, la procedencia, el sexo, la ocupación, el nivel educativo, los recursos económicos, el grado de conocimiento, la dificultad del esquema terapéutico, la presencia de reacciones adversas, el costo del tratamiento, las indicaciones otorgadas por el médico, la relación médico-paciente y el adecuado seguimiento, aunque sin significancia estadística. Finalmente, se **concluyó** que la aceptación del tratamiento, tanto farmacológico como no farmacológico, constituyó el único factor con asociación estadísticamente significativa con la adherencia en esta población (20).

Hijazi BM, Popovici I, Nusair MB, Alvarez G. Patrones y factores asociados con la adherencia a la medicación ISRS: un estudio retrospectivo utilizando datos de reclamos de farmacia. [Artículo]. Estados Unidos, 2023.

Este estudio tuvo como **objetivo** analizar los patrones y factores asociados a la adherencia a inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). En la **metodología**, fue un estudio retrospectivo basado en la base de datos de reclamos de farmacia de la Asociación de Beneficios de Colegios y Universidades Independientes. Se incluyeron 2541 pacientes que retiraron más de 2 recetas consecutivas de ISRS durante 2015-2020. La adherencia se cuantificó mediante la proporción de días cubiertos (PDC) y se exploraron asociaciones con variables sociodemográficas, de acceso a la atención y clínicas mediante regresión logística multivariable. Los **resultados** mostraron que la adherencia es más probable en mujeres y en quienes presentaban mayor carga

de píldoras. Menor adherencia se asoció con uso exclusivo de farmacias minoristas, gastos de bolsillo, cambio de prescriptor y el uso de medicamentos para hipertensión o asma. Se **concluyó** que las barreras económicas y de acceso afectan el cumplimiento, sugieren la necesidad de políticas e intervenciones dirigidas a grupos con mayor riesgo de no adherencia(21).

Marazine M, Sankhi S. Factores asociados con la falta de adherencia a la medicación antidepresiva. [Artículo]. Nepal, 2021.

El estudio tuvo como **objetivo** analizar la evidencia disponible sobre los factores que influyen en la falta de adherencia a la medicación antidepresiva en pacientes con depresión. La **metodología** fue una revisión bibliográfica de artículos en inglés publicadas en revistas revisadas por pares entre enero de 2000 y diciembre de 2019, consultando PubMed/ Medline y Google Scholar. Se incluyeron estudios que evaluaron causas de incumplimiento en personas con trastornos depresivos. **Resultados**, la no adherencia se relacionó con factores del paciente (olvido, comorbilidades, ideas erróneas sobre la enfermedad o el tratamiento), del sistema sanitario (calidad de la relación médico-paciente), así como con influencias socioculturales (creencias religiosas, culturales y estigma) y barreras logísticas. Se **concluyó** que para mejorar la adherencia se requiere fortalecer la comunicación médico-paciente, simplificar pautas terapéuticas y corregir creencias erróneas con información clara y basada en evidencia(22).

2.2.2. Antecedentes nacionales

Velasque k. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes con trastornos depresivos atendidos en centros de salud mental comunitarios, Tacna 2023. [Tesis de pregrado]. Tacna, 2024.

El estudio tuvo como **objetivo** evaluar la adherencia al tratamiento en personas con trastornos depresivos atendidas en los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) de Tacna en 2023. En la **metodología**, fue un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo con 139 pacientes. La recolección de información se realizó a través de una ficha de datos y del cuestionario de adherencia MMAS-8. Los **resultados** mostraron una predominancia de depresión en mujeres (82,7%), con edades entre 31 y 60 años

(51,1 %), nivel educativo secundario (31,7 %) y estado civil soltero (62,6 %). La mayoría vivía con sus padres (41,73 %) y presentaba depresión moderada (89,2 %), sin diagnósticos adicionales (70 %) ni comorbilidades (84,17 %). La psicoterapia se administró en paralelo en el 76,3 % de los pacientes. Los fármacos más usados fueron fluoxetina, sertralina, risperidona y clonazepam, en tratamientos de 3 a 6 meses (24%), generalmente con un solo medicamento prescrito (48,2 %) y sin efectos adversos (96 %), se presentó una baja adherencia en el 69,1% de los pacientes. En las **conclusiones** se evidenció que la mayoría de los pacientes con depresión presentaba baja adherencia terapéutica (69,1%), lo que resalta la necesidad de intervenciones específicas para mejorar el seguimiento del tratamiento(23).

Gamarra E. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento antidepresivo en pacientes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Nuevo Perú San Juan de Lurigancho. Lima 2022. [Tesis de postgrado]. Lima, 2022.

El **objetivo** del estudio fue evaluar los factores influyentes en la adherencia a fármacos antidepresivos en pacientes del centro de salud mental comunitario Nuevo Perú en el 2022. Con respecto a la **metodología**, el estudio fue observacional, transversal y no experimental, realizado en 200 personas con diagnóstico de depresión. Se aplicó un cuestionario junto con el test de Morisky Green. En los **resultados** se obtuvo que el 73% presentó baja adherencia, la mayoría vive con su familia (95%), más de la mitad no cuenta con empleo (52%), ni ingresos económicos (55%), aunque casi todos reciben medicación completa (95%). Un 35% llevaba entre 6 y 12 meses de tratamiento, el 48% tomaba dos fármacos y la misma proporción reportó efectos adversos. El 84 % conocía su diagnóstico y el 81% consideraba su actitud positiva. Predominaron mujeres (72%) de 30 a 49 años (41%). Entre las razones para interrumpir el tratamiento, el 54% dejó la medicación al sentirse mejor. La mayoría opinó que el tratamiento es eficaz (91%), confiaba en el personal de salud (96%) y valoraba positivamente la atención recibida (89%). Se **concluyó** que la baja adherencia a los antidepresivos se asocia a factores interrelacionados de tipo socioeconómico, características del tratamiento, aspectos propios del paciente, de la enfermedad

y del equipo de salud. Actualmente no se dispone de una estrategia plenamente efectiva para prevenirla(24).

Rivera Diéguez J. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento con psicofármacos en pacientes que acuden al Hospital de día en Salud Mental y Adicciones del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, en marzo del 2019. [Tesis de pregrado]. Tacna,2019.

Tuvo como **objetivo** identificar los factores asociados a la baja adherencia al consumo de psicofármacos en pacientes atendidos en el Hospital de Día en Salud Mental y Adicciones del Hospital Hipólito Unanue de Tacna (HHUT) en el mes de marzo del 2019. La **metodología** tuvo un alcance descriptivo de corte transversal, considerando como población a los pacientes que recibían tratamiento farmacológico. Los **resultados** mostraron que el 60% de los participantes presentó un bajo nivel de adherencia. Entre estos, predominaron los hombres (56,67%), los adultos jóvenes (53,33%) y los residentes en el cercado de Tacna (53,33%). Asimismo, se observó baja adherencia en solteros (76,67%). En cuanto al nivel educativo, el 52,94% de quienes tenían estudios secundarios y el 81,82% de los que cursaban educación superior reportaron baja adherencia. Esta condición también se evidenció en el 87,5% de los pacientes desempleados y en el 40% de quienes carecían de ingresos económicos. La baja adherencia se observó principalmente en pacientes con menos de seis meses de tratamiento, polimedicados, con efectos adversos, desconocimiento de sus fármacos o insatisfacción con la atención. En **conclusión**, el 60% no cumplía adecuadamente la terapia, destacando como factores asociados la juventud, el estado civil soltero, el nivel educativo superior, la falta de empleo e ingresos (25).

Salinas Pérez, M. Factores relacionados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con depresión en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi desde enero a junio del 2017. [Tesis de pregrado]. Arequipa, 2018.

Se planteó de **objetivo** identificar los factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico depresivo. En la **metodología** se empleó un diseño basado en la revisión de 101 historias clínicas, utilizando una ficha de recolección de datos; la información fue procesada con el programa

SPSS 23.0 y analizada mediante la prueba de chi cuadrado, resumiéndose en frecuencias absolutas y relativas. Los **resultados** mostraron que la falta de adherencia fue más frecuente en mujeres (52.0%) ($X^2=8.26$; $p<0.05$). Asimismo, se observó relación entre el nivel de ingresos y la adherencia, siendo más común el abandono en quienes percibían entre 501 y más de 1000 soles mensuales ($X^2=6.80$; $p<0.05$). Otro factor identificado fue el tipo de terapia, pues el 48.0% de los no adherentes recibía únicamente tratamiento farmacológico ($X^2=18.87$; $p<0.05$). Se **concluyó** que la baja adherencia se asocia principalmente al sexo femenino, a ingresos económicos más altos y a la ausencia de psicoterapia complementaria, lo que resalta la necesidad de un abordaje terapéutico integral (26).

Castillo Rodríguez, E. Grado de adherencia al tratamiento antidepresivo en pacientes ambulatorios de salud mental del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, setiembre-diciembre, 2016. [Tesis de pregrado] Trujillo, 2018.

El estudio tuvo como **objetivo** analizar el nivel de adherencia al tratamiento con medicamentos para la depresión en pacientes ambulatorios del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, entre septiembre y diciembre del año 2016. En su **metodología**, se tomó en cuenta a 50 pacientes con mayoría de edad y con más de un mes de consumo de antidepresivos, que acudieron a controles o consultas relacionadas. Para la recolección de datos se aplicó el test de Morisky-Green-Levine y el análisis en Microsoft Excel. Los **resultados** evidenciaron que 34 pacientes (68%) tenían baja adherencia, 10 (20%) dieron adherencia media y 6 (12%) alcanzaron alta adherencia. Se **concluyó** que la adherencia al tratamiento antidepresivo en esta población fue predominantemente baja (27).

2.2.3. Antecedentes locales

Huanca Pompilla, T. Depresión y funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas mixtas de la ciudad del cusco, 2023. [Tesis de pregrado]. Cusco, 2023.

El estudio se planteó como **objetivo** establecer la asociación entre funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes. La **metodología** fue de diseño no

experimental, correlacional y transversal-analítico, con una muestra de 436 adolescentes. La recolección de datos se realizó mediante el Inventario de Depresión de Beck II y la Escala APGAR familiar, se usó chi cuadrado, prueba de Fisher y odds ratio, como pruebas estadísticas, En los **resultados** se mostró una edad promedio de $14,7 \pm 1,32$ años, con predominio masculino (53%). El 73,6% presentó depresión (31% leve, 24,3% moderada y 18,3% grave). El análisis inferencial evidencio una asociación estadísticamente significativa entre depresión y funcionalidad familiar ($X^2=53,532$; $OR=0,190$; $IC95\%: 0,119-0,302$; $p=0,000$). Se **concluyó** que la funcionalidad familiar actúa como el factor protector frente a la depresión, encontrándose una relación inversamente proporcional entre ambas variables de este estudio (28).

Dalens Condori S. Prevalencia del trastorno depresivo y factores asociados en la población adulta del distrito de Santiago – Cusco, 2023. [Tesis de pregrado]. Cusco, 2023.

El estudio se marcó como **objetivo** conocer el nivel de depresión con los factores asociados en adultos de Santiago durante 2023. La **metodología** fue de diseño no experimental, transversal, correlacional y analítico, se incluyó a 264 adultos asistentes al centro de salud de Santiago, se usó el Inventario de Depresión de Beck y una ficha de recolección de datos para la compilación de datos. Se usó la razón de prevalencia (RP) y la regresión logística para el análisis estadístico. Los **resultados** dieron el 43,6% de prevalencia de trastorno depresivo, distribuyéndose en depresión leve (18,2%), moderada (15,5%) y grave (9,8%). El análisis bivariado identificó múltiples factores de riesgo, incluyendo sexo femenino, desempleo, eventos vitales estresantes recientes, comorbilidades, sueño insuficiente, experiencias traumáticas en la infancia, antecedentes familiares de depresión, violencia familiar y relaciones familiares deficientes. Se **concluyó** que el desempleo, el sueño inadecuado y las relaciones familiares deficientes aumentan la probabilidad de presentar depresión, mientras que la ausencia de experiencias traumáticas en la infancia actúa como factor protector (29).

Cabrera Huaccho L, Ríos Huertas J. Depresión e Ideación Suicida en Adolescentes del distrito de Pichari, La Convención, Cusco, 2021. [Tesis de pregrado]. Cusco, 2021.

Este estudio se planteó como **objetivo** evaluar la relación entre depresión e ideación suicida en 190 adolescentes de Pichari. En la **metodología** se desarrolló un diseño no experimental, con enfoque cuantitativo, alcance descriptivo-correlacional y corte transversal empleando como instrumentos el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y la Escala de Ideación Suicida de Beck. Los **resultados** mostraron que el 14.7% y el 9,5% de las adolescentes y de los adolescentes respectivamente tenían depresión severa. Se observó una asociación directa y significativa entre depresión y la ideación suicida ($r_s = 0,475$; $p = 0,000$), con efecto de gran magnitud ($r^2 = .950$). Se **concluyó** que la intensidad de la depresión está directamente relacionada con la ideación suicida; a menor severidad de los síntomas depresivos, menor es la presencia de pensamientos suicidas en adolescentes de este distrito (30).

Olivares Damián V. Factores asociados a depresión en pacientes oncológicos del hospital regional del cusco, 2018. [Tesis de pregrado]. Cusco, 2019.

El estudio se propuso de **objetivo** evaluar los factores que afectan la aparición de la depresión en pacientes con cáncer del Hospital Regional del Cusco durante 2018. En la **metodología** se desarrolló un estudio analítico y observacional, de temporalidad prospectiva y corte transversal en 254 pacientes con cáncer de 20 a 95 años, hospitalizados en diversas áreas entre enero y diciembre de 2018. En los **resultados** se obtuvo que el 61% de los participantes presentó depresión. Los casos fueron más frecuentes en personas de 36 y 50 años, mujeres, sin empleo, convivientes, sin instrucción, con cáncer de cabeza y cuello, en tratamiento combinado y con cónyuge como cuidador principal. Asimismo, la mayoría refirió ausencia de apoyo social y solo en ocasiones empleó afrontamiento religioso. Se encontraron asociaciones significativas entre depresión y variables como edad, situación laboral, estado civil, nivel educativo, tipo de cáncer, tratamiento oncológico, cuidador primario, convivencia y apoyo social. En **conclusión**, factores sociodemográficos, clínicos y de apoyo social

influyen en la presencia de depresión en pacientes oncológicos, destacando la situación laboral, el estado civil el tipo de cáncer y el nivel de apoyo recibido (31).

Pinarez Carrasco F. Factores asociados y prevalencia de depresión en adultos mayores del centro gerontológico de san Francisco de Asís, cusco 2017. [Tesis de pregrado]. Cusco,2017.

El estudio se planteó de **objetivo** determinar los factores que se asocian a la depresión, así como la prevalencia de esta patología en adultos mayores del centro gerontológico San Francisco de Asís, Cusco, en 2017. Su **metodología**; se realizó un estudio analítico, descriptivo y de corte transversal en 106 adultos mayores, aplicando una encuesta organizada con variables sociodemográficas, el Índice de Comorbilidad y la Escala de Depresión Geriátrica de Yasavage. Las asociaciones se analizaron mediante la prueba estadística de chi cuadrado. Los **resultados** mostraron la prevalencia de depresión en el 66.04% de los adultos, predominando la depresión leve (40.57%). La mayor parte de los casos correspondió a adultos mayores jóvenes, hombres, con educación secundaria, provenientes de zonas urbanas, solteros y de religión católica. Se evidenció una asociación significativa entre depresión, edad sexo masculino y comorbilidades. Se **concluyó** que la depresión afecta a dos tercios de los adultos mayores institucionalizados, siendo más frecuente en varones, solteros, con bajo nivel educativo y presencia de comorbilidades (32).

2.3. Bases teórico científicas

2.3.1. Depresión

2.3.1.1. Definición

La depresión constituye un trastorno mental que interfiere de manera considerable en la vida cotidiana, al generar disminución en la motivación, pérdida de interés por actividades habituales y sensación persistente de cansancio o vacío emocional. Para ser diagnosticada, requiere que estos síntomas se presenten casi todo el día durante un periodo mínimo de dos semanas, acompañados con frecuencia de tristeza profunda, irritabilidad o incapacidad para experimentar placer (33).

Según la OMS, la depresión se distingue de los estados normales de tristeza por su frecuencia y duración, afectando a la persona gran parte del día y diariamente, durante un mínimo de dos semanas. Además, suele ir acompañado de síntomas tales como problemas para mantener la atención, desesperanza en el porvenir, ideas de muerte o suicidio, sentimientos intensos de culpabilidad, trastornos del sueño, sensación continua de cansancio o ausencia de energía y modificaciones en el apetito o el peso corporal. Generando alteración en las relaciones familiares, el trabajo, la escuela y la comunidad (33).

2.3.1.2. Etiología

La depresión es de origen multifactorial, donde influye elementos biológicos, psicológicos y sociales. Por el lado biológico se ha observado alteraciones en neurotransmisores como la serotonina, adrenalina y dopamina. También aspectos genéticos, como antecedentes de trastornos afectivos, aumentan el riesgo de padecer depresión. En el plano psicológico, se presentan patrones de pensamientos negativos, baja autoestima y poca capacidad para afrontar el estrés. Las circunstancias sociales, como eventos adversos o aislamiento también determinan el desarrollo de esta patología (4).

2.3.1.3. Bases neuroquímicas de la depresión

Hipótesis monoaminérgica: Este modelo plantea que la depresión se relaciona con una menor disponibilidad cerebral de monoamina, en especial la serotonina (5-HT), noradrenalina (NA) y dopamina. La serotonina regula el estado de ánimo,

el sueño, el apetito y la percepción del dolor un déficit funcional se asocia con tristeza, irritabilidad y apatía. La noradrenalina modula el estado de alerta, respuesta al estrés y la motivación, el estrés crónico agota sus reservas, favoreciendo la depresión reactiva, su déficit causa falta de energía, anhedonia y problemas cognitivos. La dopamina se relaciona con la motivación, el placer y control motor, bajos niveles reducen la recompensa percibida y la iniciativa, su disfunción contribuye a apatía, anhedonia y enlentecimiento motor. La idea se apoya en que los antidepresivos suelen aumentar estos neurotransmisores al inhibir su recaptura o degradación enzimática. Evidencias recientes, muestran que personas con depresión presentan mayor actividad de la monoaminoxidasa A (MAO-A) en regiones como la región temporal, la corteza prefrontal, tálamo, el mesencéfalo y el núcleo accumbens, lo que podría acelerar la degradación de serotonina y noradrenalina (34,35).

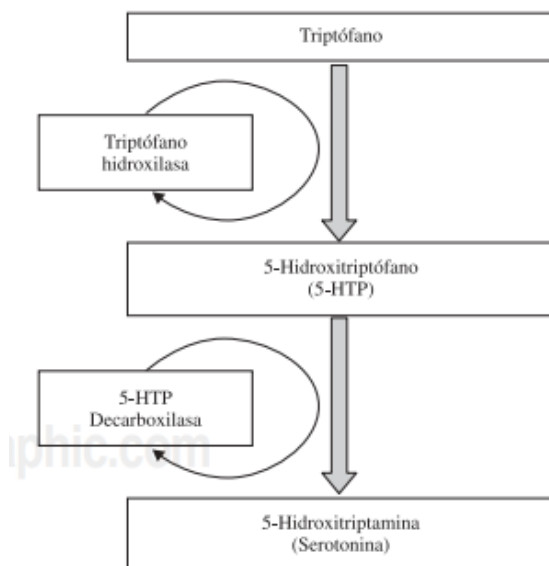


Figura 1: Síntesis de la serotonina.

Fuente: Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión(35).

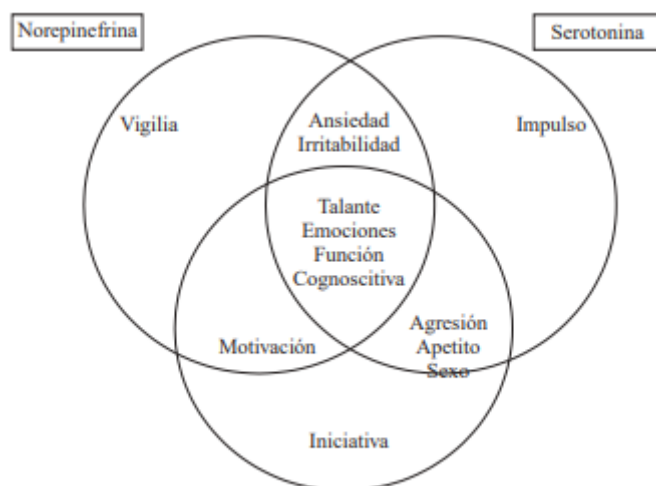


Figura 2: Los neurotransmisores y su efecto en los síntomas depresivos.

Fuente: Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión(35).

Hipótesis neurotrófica: Esta teoría sugiere que la depresión podría estar relacionada a la atrofia neuronal causada por una disminución en la producción del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF). El estrés crónico, a través de la desregulación del eje hipotálamo- hipófisis- adrenal (HPA) y la exposición prolongada a cortisol, reduciría la expresión de BDNF(34).

Estudios post-mortem han detectado niveles bajos de BDNF y de su receptor TekB en el hipocampo y la corteza prefrontal del personal con depresión, mientras que pacientes tratados farmacológicamente muestran niveles más altos en comparación con aquellos sin tratamiento. Investigaciones en modelos animales sometidos a estrés crónico confirman la disminución de BDNF y TekB en el hipocampo, y demuestran que la administración prolongada de antidepresivos revierte este efecto, protege la arborización dendrítica y promueve la neurogénesis(34).

➤ **Receptores y rutas de señalización alteradas en la depresión**

Se analiza la relevancia fisiopatológica del receptor 5-HT_{1A}, que se activa a través de la proteína G de la familia Gi. Su influencia en el déficit de la transmisión serotoninérgica varía según su densidad y se localiza a nivel pre o postsináptico(34).

a) Auto-receptor 5-HT1A

La alteración genética Citosina (-1019) Guanina en la región promotora del gen del receptor 5-HT1A constituye una posible explicación en la fisiopatología de la depresión mayor. Dicha variación genética modifica la transcripción del receptor en el sistema nervioso central, de modo que el alelo G se asocia con mayor densidad del receptor en el núcleo del rafe dorsal (RD) y con mayor riesgo de depresión. La expresión del receptor sigue la gradación CC < CG < GG, y los portadores del alelo G suelen responder peor al tratamiento antidepresivo(34)..

Este auto- receptor ejerce una función inhibitoria sobre las neuronas del RD, limitando su frecuencia de disparo a 2-4 Hz y, con ello, regulando la liberación de serotonina hacia la corteza cerebral y el sistema límbico. Así, un aumento en la densidad podría reducir la liberación de 5-HT. Aunque no existe evidencia que confirme este mecanismo, estudios clínicos han mostrado que los antagonistas del 5-HT1A acortan la latencia de acción de los antidepresivos, probablemente porque los ISRS inducen una desensibilización del receptor mediante desacoplamiento de la proteína G, sin disminuir su número. En síntesis, tanto la desensibilización como el antagonismo del auto-receptor liberan a las neuronas del RD de su auto- inhibición, favoreciendo la transmisión serotoninérgica(34).

b) Receptor post-sináptico 5-HT1A

Estudios con tomografía por emisión de positrones (PET) en personas sin tratamiento antidepresivo muestran una reducción de receptores 5-HT1A en corteza prefrontal (CPF), hipocampo, amígdala y corteza cingulada anterior (CCA), hallazgo común en depresión como en ansiedad. Este receptor, localizado en soma y dendritas basales de neuronas piramidales, activa canales de potasio tipo GIRK con efecto inhibitor sobre la actividad neuronal. Su menor densidad post. Sináptica podría alterar el procesamiento intracortical y la retroalimentación cortico-límbica, reduciendo la comunicación amígdala- CCA observada por resonancia magnética funcional (fMRI). La disminución no parece derivar de una menor liberación de serotonina, sino de la regulación por el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HPA), ya que la exposición a estrés eleva corticoides y reduce la expresión del 5-HT1A, especialmente en hipocampo, donde coexiste con receptores a glucocorticoides(34).

c) Receptores 5-HT2

En el cerebro, los subtipos 5-HT2A y 5-HT2C son los más abundantes dentro de la familia 5-HT2. El 5-HT2A se distribuye principalmente en la corteza prefrontal y en estructuras del sistema límbico. En la depresión, la evidencia sobre cambios en su densidad es inconsistente, ya que diversos estudios reportan incrementos, disminuciones o ausencia de variación. Este receptor está más asociado con otras condiciones psiquiátricas, como la esquizofrenia, donde antagonistas como la clozapina ejercen su efecto terapéutico, y con fenómenos perceptuales alterados, ya que agonistas como la dietilamida del ácido lisérgico (LSD) pueden inducir alucinaciones a través de su activación(34).

d) Receptores de NA

En estudios post-mortem de pacientes con depresión sin tratamiento antidepresivo se han encontrado un aumento marcado en la densidad del receptor $\alpha 2$ -adrenérgico en el locus coeruleus (LC). Este cambio no se observa en el núcleo del rafe dorsal (RD), lo que sugiere que no es una adaptación general al déficit de noradrenalina (NA), sino un fenómeno específico del LC. Dado que este receptor se localiza presinápticamente y acopla a proteínas G_i , su activación inhibe los canales de calcio dependientes de voltaje, reduciendo así la liberación de NA hacia la corteza cerebral y el sistema límbico. Esto implicaría una disminución en la señalización noradrenérgica cortical y límbica, contribuyendo a la fisiopatología de la depresión(34).

2.3.1.4. Fisiopatología

A nivel fisiopatológico, la depresión se relaciona con alteraciones en el funcionamiento del sistema nervioso central. Se ha descrito una hiperactividad del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA), que conlleva un aumento sostenido del cortisol, afectando estructuras cerebrales como el hipocampo. Además, se han observado cambios en el volumen y la actividad de áreas cerebrales relacionadas con la regulación emocional, como la corteza prefrontal y la amígdala. Estos desequilibrios interfieren con la capacidad del individuo para gestionar adecuadamente sus emociones y conductas (4).

2.3.1.5. Epidemiología

En cuanto a su prevalencia, la depresión constituye una de las patologías mentales más comunes en todo el mundo y ocupa los primeros lugares en las patologías que causan discapacidad. Afecta a personas de todas las edades, pero es más frecuente en mujeres, especialmente entre los 18 y 65 años. Según estimaciones internacionales, aproximadamente el 4% de la población mundial presenta un episodio depresivo en algún momento, cifra que varía según el contexto sociocultural. En los últimos años, los índices de depresión han aumentado, en parte por factores como la crisis sanitaria del COVID-19, los cambios en las dinámicas sociales y el estrés acumulado (4).

2.3.1.6. Factores de riesgo

Distintos factores influyen en el desarrollo de la depresión, señalando que aún no se conoce del todo dichos factores ni sus interacciones, siendo incierto el efecto específico de cada factor en distintas situaciones y partes de la vida (4).

Las investigaciones de estos factores tienen varios obstáculos que superar. Primero es complicado distinguir factores desencadenantes y perpetuantes de la depresión, segundo, varios factores tienen interacciones que a veces son la causa como los efectos (4).

Clasificación de Factores de Riesgo

➤ Factores Personales y Sociales

A nivel de los factores personales, la depresión se presenta más en mujeres, empezando en la adolescencia y manteniéndose en la adultez. Puede decirse que la carga de enfermedad y discapacidad es igual en ambos géneros, pero es un 50% mayor en mujeres. Las enfermedades crónicas, el consumo de alcohol y tabaco también son factores de riesgo (4).

La ansiedad también es un factor personal de riesgo en la aparición del primer episodio de depresión mayor, la distimia es un predictor de esta gravedad de episodios. Personas con ataque de pánico, migraña, enfermedades cardíacas, patologías endocrinas también tienen riesgo de padecer depresión (4).

Un bajo nivel económico y dificultades laborales, el desempleo, los despidos se asocian con adquirir este trastorno. Personas que viven en pobreza tienen índices más altos de depresión, con casos más crónicos. El estado civil, exposición a situaciones adversas y el estrés crónico predisponen al inicio de la depresión (4).

➤ **Factores Cognitivos**

Estos factores están fundamentados en el modelo de Beck, que relaciona la depresión con esquemas mentales negativos, pensamientos automatizados, distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales, también enfatiza que la reactividad cognitiva ante situaciones negativas, el estilo rumiativo son factores para la aparición y la mantención en el tiempo de la depresión (4).

➤ **Factores Familiares y Genéticos**

Ser descendiente en primer o segundo grado de un familiar con depresión presentan mayor riesgo de padecer este trastorno que la población en general (4).

No obstante, los estudios no pueden establecer que proporción del riesgo es por factores genéticos o convivencia familiar. Una estrategia para investigar la depresión consiste en el análisis de las monoaminas. Se cree que una variación en el gen codificante del transportador de la serotonina, podría afectar la manifestación de la depresión y anticipar la respuesta al tratamiento (4).

2.3.1.3. Criterios diagnósticos

Los estándares más comunes para identificar y clasificar enfermedades en la clínica se basan en la CIE-10, que es la décima versión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades.

❖ **Episodio depresivo (F32)**

Estos periodos de depresión, ya sea de intensidad leve, moderada o grave, se caracterizan por un estado de ánimo persistentemente bajo que afecta la vida diaria. Se observa disminución de energía, falta de motivación y pérdida de interés o placer en actividades que antes resultaban gratificantes. Los pacientes

también presentan dificultades para concentrarse y fatiga significativa, incluso tras realizar esfuerzos mínimos. El sueño suele verse alterado, al igual que el apetito y la autoestima y a confianza en sí mismos tiende a disminuir. Con frecuencia aparecen sentimientos de culpa o inutilidad, incluso en casos leves. El estado de ánimo deprimido se mantiene estable de un día a otro y no siempre corresponde a las circunstancias externas. Además, puede acompañarse de síntomas físicos como el enlentecimiento o agitación psicomotora, disminución de peso, libido reducida y despertares tempranos. Entre los tipos de episodios depresivos únicos se incluyen la depresión psicógena, la depresión reactiva y la reacción depresiva. Estos síntomas combinados afectan de manera significativa el bienestar físico, emocional y social del paciente (36).

Excluye síntomas maníacos, hipomaníacos o mixtos, cuando se asocia a distimia, trastornos adaptativos y reacción depresiva breve (36).

❖ **Episodio depresivo leve (F32.0)**

Generalmente, en los episodios leves se manifiestan dos o tres síntomas previamente descritos. Aun así, la persona suele experimentar tensión o malestar, pero por lo común logra continuar con la mayoría de sus actividades diarias habituales (36).

❖ **Episodio depresivo moderado (F32.1)**

Por lo general, se da cuando se manifiestan cuatro o más síntomas descritos previamente, el paciente suele presentar dificultades notables para realizar sus actividades cotidianas (36).

❖ **Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2)**

Episodio depresivo en el que varios de los síntomas característicos son prominentes y causan angustia, especialmente la pérdida de autoestima, sentimientos de inutilidad y culpa, se acompañan de manifestaciones físicas relacionadas con la enfermedad. Los pensamientos y conductas orientadas al suicidio son comunes (36).

❖ **Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)**

Se trata de un episodio depresivo comparable a la depresión grave y además puede manifestarse un estupor profundo que impida las interacciones sociales habituales, acompañado de enlentecimiento psicomotor marcado, delirio y alucinaciones. Las complicaciones físicas como la desnutrición o la deshidratación, así como el riesgo de suicidio, hacen de esta condición un peligro grave para la vida del paciente. La presencia de alucinaciones o delirios puede o no estar vinculados al estado anímico del paciente. Entre los tipos de episodios que pueden ocurrir de manera aislada se incluyen la psicosis depresiva reactiva, la psicosis depresiva psicógena, la depresión profunda con síntomas psicóticos y la depresión psicótica (36).

❖ **Otros episodios depresivos (F32.8)**

-Depresión atípica

-Episodios únicos de depresión “enmascarada” SAI (sin otra especificación). (36)

❖ **Episodio depresivo, no especificado (F32.9)**

-Depresión secundaria a una afección médica (SAI).

-Trastorno depresivo SAI (36).

- **Trastorno depresivo recurrente:** Se caracteriza por la presencia de múltiples episodios depresivos a lo largo del tiempo, sin historia de episodios maníacos o hipomaníacos, los episodios pueden variar en intensidad, duración y sintomatología (36).

❖ **Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve (F33.0)**

Presencia de un episodio actual leve, con síntomas depresivos mínimos que no interfieren marcadamente el funcionamiento del individuo, aunque se hayan presentado episodios previos (36).

❖ **Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado (F33.1)**

El episodio actual presenta una intensidad intermedia, con afectación funcional clara, sin síntomas psicóticos, ya presentó episodios parecidos anteriormente (36).

❖ **Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos (F33.2)**

El paciente experimenta un episodio grave con síntomas intensos y marcada incapacidad funcional, sin síntomas psicóticos, dentro de un cuadro recurrente (36).

❖ **Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos (F33.2)**

El episodio actual incluye síntomas depresivos graves acompañados de alucinaciones o delirios, dentro de un trastorno depresivo recurrente (36).

2.3.1.4. Riesgo de suicidio

La presencia de depresión incrementa significativamente la probabilidad de conductas suicidas. Las estimaciones sugieren que los individuos con este trastorno presentan un riesgo cuatro veces superior al de la población general, pudiendo llegar a multiplicarse por veinte en aquellos con depresión intensa o grave. Por ello, diversas guías clínicas sobre depresión resaltan la necesidad de evaluar de manera minuciosa el riesgo suicida en estos pacientes (4).

La conducta suicida se presenta de manera diversa, abarcando desde pensamientos hasta la acción consumada. Actualmente se reconoce que el suicidio se desarrolla desde pensamientos sobre la muerte como escape, pasando por deseos de morir y planes de autolesión, hasta acciones concretas de intento de suicidio (4).

El peligro de suicidio puede incrementarse tanto en medio de un episodio activo como durante periodos de recuperación parcial. Entre los elementos que aumentan el riesgo de suicidio en individuos con depresión incluyen ser hombre, tener historial familiar de enfermedades mentales, antecedentes de intentos suicidas, gravedad de los síntomas depresivos, sensación de desesperanza y coexistencia de trastornos como ansiedad o consumo de sustancias. Asimismo, el trastorno límite de la personalidad y altos niveles de impulsividad o agresividad constituyen factores de riesgo. Cuando se detecta riesgo suicida en un paciente con depresión, se aconseja una intervención inmediata con asistencia personalizada (4).

2.3.1.5. Tratamiento

➤ Tratamiento psicoterapéutico

La psicoterapia se entiende como un procedimiento terapéutico estructurada y planificada, orientado a tratar de forma específica las alteraciones conductuales, los problemas de salud mental o las necesidades de crecimiento personal. Se basa en una formación sólida sobre los factores psicosociales y psicosomáticos que influyen en el individuo y utiliza métodos científicos de tratamiento. Esta intervención se desarrolla mediante la interacción entre uno o varios pacientes y uno o varios psicoterapeutas, con el objetivo de reducir o suprimir síntomas, transformar actitudes y esquemas conductuales disfuncionales, y promover el desarrollo personal y el bienestar general (4).

✓ Terapia cognitivo-conductual

Fue desarrollada por A. T. Beck y modificada a finales de 1970 para el tratamiento de la depresión, se ha consolidado como uno de los enfoques psicológicos más estudiados para este trastorno. Este modelo se enfoca en transformar comportamientos inadecuados, creencias pesimistas e irracionales frente a circunstancias concretas, así como posturas poco adaptativas relacionadas con la depresión. En este proceso, el especialista asume una función tanto pedagógica como acompañamiento activo, guiando al paciente en la identificación y reestructuración de sus patrones de pensamiento negativos.

Además, se promueve la práctica de nuevas habilidades por parte del paciente entre las sesiones para consolidar los cambios conductuales y cognitivos (4).

La terapia cognitiva frecuentemente integra estrategias conductuales, dando lugar a lo que se conoce como terapia cognitivo-conductual (TCC). Este enfoque se basa en la premisa de que gran parte del comportamiento humano es aprendido y que los procesos cognitivos ejercen una influencia directa sobre las conductas, permitiendo intervenciones dirigidas a modificar pensamiento y comportamientos desadaptativos(4).

La TCC se distingue por su carácter estructurado, un tiempo de aplicación definido y su fundamentación en el enfoque cognitivo-conductual dirigido a los trastornos emocionales. Su eficacia ha sido comprobada en distintos niveles de atención y comparada con tratamientos farmacológicos en diversas poblaciones. Habitualmente, la TCC se desarrolla en 15 a 20 encuentros semanales de aproximadamente 50 minutos cada uno, no obstante, se han explorado modalidades más breves de 6 a 8 sesiones y de duración ajustada a la gravedad del trastorno(4).

✓ **Activación conductual**

Se trata de una terapia estructurada y de corta duración que incorpora diversas estrategias conductuales con el propósito de que el paciente depresivo organice su vida y modifique su entorno, con el fin de favorecer la recuperación del reforzamiento positivo(4).

✓ **Terapia de solución de problemas (TSP)**

Constituye un enfoque organizado y de duración limitada, orientada a fortalecer las habilidades de afrontamiento del paciente y a promover la adopción de conductas más eficaces frente a las dificultades de la vida cotidiana(4).

✓ **Terapia interpersonal (TIP)**

Fue implementada por Klerman y Weissman con objetivo de aplicarlo en el tratamiento de la depresión y posteriormente aplicada a otros trastornos mentales, tiene como propósito mejorar las relaciones actuales y en las dinámicas interpersonales. Tiene como propósito disminuir los síntomas depresivos mediante el abordaje y la resolución de áreas de conflicto o de preocupación relevantes en el entorno personal del paciente (4).

➤ **Tratamiento farmacológico**

Los antidepresivos son fármacos destinados a tratar los síntomas depresivos, clasificándose en distintas categorías según su estructura química y mecanismo de acción. Por lo general, los efectos terapéuticos comienzan a percibirse entre las 2 y 4 semanas de iniciado el tratamiento, aunque algunos estudios señalan que la mejoría puede presentarse antes, especialmente en pacientes que alcanzan una remisión total. La efectividad del tratamiento farmacológico en la depresión está ampliamente respaldada por la evidencia científica, aunque todavía persiste el debate respecto a cuál antidepresivo resulta más apropiado en cada caso. En términos generales, los pacientes con síntomas más graves tienden a obtener un mayor beneficio del uso de estos medicamentos (4).

Tabla 1. Clasificación de los antidepresivos

Antidepresivos clásicos	IMAO no selectivos	Tranilcipromina
	IMAO selectivo MAO-A	Moclobemida
	Heterocíclicos	Tricíclicos: Imipramina, Clomipramina, Trimipramina, Amitriptilina, Nortriptilina, Doxepina Otros: Amoxapina, Mianserina, Maprotilina
Nueva generación	ISRS (Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina)	Citalopram, Fluoxetina, Fluvoxamina, Paroxetina, Sertralina, Escitalopram
	IRDN (Inhibidores de la recaptación de dopamina y noradrenalina)	Bupropion
	IRSN (Inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina)	Venlafaxina, Desvenlafaxina, Duloxetina
	ASIR (Antagonistas de receptores serotoninérgicos e inhibidores de recaptación)	Trazodona
	NASSA (Antagonistas selectivos de serotonina y noradrenalina)	Mirtazapina
	IRNA (Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina)	Reboxetina
	Agonista melatoninérgico	Agomelatina

Fuente: Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto(4)

➤ **Mecanismo de acción**

❖ **ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina)**

Su mecanismo principal es el bloqueo del transportador de serotonina (SERT), impidiendo su recaptura en la neurona presináptica y prolongando su acción en la hendidura sináptica. Inicialmente, esta acción activa autorreceptores que reducen la liberación de serotonina, pero con la administración prolongada estos receptores se desensibilizan favoreciendo un aumento sostenido de la neurotransmisión. A largo plazo, ISRS disminuyen la expresión de SERT y modulan receptores postsinápticos, lo que potencia la actividad serotoninérgica y puede influir circuitos noradrenérgicos. Además, promueve cambios neuroplásticos como la activación de vías de señalización intracelular AMPc, y la proteína de unión al elemento de respuesta AMPcíclico (CREB) y el incremento de BDNF, favoreciendo la neurogénesis en el hipocampo, un posible factor clave en su efecto terapéutico(37,38).

Efectos adversos : Disfunción sexual, ansiedad al inicio del tratamiento, insomnio,náuseas(37,38).

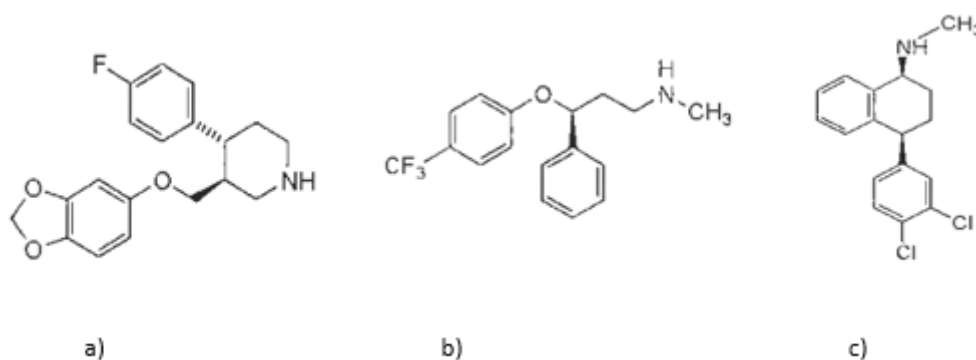


Figura 3: Estructura química de inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS), a) paroxetina, b) fluoxetina, c) sertralina.

Fuente: Delgado A, Minguillón C, Joglar J. Introducción a la química terapéutica(39).

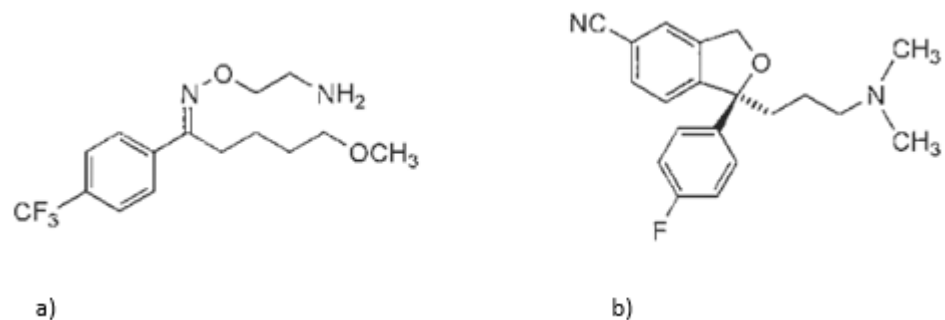


Figura 4: Estructura química de inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS), a) fluvoxamina, b) escitalopram.

Fuente: Delgado A, Minguillón C, Joglar J. Introducción a la química terapéutica(39).

❖ **ISRN (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Noradrenalina)**

Actúan bloqueando el transportador de noradrenalina(NET) en la membrana presináptica, lo que incrementa la disponibilidad de NA en la hendidura sináptica y prolonga su acción en los receptores postsinápticos α y β adrenérgicos, este aumento potencia el tono cortical y la modulación de circuitos implicados en el estado de ánimo, motivación y alerta (37,38).

❖ **Efectos adversos:** Sudoración excesiva, taquicardia, insomnio(37,38).

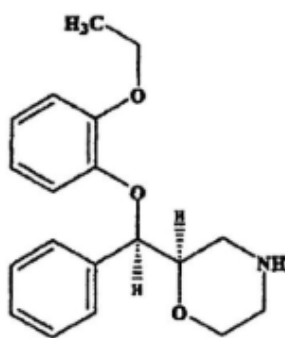


Figura 5: Estructura química de la reboxetina.

Fuente: Delgado A, Minguillón C, Joglar J. Introducción a la química terapéutica(39).

❖ **IRSN (Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina)**

Inhiben simultáneamente los transportadores de serotonina (SERT) y noradrenalina (NET) en la membrana sináptica, prolongando su acción

sobre receptores postsinápticos. Este aumento sostenido de serotonina favorece la modulación del estado de ánimo, mientras la mayor disponibilidad de noradrenalina contribuye a mejorar la atención, energía y la respuesta al estrés. Muestran menor afinidad por receptores colinérgico, histaminérgicos y adrenérgico, lo que reduce la incidencia de efectos adversos en estos sistemas (37,38).

- ❖ **Efectos adversos:** Hipertensión (dosis-dependiente con venlafaxina), náuseas, disfunción sexual(37,38).

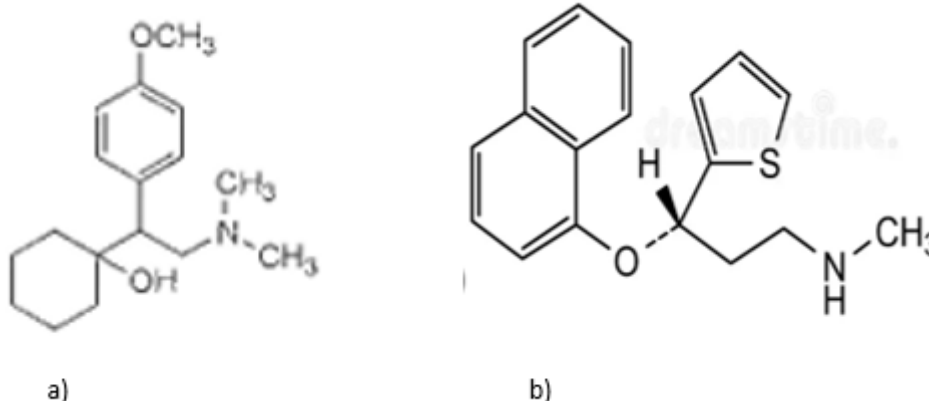


Figura 6: Estructura química de a) venlafaxina y b) duloxetina.

Fuente: Delgado A, Minguillón C, Joglar J. Introducción a la química terapéutica(39).

- ❖ **IRDN (Inhibidores de la Recaptación de Dopamina y Noradrenalina)**
El bupropión es un derivado de la β -fenetilamina, actúa inhibiendo los transportadores de noradrenalina (NET) y dopamina (DAT), con posible liberación presináptica de NE y DA y efectos sobre el transportador vesicular de monoaminas tipo 2 (VMAT2). Su metabolito activo, el hidroxibupropión, posee farmacología similar y contribuye a la acción terapéutica, se emplea con frecuencia en combinación con ISRS para potenciar respuesta antidepresiva (37,38).
- ❖ **Efectos adversos:** Riesgo de convulsiones a dosis altas, pérdida de apetito, temblores (37,38).

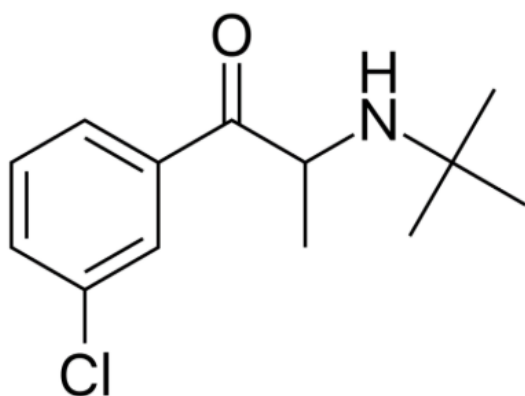


Figura 7: Estructura química del bupropión.

Fuente: Delgado A, Minguillón C, Joglar J. Introducción a la química terapéutica(39).

❖ **IMAO (Inhibidores de la Monoaminooxidasa)**

Inhiben las enzimas mitocondriales MAO-A o MAO-B, que degradan neurotransmisores monoaminérgicos y aminas dietéticas, protegiendo así de compuestos como la tiramina. Los IMAO bloquean de forma irreversible o reversible estas enzimas, aumentando los niveles de serotonina, noradrenalina, dopamina y serotonina lo que le confiere eficacia antidepresiva similar a los tricíclicos, aunque con alto riesgo de interacciones farmacológicas y alimentarias. La inhibición de la MAOA es la responsable de la crisis hipertensiva por tiramina. La selegilina inhibe a dosis bajas la MAOB, reduciendo este riesgo, y en forma transdérmica se emplea en la depresión (37,38).

- ❖ **Efectos adversos:** Hipotensión ortostática, insomnio, riesgo de crisis hipertensivas por alimentos con tiramina (37,38).

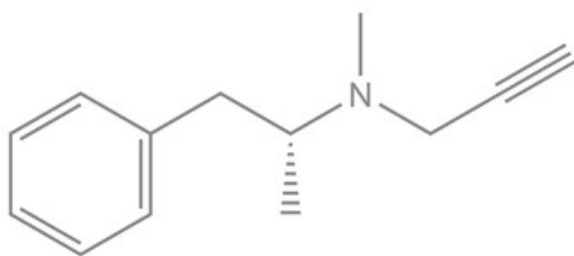


Figura 8: Estructura química de la selegilina

Fuente: Delgado A, Minguillón C, Joglar J. Introducción a la química terapéutica(39).

❖ **ATC (Antidepresivos Tricíclicos)**

Inhiben los transportadores de serotonina (SERT) y noradrenalina (NET), pudiendo actuar de manera selectiva sobre NET (desipramina, nortriptilina, amoxapina). Además, bloquean los receptores H₁, 5-HT₂, α₁ y M₁, lo que podría contribuir a su efecto terapéutico, como se observa con la clomipramina, que presenta similitudes con los ISRS. La amoxapina, con acción antagonista sobre receptores dopaminérgicos (DA), conlleva un riesgo adicional de efectos extrapiramidales como discinesia tardía (37,38).

❖ **Efectos adversos:** Somnolencia, sequedad de boca, visión borrosa, toxicidad cardíaca (arritmias) y riesgo alto en sobredosis (37,38).

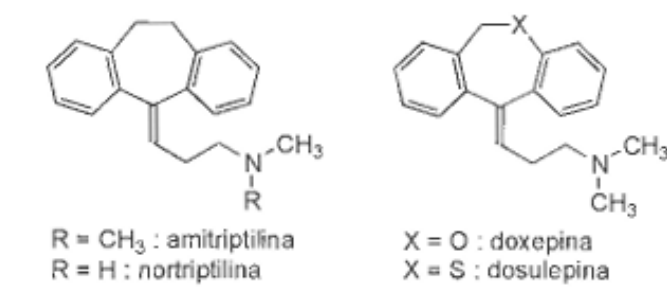


Figura 9: Estructura química de antidepresivos tricíclicos.

Fuente: Delgado A, Minguillón C, Joglar J. Introducción a la química terapéutica(39).

❖ **NASSA (Antagonistas Selectivos de Receptores Noradrenérgicos y Serotoninérgicos)**

Son antagonistas de receptores 5HT₂, la mirtazapina y la mianserina son sedantes por su intenso bloqueo de receptores H₁ de histamina, además de antagonizar receptores α_2 -adrenérgicos y mostrar afinidad por 5HT_{2A}, 5HT_{2C} y 5HT₃. La combinación de estos fármacos con ISRS puede potenciar la respuesta antidepresiva(37,38).

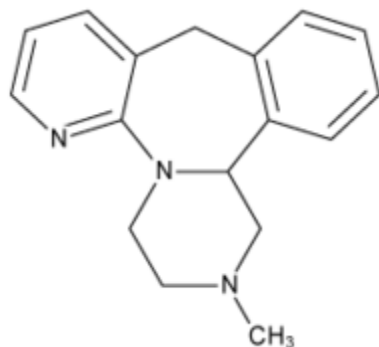


Figura 10: Estructura química de la mirtazapina.

Fuente: Delgado A, Minguillón C, Joglar J. Introducción a la química terapéutica(39).

❖ **Efectos adversos:** Sedación intensa, aumento del apetito y peso (37,38).

❖ **ASIR (Antagonistas de Receptores Serotoninérgicos e Inhibidores de su Recaptación)**

Son antagonistas de receptores 5HT₂, implicado en la ansiedad, insomnio y disfunción sexual, presenta una débil acción en la recaptura de serotonina, por lo que no es tan efectivo usado en monoterapia. Debido a su antagonismo en receptores α_1 -adrenérgicos se genera una vasodilatación y sedación. Su acción antagónica de receptores H₁ de histamina produce también sedación. La trazodona se emplea frecuentemente en dosis bajas (50-200 mg) para tratar el insomnio, sola o en combinación con ISRS o IRSN (37,38).

❖ **Efectos adversos:** Somnolencia, fatiga, hipotensión ortostática (37,38).

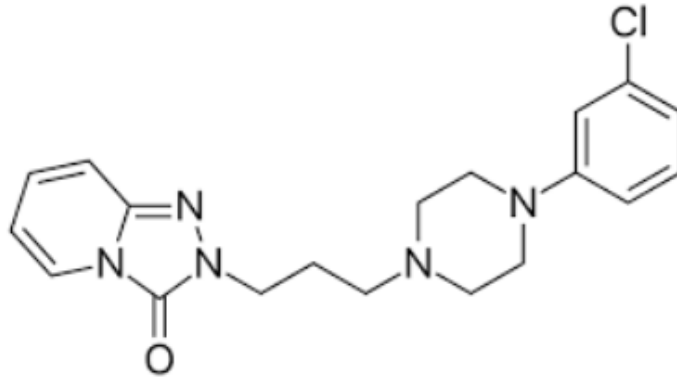


Figura 11: Estructura química de la trazodona.

Fuente: Delgado A, Minguillón C, Joglar J. Introducción a la química terapéutica(39).

➤ **Interacciones**

❖ **Interacciones graves o importantes:**

- **ISRS, IRSN, IMAO:** Riesgo de **síndrome serotoninérgico** al combinarse entre sí o con otros serotoninérgicos (triptanos, tramadol, litio) (33,37).
- **IMAO:** Riesgo de crisis hipertensiva con alimentos ricos en tiramina (quesos añejos, embutidos, vino). Contraindicados con ISRS, IRSN, simpaticomiméticos y antidepresivos tricíclicos (33,37).

❖ **Interacciones por metabolismo hepático (citocromos):**

- **Fluoxetina y paroxetina (ISRS):** Inhiben CYP2D6, alterando el metabolismo de antipsicóticos, beta bloqueadores (33,37).

❖ **Potenciación de efectos sedantes o depresores del SNC:**

- **ATC, ASIR, NASSA:** Potencian el efecto de alcohol, benzodiacepinas, antihistamínicos, antipsicóticos (33,37).
- **Trazodona:** Potencia la sedación cuando se combina con depresores del sistema nervioso (33,37).

❖ **Otros riesgos relevantes:**

- **Bupropión (IRDN):** Aumenta el riesgo de convulsiones si se asocia con otros medicamentos que bajan el umbral convulsivo (33,37).
- **Tricíclicos (ATC):** Riesgo de arritmias si se combinan con antiarrítmicos o medicamentos que prolongan el QT(33,37).

❖ **Antipsicóticos atípicos:** Los antipsicóticos atípicos, además de su uso en esquizofrenia, depresión bipolar y depresión mayor con características psicóticas, se emplean en la depresión mayor resistente al tratamiento, incluso sin síntomas psicóticos, especialmente en combinación con antidepresivos como ISRS o ISRN. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), ha aprobado combinaciones como aripiprazol o quetiapina con ISRS/ISRN, y olanzapina con fluoxetina en dosis fijas (3, 6 o 12 mg de olanzapina y 25 o 50 mg de fluoxetina). La quetiapina puede ejercer efectos antidepresivos por sí sola o en combinación, y también se usa para el insomnio. Su acción terapéutica y efectos adversos se relacionan con su interacción en múltiples receptores, mientras que sus riesgos principales incluyen aumento de peso y síndrome metabólico, especialmente con quetiapina y olanzapina, en mayor medida que con aripiprazol (38).

❖ **Benzodiacepinas:** Las benzodiacepinas actúan como moduladores alostéricos positivos del receptor ácido γ -aminobutírico (GABA_A), uniéndose a un sitio específico del complejo receptor y aumentando la afinidad de GABA por su receptor, lo que incrementa la frecuencia de apertura del canal de cloro y potencia la inhibición neuronal. Este efecto depresor del sistema nervioso central produce ansiolisis, sedación e hipnosis, además de propiedades anticonvulsiva y relajantes musculares. En depresión, su uso no es como tratamiento primario, sino como coadyuvante para aliviar síntomas ansiosos, insomnio o agitación asociados particularmente en fases iniciales mientras los antidepresivos hacen efecto. Por su riesgo de dependencia y tolerancia, se recomienda emplearlas a corto plazo y retirada gradual (38).

❖ **Anticonvulsivos:** Los fármacos antiepilépticos usados en depresión, como lamotrigina, valproato y en menor medida carbamazepina, ejercen su acción modulando la excitabilidad neuronal: bloquean canales de sodio dependientes

de voltaje, estabilizan membranas y reducen la liberación de glutamato, a la vez que potencian la neurotransmisión gabaérgica o regulan la liberación de neurotransmisores implicados en el estado de ánimo. En depresión bipolar, lamotrigina destaca por prevenir episodios depresivos, mientras que el valproato y carbamazepina se emplean más en fases mixtas o con síntomas de manía (38).

2.3.2. Guía de práctica clínica para el tamizaje, diagnóstico y tratamiento de la depresión en personas mayores de 18 años desde el primer nivel de atención

En el 2023 se publicó “La Guía de Práctica Clínica para el Tamizaje, Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en Personas mayores de 18 años desde el Primer Nivel de Atención”, elaborado por el MINSA, con la finalidad de estandarizar los lineamientos y prácticas que resulten eficaces, seguras y de calidad en quienes presentan esta enfermedad (40).

2.3.2.1. Tamizaje

El tamizaje se realiza en consulta externa del primer nivel de atención (categorías I. -1 a I-4) por personal de salud no especializado en salud mental, como médicos generales, médico de familia, enfermeras, obstetras y asistentes sociales. Para la detección se emplean instrumentos impresos o digitales entre ellos el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) y la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15) para adultos mayores (40).

El PHQ-9 da un puntaje máximo de 27 y el GDS-15. En ambos casos, un puntaje igual o superior a 5 constituye un tamizaje positivo para depresión. No obstante, este resultado únicamente indica la posible presencia del trastorno y no sustituye la confirmación diagnóstica mediante una evaluación clínica formal (40).

Los casos positivos de depresión son derivados a consejería en salud mental para analizar los resultados y, de ser necesario, se coordinan interconsultas presenciales o virtuales con médicos o psicólogos, priorizando la atención según el nivel de riesgo. En situaciones de ideación suicida, riesgo o antecedentes, la evaluación corresponde a psiquiatría u otro profesional especializado. Por otro lado, un tamizaje negativo (puntaje menor a 5) indica ausencia o síntomas

depresivos mínimos; en estos casos, el paciente recibe orientación y consejería mediante recurso impresos, digitales o ambos (40).

2.3.2.2. Evaluación y diagnóstico

La detección y valoración de la depresión se realiza en distintos niveles de atención. En los establecimientos no especializados participan médicos sin especialización en psiquiatría y psicólogos, mientras que en los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) se aplica un trabajo conjunto entre diferentes profesionales de la salud. El proceso enfatiza un trato respetuoso, la escucha activa y la protección de la privacidad del paciente. La entrevista clínica permite valorar síntomas, factores sociales, vulnerabilidades, fortalezas y aspectos sociodemográficos o culturales que influyen en el cuadro depresivo y su tratamiento. En adultos y adultos mayores se prioriza la detección de comorbilidades y problemas psicosociales. Para complementar la valoración, se emplean instrumentos como el PHQ-9, el GDS-15 y otras escalas que evalúan el impacto funcional, social, familiar y en la calidad de vida, registrándose todo en la historia clínica (40).

El diagnóstico de depresión es clínico e integral, realizado por médicos cirujanos y especialistas, incluyendo a otros profesionales según sus competencias. También se basan en los criterios de la CIE-10 de la OMS, considerando la anamnesis, el examen físico y mental, comorbilidades y, cuando es necesario, pruebas de laboratorio. Las escalas estandarizadas solo cumplen un papel complementario y no reemplazan la valoración clínica. Asimismo, el proceso incluye la exclusión de trastorno bipolar mediante criterios clínicos (40).

➤ **Criterios diagnósticos**

Tabla 2. Criterios Generales A de diagnóstico de depresión

Criterios generales A

Criterio	Descripción
CG1	El episodio depresivo dura al menos 2 semanas.
CG2	No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir los criterios del episodio hipomaniaco o maniaco en ningún período de la vida del individuo.
CG3	Criterio de exclusión con más frecuencia: El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

Fuente: “Guía de práctica clínica para el tamizaje, diagnóstico y tratamiento de la depresión en personas mayores de 18 años desde el primer nivel de atención”, MINSA (40).

Tabla 3. Criterios Generales B de diagnóstico de depresión

Criterios generales B

Criterio	Descripción
(1)	Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistente durante al menos dos semanas.
(2)	Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras
(3)	Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad

Fuente: “Guía de práctica clínica para el tamizaje, diagnóstico y tratamiento de la depresión en personas mayores de 18 años desde el primer nivel de atención”, MINSA (40).

Tabla 4. Criterios Generales C de diagnóstico de depresión

Criterios generales C

Criterio	Descripción
(1)	Pérdida de confianza o disminución de la autoestima
(2)	Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada
(3)	Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida
(4)	Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación
(5)	Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva)
(6)	Cualquier tipo de alteración del sueño
(7)	Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso

Fuente: “Guía de práctica clínica para el tamizaje, diagnóstico y tratamiento de la depresión en personas mayores de 18 años desde el primer nivel de atención”, MINSA (40).

Tabla 5. Criterios Generales D de diagnóstico de depresión

Criterios generales D

Criterio	Descripción
(1)	Ideas delirantes o alucinaciones, diferentes a las descritas como típicas de la esquizofrenia
(2)	Estupor depresivo

Fuente: “Guía de práctica clínica para el tamizaje, diagnóstico y tratamiento de la depresión en personas mayores de 18 años desde el primer nivel de atención”, MINSA (40).

Tabla 6. Diagnóstico de episodio depresivo

F32. Episodio depresivo - criterios diagnósticos CIE 10 por subcategorías

Sintomas	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
Criterios A	Se cumple	Se cumple	Se cumple	Se cumple
Criterios B	Presencia de, por lo menos, 2 de los 3 síntomas descritos.	Presencia de, por lo menos, 2 de los 3.	Presencia de los 3 síntomas descritos	Se cumple los criterios de episodio depresivo grave. No se cumplen los criterios de esquizofrenia (F20.0-F20.3) ni de trastorno esquizoafectivo (F25.1).
Criterios C	Además, está presente uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total de cuatro.	Presencia de síntomas adicionales de esta lista, para sumar un total de al menos 6 síntomas.	Presencia de síntomas adicionales de esta lista para sumar un total de al menos 8.	
Criterios D	Ausencia	Ausencia	Ausencia	Presencia de cualquiera de los dos síntomas.

Fuente: “Guía de práctica clínica para el tamizaje, diagnóstico y tratamiento de la depresión en personas mayores de 18 años desde el primer nivel de atención”, MINSA (40).

2.3.2.3. Tratamiento

➤ Depresión leve

En los servicios de salud generales, el tratamiento contempla consultas médicas y psicológicas, complementadas con psicoeducación y consejería en formato individual o grupal. Se aplican técnicas como la activación conductual y se tiene en cuenta los factores sociales y familiares del paciente. La atención puede brindarse de forma presencial, por telemonitoreo o teleorientación, según la disponibilidad. Si en un plazo de 2 a 4 semanas no hay mejoría, se procede a una reevaluación y se plantea la referencia a servicios más especializados. Es importante explicar al usuario la naturaleza de la intervención cuando este no desee continuar con ella. En los casos donde los síntomas persisten, se recomienda valorar el inicio de tratamiento psicofarmacológico (40).

➤ Depresión moderada a severa

Tabla 7. Medicamentos antidepresivos usados por el MINSA

Fármacos ISRS

Fármaco ISRS	Rango de dosis
Primera línea	
Sertralina	50 – 200 mg diarios
Fluoxetina	20 – 60 mg diarios
Segunda línea	
Citalopram	20 - 40 mg diarios
Escitalopram	10 - 20 mg diarios
Paroxetina	20 a 50 mg diarios
Dosis mínima inicial	Dosis de mantenimiento
Iniciar con la mitad de dosis mínima por 6 días. El incremento de la dosis es progresivo según respuesta.	Valorar la mejoría clínica de respuesta al tratamiento.

Fuente: “Guía de práctica clínica para el tamizaje, diagnóstico y tratamiento de la depresión en personas mayores de 18 años desde el primer nivel de atención”, MINSA (40).

Se considera:

Respuesta al tratamiento: Se define como la reducción de al menos un 50% de síntomas depresivos.

Remisión de síntomas depresivos: Ocurre cuando desaparecen casi por completo los síntomas con el tratamiento antidepresivo. Este proceso suele lograrse en un periodo de 6 a 12 meses de manejo adecuado. La remisión representa el objetivo del tratamiento, no solo busca aliviar síntomas, sino también restablecer la funcionalidad del paciente (40).

2.3.2.4. Intervenciones psicoterapéuticas

El manejo de la depresión moderada o grave combina psicoterapia y tratamiento farmacológico, los cuales son aplicados por psicólogos o médicos capacitados en salud mental. El tratamiento inicia tras una primera sesión posterior al diagnóstico y puede incluir técnicas como la activación conductual y la terapia cognitivo-conductual. La activación conductual se recomienda en adultos mayores de 60 años y suele durar menos de 45 minutos, mientras que la terapia cognitivo-conductual supera este tiempo. Antes de comenzar, se informa detalladamente al paciente sobre la naturaleza y alcances de la intervención (40).

En intervenciones familiares se recomienda la psicoterapia se sugiere aplicar la psicoterapia multifamiliar en todos los niveles de gravedad de la depresión, reuniendo de 3 a 10 familias en las que al menos una tiene un miembro diagnosticado, con el fin de educar sobre el trastorno, facilitar la resolución de problemas, fortalecer la comunicación y convertir a la familia en un soporte efectivo. Según la necesidad clínica, el paciente puede participar en grupos de apoyo mutuo o activación de redes de soporte social. El personal de salud realiza control de riesgo y visitas domiciliarias, mientras que los casos graves o con ideación suicida son atendidos mediante un Plan de Cuidado y Seguimiento Individualizado (PCCI) para asegurar los objetivos terapéuticos. En casos de depresión resistente o refractaria, se reevalúa el diagnóstico considerando trastorno bipolar, comorbilidades o trastornos de personalidad. Todas las intervenciones se registran en la historia clínica, con detalle de sesiones y progresos (40).

2.3.2.5. Seguimiento y valoración de la remisión y alta clínica

En los Centros de Salud, los profesionales realizan un seguimiento integral de los pacientes con depresión mediante consultas médicas y psicológicas, atención de enfermería, visitas domiciliarias y telefónicas. El propósito es favorecer la adherencia terapéutica, prevenir recaídas y optimizar el pronóstico. La segunda consulta de control debe efectuarse antes de cumplirse las cuatro semanas desde el inicio del tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico, de acuerdo con los criterios diagnósticos del CIE-10 (40).

En el proceso de seguimiento de la depresión se valen del uso de formatos como el PHQ-9 en adultos y el GDS-15 en adultos mayores para detectar la gravedad, la respuesta al tratamiento, la remisión o la alta clínica. Si no hay una mejoría del 50% en los síntomas, se ajustan los objetivos terapéuticos. Asimismo, se utilizan la psicoeducación y técnicas cognitivo-conductuales para prevenir recaídas y recurrencias (40).

Se trata de realizar el seguimiento constante de por lo menos 6 meses desde la remisión total de los síntomas (40).

2.3.2.6. Riesgo de suicidio

Las personas que presentan riesgo suicida leve reciben manejo en los establecimientos de salud, mientras que los moderados, graves o extremos se referencian a emergencias hospitalarias o centros de mayor complejidad, previa coordinación. La urgencia psiquiátrica se define por ideación suicida persistente, intentos previos, factores de riesgo severos o un plan suicida, lo que exige atención inmediata. Siempre se informa a un familiar o acompañante para tomar precauciones, garantizando la confidencialidad, y cuando se requiere hospitalización sin consentimiento, se notifica a la fiscalía local. (40).

Tabla 8. Descripción de riesgo suicida

Descripción del riesgo suicida

Descripción del riesgo suicida	Riesgo
• Hay ideación suicida sin planes concretos para hacerse daño.	LEVE
• No hay intención evidente o expresa.	
• La persona es capaz de rectificar su conducta y hacer autocrítica.	
• Existen planes con ideación suicida, posibles antecedentes de intentos previos, factores de riesgo adicionales.	MODERADO
• Desprendimiento de pertenencias muy valoradas para la persona con depresión.	
• Puede haber más de un factor de riesgo sin un plan claro.	
• Hay una preparación concreta para hacerse un daño.	GRAVE
• Puede tener un intento de autoeliminación previo, existen más de 2 factores de riesgo, expresa desesperanza, rechaza el apoyo social y no rectifica sus ideas.	
• Varios intentos de autoeliminación con varios factores de riesgo; puede estar presente, como agravante, la autoagresión.	
	EXTREMO

Fuente: “Guía de práctica clínica para el tamizaje, diagnóstico y tratamiento de la depresión en personas mayores de 18 años desde el primer nivel de atención”, MINSA (40).

2.3.2.7. Complicaciones

- Esta condición se ve incrementada cuando no se recibe tratamiento antidepresivo oportuno o existe otros problemas de salud concurrentes. Los intentos de suicidio o suicidios consumados es más común en personas con depresión moderada a grave, de allí la importancia de una detección temprana (40).

- El síndrome serotoninérgico puede aparecer en casos de tratamiento prolongado, sobredosis o por la administración conjunta de distintos antidepresivos. Entre las manifestaciones graves se incluyen agitación psicomotora, estupor, midriasis, hiperhidrosis, hipertermia, espasmos musculares, hiperreflexia en extremidades inferiores (40).
- En una emergencia psiquiátrica se prioriza la estabilización del paciente, administración de psicotrópicos y el monitoreo del tratamiento, En caso de carencia de especialistas, debe referirse inmediatamente a un establecimiento de mayor capacidad (40).

2.3.3. Adherencia terapéutica

2.3.4. Definición

La adherencia está definida como “el grado en que una persona cumple las recomendaciones de salud, lo cual implica asistir a las citas programadas, tomar los medicamentos de acuerdo con las indicaciones, adoptar estilos de vida recomendados según su patología y cumplir con los análisis o exámenes solicitados” (41).

2.3.4.1. Factores que intervienen en la adherencia terapéutica

➤ Factores relacionados con el paciente

La edad influye en la adherencia terapéutica; en general, los pacientes más jóvenes suelen mostrar menor adherencia, aunque se ha evidenciado que a partir de los 85 años también puede verse afectada negativamente. En cuanto al género, algunos estudios señalan que ser mujer constituye un factor protector, mientras que otros reportan tanto efectos positivos como negativos asociados al género masculino (1,42,43).

El estado civil puede influir en la adherencia terapéutica, ya que el matrimonio y vivir acompañado suelen favorecerla, sin embargo, en pacientes con psicosis, la soltería o el hecho de vivir solo puede representar un aspecto positivo. En cuanto al nivel educativo, la evidencia es heterogénea: algunos trabajos lo señalan neutro, mientras que otros lo relacionan como factor protector, sobre todo en personas con mayor escolarización y coeficiente intelectual. También influyen la etnia y las condiciones de vivienda, aunque con resultados variables. Por otra parte, la comprensión de la enfermedad y las creencias personales resultan

determinantes, pues una adecuada educación y las actitudes positivas mejoran la adherencia (1,42,43).

➤ **Factores socioeconómicos**

La adherencia terapéutica está influenciada por factores sociales, culturales, económicos y clínicos. La ausencia de apoyo familiar y social constituye un factor de riesgo que impacta negativamente en la adherencia terapéutica, mientras que un entorno estable y con respaldo emocional y económico mejora el cumplimiento. El nivel socioeconómico bajo, los problemas financieros y el estigma social son barreras frecuentes, sobre todo en ancianos, mujeres y minorías raciales, quienes además presentan mayor abandono por efectos adversos. Factores culturales también influyen: en sociedades orientales se prefiere menos la medicación moderna, y en India se atribuye la depresión a fuerzas externas. El estado civil y el lugar de residencia también son determinantes: personas casadas, que viven en pequeñas ciudades presentan mayor adherencia que las personas separadas, viudas o quienes residen en ciudades grandes (42–45).

➤ **Factores relacionados con el sistema sanitario**

La relación entre el profesional de la salud y el paciente es un factor decisivo: la falta de confianza y una comunicación deficiente reducen la adherencia, mientras que una atención empática y participativa la favorece. Asimismo, la accesibilidad a los centros de salud impacta directamente, ya que largas distancias, horarios poco flexibles, tiempos de espera extensos y falta de privacidad actúan como barreras. También influyen la escasez de medicamentos y la información insuficiente sobre su uso, que limitan el cumplimiento. Finalmente, la falta de acceso a profesionales y cuidadores o la baja calidad en la asistencia sanitaria perjudican la adherencia, mientras que un sistema accesible y oportuno contribuye positivamente (1,43–45).

➤ **Factores relacionados con el tratamiento**

La adherencia terapéutica se ve limitada por los efectos adversos, la falta de una calidad de vida aceptable y la complejidad de los regímenes, donde influyen tanto la formulación y el embalaje de los fármacos como las instrucciones específicas. En contraste, un esquema terapéutico sencillo y la percepción de efectividad del tratamiento favorecen el cumplimiento. La vía de administración y la duración del tratamiento muestran resultados contradictorios en distintos estudios. Finalmente, la supervisión directa de la terapia y la administración en centros médicos se asocian a una mejor adherencia (1,43–45).

➤ **Factores relacionados con la patología**

La adherencia terapéutica tiende a ser menor en las enfermedades en las crónicas que las agudas, dado que el incumplimiento tiende a prolongarse en el tiempo. La propia patología influye en la adherencia según la presencia o ausencia de síntomas, su severidad y pronóstico. Por ejemplo, la falta de síntomas en el glaucoma u osteoporosis afecta el cumplimiento, mientras que complicaciones clínicas o la discapacidad asociada tienden a favorecerlo. En cuanto a la gravedad, los hallazgos son contradictorios, especialmente en el VIH, donde el impacto puede ser positivo, negativo o neutro. El diagnóstico también es determinante: las patologías psiquiátricas representan una barrera considerable, mientras que ciertos diagnósticos, como el cáncer de mama, pueden mejorar la adherencia. Respecto a la duración de la enfermedad, los resultados son diversos: algunos estudios señalan que el carácter crónico constituye una dificultad, en tanto que otros no observan esta relación(1,43–45).

2.3.4.2. Métodos para evaluar la adherencia al tratamiento en pacientes depresivos

El análisis de la adherencia terapéutica resulta complejo, pues no existe un método único y estandarizado para medirla, lo que obliga a combinar diferentes estrategias que compensen sus limitaciones. En el ámbito psiquiátrico, se requiere de herramientas prácticas, simples y eficientes en temporalidad. Existen distintos métodos clasificados en objetivos (directos e indirectos) y subjetivos, cada uno con ventajas y limitaciones propias (46).

➤ **Métodos subjetivos**

En psiquiatría, los métodos subjetivos son los más empleados para evaluar la adherencia, ya que resultan simples y de bajo costo. Aunque menos precisos que los métodos directos, permiten obtener información sobre el comportamiento del paciente y su comprensión de la enfermedad y del tratamiento. Estos datos suelen provenir del propio paciente, de sus familiares o del profesional de salud, y sirven para valorar la adherencia y la efectividad terapéutica (46).

Los métodos subjetivos abarcan principalmente el autoinforme del paciente y el informe del médico. Sin embargo, suele observarse una discrepancia: los pacientes tienden a reportar una adherencia mayor de la que perciben sus psiquiatras (46).

La actitud y las creencias que el paciente tiene sobre su enfermedad y su tratamiento son factores predictivos de adherencia. Para evaluarlos se emplean cuestionarios que, de forma indirecta, permiten valorar el cumplimiento terapéutico. Estas escalas han sido diseñadas como herramientas útiles para profesionales de la salud mental, tanto en la práctica clínica como en la investigación psiquiátrica (46).

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

La Escala de Adherencia a los Medicamentos de Morisky de 8 ítems (MMAS-8), desarrollada en 2008 por Morisky, Ang, Krousel-Wood y Ward, es una herramienta de autoevaluación ampliamente utilizada para medir la adherencia a la medicación en distintos contextos. En 2015, De las Cuevas y Peñate validaron su versión en español con una muestra de 967 pacientes psiquiátricos que recibían tratamiento ambulatorio, demostrando que la MMAS-8 es un instrumento confiable y válido para evaluar la adherencia terapéutica. (46,47).

Las preguntas de MMAS-8 están diseñadas para reducir el sesgo a respuestas afirmativas, incorporando la inversión de la pregunta en el ítem 5. Los ítems del 1 al 7 se responden con opciones dicotómicas ("sí" o "no"), mientras que el ítem 8 utiliza una escala tipo Likert de cinco puntos. La puntuación se asigna otorgando 1 a cada respuesta "no" y 0 a cada "sí", salvo en el ítem 5, donde se invierte. En el caso del ítem 8, el puntaje obtenido (0-4) se normaliza dividiéndolo entre 4 para integrarlo en la puntuación total. Así, la escala arroja valores entre 0 y 8: una puntuación de 8 indica alta adherencia, de 6 a 7 corresponde a adherencia media y valores menores de 6 reflejan baja adherencia (46,47).

Tabla 9. Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky 8 ítems (MMAS-8)

Preguntas	Opciones de respuesta
1. ¿Se le olvida alguna vez tomar la medicina para su hipertensión arterial?	Sí=0 No=1
2. A algunas personas se les pasa tomarse sus medicinas por otras razones y no un simple olvido. Si recuerda las últimas dos semanas, ¿hubo algún día en el que se le olvidó tomar la medicina para su hipertensión arterial?	Sí=0 No=1
3. ¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicina sin decírselo a su médico porque se sentía peor al tomarla?	Sí=0 No=1
4. Cuando viaja o está fuera del hogar, ¿se le olvida llevar la medicina para su hipertensión arterial alguna vez?	Sí=0 No=1
5. ¿Tomó la medicina para su hipertensión arterial ayer?	Sí=1 No=0
6. Cuando siente que su hipertensión arterial está bajo control, ¿deja a veces de tomar su medicina?	Sí=0 No=1
7. Tomar medicamentos cada día puede ser un problema para muchas personas. ¿Se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico para su hipertensión arterial?	Sí=0 No=1
8. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todas sus medicinas?	Nunca/Casi nunca =1 Rara vez = 0,75 Algunas veces = 0,5

Fuente: Valencia F. Evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile (48).

Tabla 10. Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky 8 ítems (MMAS-8)

Nº	Preguntas	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 tomó 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/ casi nunca () Rara vez () Algunas veces ()		
	Habitualmente () Siempre ()		

Fuente: Tabla adaptada, De las Cuevas y Peñate, 2015 (47).

2.3.5. Centro de salud mental comunitario de Pichari



Figura 12: Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari.

Fuente: Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud (RENIPRESS), SUSALUD (49).

2.3.5.1. Datos generales del establecimiento de salud

➤ Ubicación

- Dirección: Jirón Amazonas s/n, Sector La Victoria
- Departamento: Cusco.
- Provincia: La Convención.
- Distrito: Pichari (49).

➤ Creación

El Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari fue creado el 16 de diciembre del 2022, fecha en la que se dio inicio a sus actividades con 29 profesionales de salud: psiquiatras, psicólogos, enfermeras, médicos de familia, trabajadores sociales, enfermeras, químico farmacéuticos, entre otros, ofreciendo atención en cuatro áreas de servicio, como control y prevención de trastornos mentales en adultos y adultos mayores (50).

El 16 de noviembre del 2023 el Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari obtuvo su categorización, mediante OFICIO N° 481-2023-GR-CUSCO/GRSC-DESSCS-DSS de la Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud y Calidad Sanitaria (51).

➤ **Categoría**

-**Nivel de atención:** Primer nivel de atención

-**Categoría:** I-2

-**Unidad Productora de Servicios (UPS):** Servicios administrativos, consulta externa de psiquiatría, Consulta externa de psicología- consejería, Consulta externa de medicina familiar.

-**Actividades realizadas:** Atención de urgencias y emergencias, referencias y contrarreferencias, desinfección y esterilización, atención con medicamentos, rehabilitación basada en la comunidad (49,51,52).

➤ **Organigrama estructural**

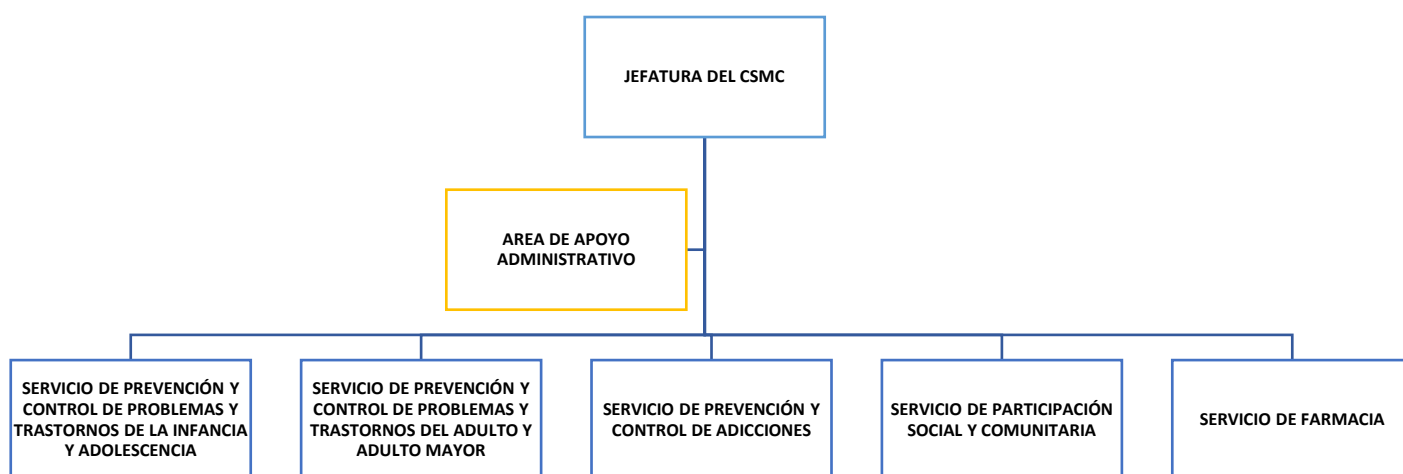


Figura 13: Organigrama del Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari (CSMC-Pichari).

Fuente: CSMC de Pichari

2.4. Glosario de términos

- **Depresión:** Patología del estado anímico dado por una tristeza profunda, astenia y anhedonia durante la mayor parte del día y al menos por dos semanas (33).
- **Adherencia terapéutica:** Medida en que una persona sigue las recomendaciones de salud (41).
- **Centro de Salud Mental Comunitario(CSMC):** Lugar donde se realizan atención de salud a pacientes ambulatorios para prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar a pacientes con enfermedades mentales (52).
- **ATC:** Antidepresivos Tricíclicos, fármacos que bloquean el transporte de serotonina y noradrenalina, aumentando el nivel de la actividad neuronal y mejorando el estado de ánimo en la persona (37).
- **AVISA:** Es un indicador compuesto que mide cuánto daño causa una enfermedad en la vida de una persona, cuantifica muertes prematuras y discapacidades (10).
- **IMAO:** Son medicamentos que bloquean la acción de la enzima monoamino oxidasa (MAO), generando el aumento de neurotransmisores presentes en la sinapsis (37).
- **ISRS:** Estos fármacos impiden específicamente el transporte de serotonina. Esto resulta en un aumento de la concentración de serotonina en la sinapsis (37).
- **PCCI:** El Plan de Continuidad de Cuidados Individualizado es una estrategia de salud de seguimiento continuo y personalizado a pacientes con depresión (40).

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Materiales

➤ **Equipos**

- Laptop
- Internet
- Celular
- Software Microsoft Excel (Microsoft Office Profesional Plus 2021)
- Software Microsoft Word (Microsoft Office Profesional Plus 2021)
- Software SPSS V.25

➤ **Útiles de escritorio**

- Hojas
- Lapiceros
- Corrector
- Cuaderno de apuntes
- Engrapador
- Perforador
- Archivador
- Grapas

3.2. Metodología

3.2.1. Ubicación de estudio

El estudio se realizó en el Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari, con categoría de establecimiento de salud I-2. El local se ubica en el jirón Amazonas s/n, sector La Victoria, del distrito de Pichari, provincia de La Convención, del departamento de Cusco (49).

3.2.2. Tiempo de estudio

El tiempo de estudio para la aplicación de la encuesta a los pacientes con depresión del CSMC de Pichari se realizó desde el 14 de octubre del 2024 hasta el 22 de febrero del 2025.

3.2.3. Tipo de estudio

- **Enfoque cuantitativo:** Este estudio adoptó un enfoque cuantitativo, ya que partió del uso de instrumentos estructurados y datos numéricos para describir el fenómeno y establecer relaciones entre variables. De acuerdo

con Sampieri et al. (2022), la investigación cuantitativa se basa en la medición precisa y objetiva de las características de un fenómeno para luego analizarlas mediante procedimientos estadísticos. En esta tesis, se utilizaron escalas validadas como el cuestionario de factores asociados y la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky (MMAS-8) para cuantificar el nivel de adherencia terapéutica y evaluar su asociación con distintos factores individuales, sociales y clínicos. Este enfoque permite obtener resultados replicables, comparables y generalizables a poblaciones similares (53).

- **Descriptivo:** El presente estudio fue de tipo descriptivo, ya que buscó detallar las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con diagnóstico de depresión atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari. Siguiendo a Sampieri et al. (2022), una investigación descriptiva permite especificar las propiedades importantes del fenómeno estudiado, en este caso, los factores que pueden influir en la adherencia terapéutica. Este tipo de diseño no pretendió establecer relaciones causales, sino más bien describir con precisión las variables involucradas (53).
- **Correlacional:** El estudio también fue de tipo correlacional, dado que tuvo como propósito identificar el grado de relación entre diversas variables — como el estado civil, la ocupación, el uso de plantas medicinales o la frecuencia de atenciones— y la adherencia terapéutica en pacientes con depresión. Según Sampieri et al. (2022), una investigación correlacional examina el vínculo o asociación entre dos o más variables en un contexto determinado, sin manipularlas. En este tipo de estudio, no se pretende demostrar causalidad, sino establecer si existe una relación estadísticamente significativa entre las variables observadas (53).
- **Transversal:** Según Sampieri et al. (2022), un estudio transversal recopila información en un solo momento con el objetivo de examinar cómo se presentan determinadas variables o relaciones en una población específica en ese instante. Este enfoque permite obtener una “fotografía” del fenómeno de estudio —en este caso, la adherencia terapéutica en pacientes con depresión— en un contexto temporal definido (53).

- **Prospectivo:** Por otro lado, el estudio fue prospectivo, porque se planificó previamente qué variables serían observadas y cómo se recogerían los datos antes de que ocurrieran los eventos, lo que permite controlar mejor los procedimientos de recolección y análisis. Esta característica aporta rigor metodológico al estudio y evita sesgos asociados a la recopilación retrospectiva de información (53).

3.2.4. Diseño de la investigación

- **No experimental:** Según Sampieri, un diseño no experimental se caracteriza porque el investigador no manipula deliberadamente las variables independientes, sino que observa los fenómenos tal y como ocurren en su contexto natural. En este tipo de diseño, los datos se recogen sin intervenir directamente en las condiciones del estudio (53).

3.2.5. Variables de estudio

3.2.5.1. Variables independientes

- Factores asociados

3.2.5.2. Variables dependientes

- Adherencia al tratamiento

3.2.6. Operacionalización de variables

Variable independiente

			DEFINICIÓN OPERACIONAL					
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADORES	NATURALEZA	MEDICIÓN	ESCALA	INSTRUMENTO	EXPRESIÓN FINAL
FACTORES ASOCIADOS	Es un componente que, junto con otro, provoca un efecto en el tratamiento. (54)	FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE	Edad	Cuantitativa	Indirecta	Intervalo	Cuestionario	1)18-29 2)30-49 3)50-a más años
			Género	Cualitativa	Indirecta	Nominal	Cuestionario	1)Femenino 2)Masculino
			Estado civil	Cualitativa	indirecta	Nominal	Cuestionario	1)Casado(a) 2)Soltero(a) 3)Viudo(a) 4)Divorciado(a) 5)Conviviente
			Nivel de educación	Cualitativa	Indirecta	Ordinal	Cuestionario	1) Sin instrucción 2)Inicial 3)Primaria 4)Secundaria 5)Superior- técnico 6)Superior- universitario

FACTORES ASOCIADOS	Es un componente que, junto con otro, provoca un efecto en el tratamiento. (54)	FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE	Creencias sobre tratamiento	Cualitativa	Indirecta	Nominal	Cuestionario	a) ¿Cree que el medicamento le está mejorando?: SÍ, NO b) ¿Piensa que sanará sin tratamiento?: SÍ, NO c) ¿Ayuda con remedios naturales?: SÍ, NO d) ¿Cree que se hará dependiente a los medicamentos?: SÍ, NO e) ¿Deja de tomar sus medicamentos por su religión?: SÍ, NO f) ¿Deja de tomar sus medicamentos porque no quiere que otros se enteren?: SÍ, NO g) ¿Es sugerido por otra persona para suspender tratamiento?: SÍ, NO
			Adicciones	Cualitativa	Indirecta	Nominal	Cuestionario	e) ¿Consume alcohol?: SÍ, NO f) ¿Consume drogas?: SÍ, NO
			Ocupación	Cualitativa	Indirecta	Nominal	Cuestionario	1)Empleado 2)Independiente 3)Ama de casa 3)No trabaja
			Ingreso económico	Cuantitativo	Indirecta	Intervalo	Cuestionario	1)Menor a 500 3) 1000-2500 2)501-999 4) Más de 2500
			Religión	Cualitativa	Indirecta	Nominal	Cuestionario	1)Católico 4) Evangélico 2)Adventista 5) Otros 3)Testigo de Jehová

FACTORES ASOCIADOS	Es un componente que, junto con otro, provoca un efecto en el tratamiento. (54)	FACTORES SOCIOECONÓMICOS	Procedencia	Cualitativo	Indirecta	Nominal	Cuestionario	1)Urbano 2)Rural Especifique:
			Apoyo familiar o amigos	Cualitativo	Indirecta	Nominal	Cuestionario	a) ¿Cuenta con apoyo familiar o de amigos?: Sí, NO
		FACTORES RELACIONADOS CON EL SISTEMA SANITARIO	Atención	Cualitativa	Indirecta	Nominal	Cuestionario	a) ¿Los horarios de las citas son adecuados para Ud.?: Sí, NO b) ¿Recibe de farmacia todos los medicamentos que le recetan?: Sí, NO c) ¿Le realizan un seguimiento a su tratamiento?: Sí, NO d) ¿Se siente conforme con la atención que recibe?: Sí, NO e) ¿Cuántas atenciones al mes recibe? 1)uno- tres 2) más de tres
								a) ¿Siente confianza en el médico que le atiende?: Sí, NO b) ¿Siente que lo trata con empatía?: Sí, NO c) ¿Hay buena comunicación con el médico? Sí, NO
			Relación médico-paciente	Cualitativa	Indirecta	Nominal	Cuestionario	
			Medicamento	Cuantitativa	Indirecta	Nominal	Cuestionario	a) ¿Cuántos medicamentos consume? 1) uno 2)dos 3)tres 4)más de tres
				Cualitativa	Indirecta	Nominal	Cuestionario	a) ¿Ha presentado reacciones adversas al medicamento? Sí, NO
				Cuantitativo	Indirecta	Nominal	Cuestionario	a) Cuánto tiempo está con el tratamiento

FACTORES ASOCIADOS	Es un componente que, junto con otro, provoca un efecto en el tratamiento. (54)	FACTORES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO						1) 1 mes 2) 2 - 6 meses 3) 7- 12 meses 4) más de 12 meses
				Cualitativa	Indirecta	Nominal	Cuestionario	a) ¿Qué medicamentos le recetaron? 1) ISRS 6) Benzodiacepinas 2) ATC 7) Litio 3) IMAO 8) Antipsicótico 4) NASSA 9) Otros 5) Anticonvulsivos
				Cualitativa	Indirecta	Nominal	Cuestionario	a) ¿Los horarios de toma de medicamentos es difícil de cumplir?: Sí, NO
			Tipo de tratamiento	Cualitativa	Indirecta	Nominal	Cuestionario	a) ¿Qué tipo de tratamiento recibe? 1) Con psicoterapia 2) Sin psicoterapia
		FACTORES RELACIONADOS CON LA PATOLOGIA	Diagnóstico	Cualitativo	Indirecta	Nominal	Cuestionario	a) ¿Qué diagnóstico tiene?
				Cualitativo	Indirecta	Nominal	Cuestionario	a) ¿Conoce su enfermedad?: Sí, NO
			Comorbilidad	Cualitativa	Indirecta	Nominal	Cuestionario	a) ¿Tiene otra enfermedad?: Sí, NO
			Hospitalización	Cualitativa	Indirecta	Nominal	Cuestionario	a) ¿Tuvo alguna hospitalización por la depresión?: Sí, NO

Variable dependiente

VARIABLE	Definición conceptual	DEFINICIÓN OPERACIONAL					
		INDICADOR	NATURALEZA	MEDICIÓN	ESCALA	INSTRUMENTO	EXPRESIÓN FINAL
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	La adherencia se define como la medida en que una persona sigue las recomendaciones de salud, lo cual incluye: • Acudir a las citas programadas. • Tomar los fármacos siguiendo las indicaciones. • Adoptar estilos de vidas recomendadas según la patología. • Realizar los análisis o pruebas requeridas.(41)	Consumo correcto de medicamentos	cualitativo	indirecta	nominal	Escala de Morisky	1) ¿A veces se olvida de tomar su medicamento?: SI=0, NO=1 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? SI=0, NO=1 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?: SI=0, NO=1 4) Cuando viaja o sale de casa ¿A veces olvida tomar su medicación?: SI=0, NO=1 5) ¿Ayer ¿Tomó todos sus medicamentos?: SI=0, NO=1 6) Cuando siente que sus síntomas están bajo control ¿A veces deja de tomar sus medicamentos?: SI=0, NO=1 7) Tomar medicamentos todos los días es un verdadero inconveniente para algunas personas. ¿Alguna vez se siente presionado a cumplir su plan de tratamiento?: SI=0, NO=1 8) ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para acordarse de tomar todos sus medicamentos? Nunca/ casi nunca 1 Rara vez 0.75 Algunas veces 0.5 Habitualmente 0.25 Siempre 0 PUNTUACIONES ALTA ADHERENCIA: 8 REGULAR ADHERENCIA: 6-7 BAJA ADHERENCIA: menos de 6

3.3. Población y muestra

3.3.1. Descripción de la población

➤ Población

La población estuvo integrada pacientes que recibían tratamiento con medicamentos antidepresivos, siendo 140 pacientes en los meses de mayo-agosto del 2024, población que sirvió de referencia para hallar la muestra estudiada en el Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari.

➤ Tamaño de muestra

La muestra estuvo conformada por 102 pacientes, se tomó en cuenta esta cifra de referencia para el trabajo prospectivo de octubre del 2024 a febrero del 2025 en el Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari.

Fórmula para hallar el tamaño muestral para poblaciones finitas.

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

Donde:

Z: 1.96, nivel de confianza de 95 %

d: 0.05, error de estimación máximo aceptado (5%)

N: 140

P: probabilidad de que ocurra el evento estudiado

$$n = \frac{140 * 1.96^2 * 0.5 * (1 - 0.5)}{0.05^2 * (140 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * (1 - 0.5)} = 102$$

➤ Tipo de muestreo

Para la selección de la muestra se realizará un muestreo no probabilístico por conveniencia.(53)

3.3.2. Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes que den su consentimiento de participación.
- Pacientes con tratamiento farmacológico.
- Pacientes con prescripción de antidepresivos más de un mes.

3.3.3. Criterios de exclusión

- Pacientes menores de 18 años.

- Pacientes que no acepten participar en la investigación.
- Pacientes sin tratamiento farmacológico.
- Pacientes que sean dados de alta durante la aplicación de la encuesta.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.4.1. Técnica

Se realizó encuesta presencial y por llamada telefónica a pacientes seleccionados.

3.4.2. Instrumento

Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky 8 ítems (mmas-8)

Se utilizó la escala de adherencia MMAS-8 para medir la adherencia al tratamiento farmacológico por parte de los pacientes con depresión, fue desarrollada en 2008 por Morisky, Ang, Krousel-Wood y Ward. En 2015, De las Cuevas y Peñate validaron su versión en español con una muestra de 967 pacientes psiquiátricos que recibían tratamiento ambulatorio, demostrando que la MMAS-8 es un instrumento confiable y válido para evaluar la adherencia terapéutica. (46,47).

Las preguntas de MMAS-8 están diseñadas para reducir el sesgo a respuestas afirmativas, incorporando la inversión de la redacción en el ítem 5. Los ítems del 1 al 7 se responden con opciones dicotómicas ("sí" o "no"), mientras que el ítem 8 utiliza una escala tipo Likert de cinco puntos. La puntuación se asigna otorgando 1 a cada respuesta "no" y 0 a cada "sí", salvo en el ítem 5, donde se invierte. En el caso del ítem 8, el puntaje obtenido (0-4) se normaliza dividiéndolo entre 4 para integrarlo en la puntuación total. Así, la escala arroja valores entre 0 y 8: una puntuación de 8 indica alta adherencia, de 6 a 7 corresponde a adherencia media y valores menores de 6 reflejan baja adherencia (46,47).

Cuestionario de factores relacionados a la adherencia terapéutica

Se elaboró un cuestionario que incluye los factores que afectan a la adherencia terapéutica en cinco áreas principales:

- Factores relacionados con el paciente.
- Factores socioeconómicos.
- Factores relacionados con el sistema sanitario.
- Factores relacionados con la patología.
- Factores relacionados con el tratamiento.

Se hizo una adaptación del estudio de Rivera Diéguez J. (2019), complementada con el uso de investigaciones previas, en función de los objetivos planteados en el presente estudio (26,27,41,43,44).

3.5. Procedimientos

3.5.1. Autorización para la recolección de datos

Se presentó una solicitud de autorización al Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari, se esperó la aprobación favorable para dar inicio a la aplicación del cuestionario.

3.5.2. Aplicación de instrumentos de recolección de datos

Se recolectó datos durante 4 meses, desde el 14 de octubre del 2024 hasta el 22 de febrero del 2025, en los días de atención en el Centro de Mental Comunitario de Pichari.

Horario de atención

Lunes-domingo: 7:30 am-7:30 pm

Estrategias

Primero se filtró a todos los pacientes con depresión que reciben por más de un mes tratamiento farmacológico, con la ayuda del servicio de Estadística y el servicio de Farmacia, luego se recurrió al servicio de recepción para la obtención de datos de contacto de los pacientes, posteriormente se accedió a las historias clínicas para obtener datos clínicos de los pacientes seleccionados, con todos los datos recopilados los pacientes respondieron el cuestionario de dos formas:

- Al momento de sus citas médicas: Aceptación de consentimiento informado, llenado de cuestionario. El tiempo aproximado de aplicación del cuestionario fue de 15 a 20 minutos por paciente. Al final de la encuesta, se procedió a verificar la calidad de las respuestas.
- Por medio de llamada telefónica, adaptándose a la disponibilidad del paciente: Primero se realizó la llamada telefónica con el paciente seleccionado, en la presentación se le informó sobre el tema de estudio, propósito, beneficios, riesgos, la confidencialidad de la información y su participación voluntaria, se envió el consentimiento informado por medio de whatsapp para la aceptación correspondiente, después de su consentimiento enviado por whatsapp se procedió con el cuestionario, en caso de pacientes que no disponían de whatsapp se procedió a grabar

su consentimiento verbal con su debida autorización, documentando su consentimiento según lo establecido en el informe de Belmont y declaración de Helsinki, posteriormente se procedió a la aplicación del cuestionario. El tiempo promedio para aplicar el cuestionario fue de 15 a 20 minutos por paciente. Al finalizar la encuesta, se procedió a verificar la calidad de las respuestas (55,56).

3.5.3. Técnica de procesamiento de datos

Los datos recogidos primero fueron ingresados al programa de Excel para ser ordenados, clasificados y codificados, posteriormente se ingresó a la matriz de datos del programa estadístico SPSS 25, el cual se realizó con precaución con el fin de evitar errores y valores perdidos durante el análisis. Al ser un estudio de tipo descriptivo, se aplicó principalmente técnicas de estadística descriptiva como tablas de frecuencia y tablas de contingencia, también se hará uso de indicador de razón de prevalencia (RP), es una medida estadística que cuantifica la relación entre exposición a un factor y prevalencia de una enfermedad, el cual permite interpretar valores superiores a 1 como factores de riesgo, cuando sus límites inferior y superior también son mayores a 1, indicándonos mayor riesgo a sufrir la afección o falta de adherencia, también se trabajó con la prueba chi-cuadrado para tablas de contingencia con sus respectivo nivel de significancia (53).

3.5.4. Aspectos éticos

La presente investigación se desarrolló adecuándose a principios bioéticos de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. Solicitando el consentimiento informado de los participantes. Descritos a continuación:

3.5.4.1. Principio de autonomía

Se garantizó el respeto a la autonomía del paciente, asegurando que sus decisiones fueran consideradas. Para ello, se obtuvo el consentimiento informado, ya sea de manera verbal o escrita, que avaló su participación voluntaria en el estudio (53,57).

3.5.4.2. Principio de beneficencia

Se aplicó el principio de beneficencia al brindar a los familiares y/o acompañantes información clara sobre los beneficios esperados de la investigación. De este modo, se facilitó la comprensión del impacto del estudio en la adherencia al tratamiento, ya sea buena, regular o deficiente (53,57).

3.5.4.3. Principio de no maleficencia

Con el propósito de salvaguardar la integridad física, emocional y social, se garantizó a los pacientes y familiares que la colaboración en el estudio no generaría riesgos ni perjuicios para su salud o bienestar (53,57).

3.5.4.4. Principio de justicia

Durante el estudio se aseguró que todos los participantes recibieran un trato justo y cordial, basado en el respeto y sin distinciones ni privilegios de ninguna índole (53,57).

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. Descripción de los pacientes con depresión del Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari – Cusco

Tabla 11. Características sociodemográficas de los pacientes con depresión del Centro de Salud Mental comunitario de Pichari-Cusco,2024.

		Frecuencia	Porcentaje %
Edad	18-29 años	43	42,16
	30-49 años	44	43,14
	50 a más años	15	14,71
Género	Masculino	16	15,69
	Femenino	86	84,31
Estado civil	Soltero(a)	47	46,08
	Casado(a)	19	18,63
	Conviviente	30	29,41
	Viudo/divorciado(a)	6	5,88
Nivel de educación	Primaria-sin educación.	22	21,57
	Secundaria	47	46,08
	Superior	33	32,35
		102	100,00

Fuente: Elaboración propia

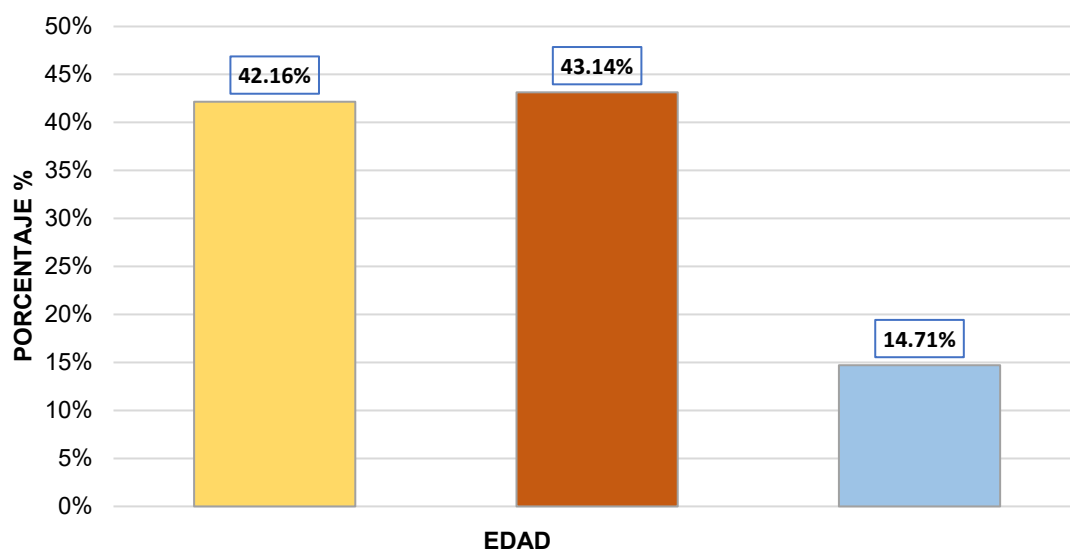


Figura 14: Edad de pacientes con depresión del Centro de Salud Mental comunitario de Pichari-Cusco,2024.

Fuente: Elaboración propia

Interpretación de resultados

En la figura 14, se presenta la edad de los pacientes con diagnóstico de depresión, donde el grupo de 30-49 años presenta el 43,14% de la muestra y 18-29 años el 42,16%, mientras que el grupo de 50 años o más solo es el 14,71%.

Análisis y discusión de resultados

Los resultados sobre la edad muestran que hay un mayor porcentaje de depresión en el grupo de 30-49 años, que representa el 43,14%, lo que sugiere que la etapa adulta es un periodo de alta vulnerabilidad para la aparición o agravamiento de síntomas depresivos. Este hallazgo coincide con lo reportado por **Velasque (2024)**(23) en el CSMC de Tacna, donde el grupo más afectado fue también adultos, atribuyéndose a la acumulación de responsabilidades laborales, familiares y a la presión económica. Asimismo, coincide con **Olivares (2018)**(31) en el Hospital Regional del Cusco, quien encontró que los adultos presentaban la mayor proporción de depresión, explicando este patrón por la carga de obligaciones sociales y la limitada red de apoyo.

La similitud entre estos hallazgos puede deberse a que, tanto en Pichari como en otras zonas del país, los adultos deben afrontar exigencias económicas, familiares y laborales a la vez, en un contexto de recursos limitados y dificultades

de acceso a servicios de salud mental. Por otro lado, en Pichari este patrón podría estar intensificado por la presencia de factores adicionales como la migración interna, la informalidad laboral y el impacto psicosocial de problemas locales, que incrementan la tensión emocional y favorecen la aparición de depresión en este rango de edad.

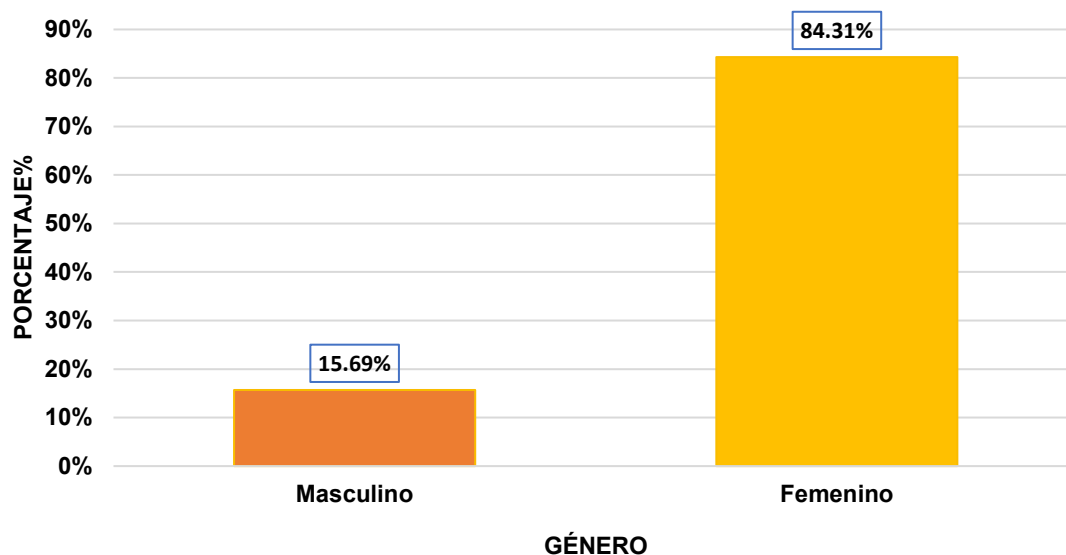


Figura 15: Género de pacientes con depresión del Centro de Salud Mental comunitario de Pichari-Cusco, 2024.

Fuente: Elaboración propia

Interpretación de resultados

La figura 15, resalta que el 84,31 % de los pacientes con depresión es del género femenino y el 15,69% es del género masculino.

Análisis y discusión de resultados

Existe diferencia notable por género, donde las mujeres constituyen la gran mayoría (84,31%) frente a los hombres (15,69%), lo que sugiere una mayor prevalencia de la depresión entre las mujeres, lo que coincide con lo reportado por **Gamarra (2022)**(24) en el CSMC de San Juan de Lurigancho, donde las mujeres representaron más del 70 % de los casos, el autor atribuye este resultado a factores hormonales, socioculturales y a una mayor disposición de las mujeres para buscar atención en salud mental. De manera similar, **Olivares**

(2018)(31) en el Hospital Regional del Cusco encontró un predominio femenino, explicándolo por la sobrecarga de responsabilidades domésticas y laborales, así como la mayor expresividad de las mujeres para comunicar síntomas emocionales.

Referente al factor biológico, estudios indican que las fluctuaciones hormonales a lo largo de la vida reproductiva de la mujer (pubertad, ciclo menstrual, embarazo, posparto y la perimenopausia) pueden alterar la regulación de neurotransmisores como la serotonina, dopamina y norepinefrina. En particular, la disminución de estrógenos y progesterona en ciertas etapas favorece cambios en la plasticidad neuronal y la respuesta al estrés, aumentando la predisposición a la depresión(58).

La coincidencia de estos resultados podría explicarse porque, tanto en Pichari como en otros contextos nacionales y locales, las mujeres enfrentan esta combinación de factores biológicos, psicosociales y culturales. En Pichari este patrón podría verse intensificado por la persistencia de estereotipos de género que incrementa la carga emocional y el riesgo de desarrollar depresión.

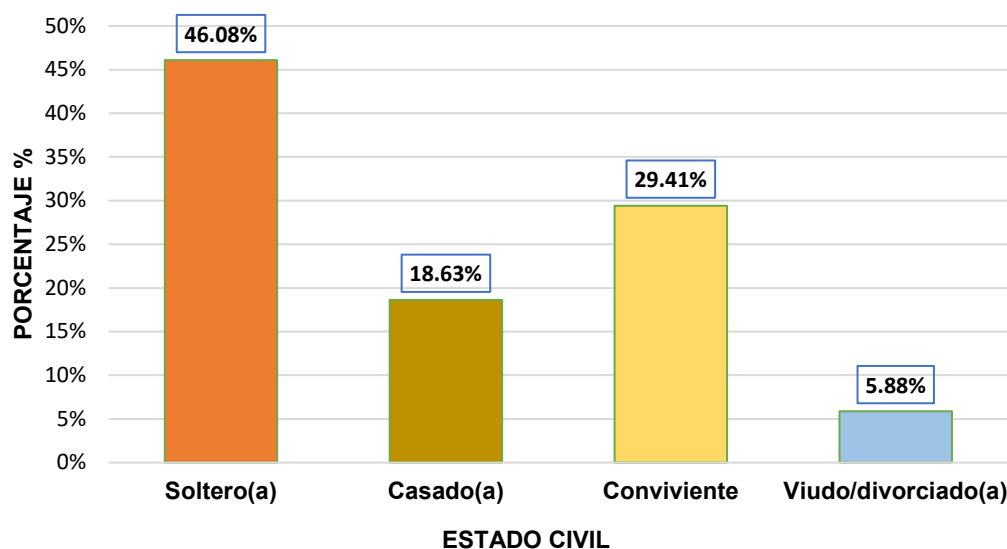


Figura 16: Estado civil de pacientes con depresión del Centro de Salud Mental comunitario de Pichari-Cusco,2024.

Fuente: Elaboración propia

Interpretación de resultados

La figura 16, muestra el estado civil de los pacientes con depresión con el 46,08% de solteros, 18,63% de casados, 29,41% convivientes y 5,88% de viudos y divorciados.

Análisis y discusión de resultados

En cuanto al estado civil, los solteros representan casi la mitad de los pacientes (46,08%), seguidos por los convivientes (29,41%) y casados (18,63%). Estos resultados coinciden con lo hallado por **Rivera (2019)**(25), quien en su estudio en Perú encontró mayor depresión en personas sin pareja estable, sugiriendo que la ausencia de soporte emocional íntimo podría incrementar este trastorno. Asimismo, resultados similares fueron reportados por **Salinas (2018)**(26), donde los solteros presentan mayor frecuencia de síntomas depresivos, donde el autor relaciona con menor apoyo efectivo y redes sociales más limitadas.

La coincidencia con ambos estudios podría explicarse porque en diversos contextos, la ausencia de una pareja estable tiende a asociarse con menor contención emocional, lo que favorece la aparición o persistencia de la depresión.

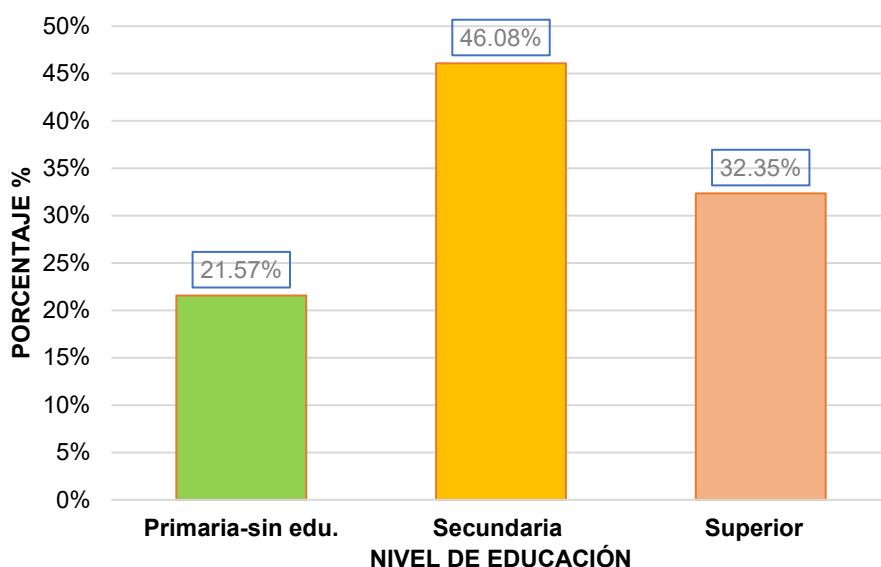


Figura 17: Nivel de educación de pacientes con depresión del Centro de Salud Mental comunitario de Pichari-Cusco,2024.

Fuente: Elaboración propia

Interpretación de resultados

La figura 17, muestra que el 46,08% tiene educación secundaria, el 32,35% cuenta con educación superior y el 21,57% es el grupo con educación primaria o sin instrucción.

Análisis y discusión de resultados

Respecto al nivel educativo, la mayoría de los pacientes con depresión tienen educación secundaria (46,08%), seguido de educación superior (32,35%) y primaria o sin educación formal (21,57%). También **Olivares (2019)**(31) en el Hospital Regional del Cuco, obtuvo que la mayoría de pacientes con depresión no presentaba escolaridad. De manera similar, **Pinares (2017)**(32) presentó como resultado que el 40,57% de los pacientes con depresión tenía instrucción secundaria.

La similitud con las cifras de este estudio responden a la influencia que tiene el grado de instrucción en sufrir de depresión, las personas que tiene una educación básica no acceden a muchas oportunidades laborales, lo cual genera frustración e incapacidad para hacerle frente a las adversidades, exponiéndolos a trastornos depresivos, además hay que considerar que la edad con mayor frecuencia de depresión en este estudio es de 30-49 años, personas que en su etapa educativa en la zona de Pichari, por ser un lugar alejado, no ofrecía muchas opciones de educación superior.

4.2. Nivel de adherencia de los pacientes con depresión del Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari – Cusco, 2024.

Tabla 12. Nivel de adherencia al tratamiento con escala de Morisky 8 ítems (MMAS-8).

		Frecuencia	Porcentaje (%)
Adherencia	Baja	81	79.41
	Regular	18	17.65
	Alta	3	2.94

Fuente: Elaboración propia

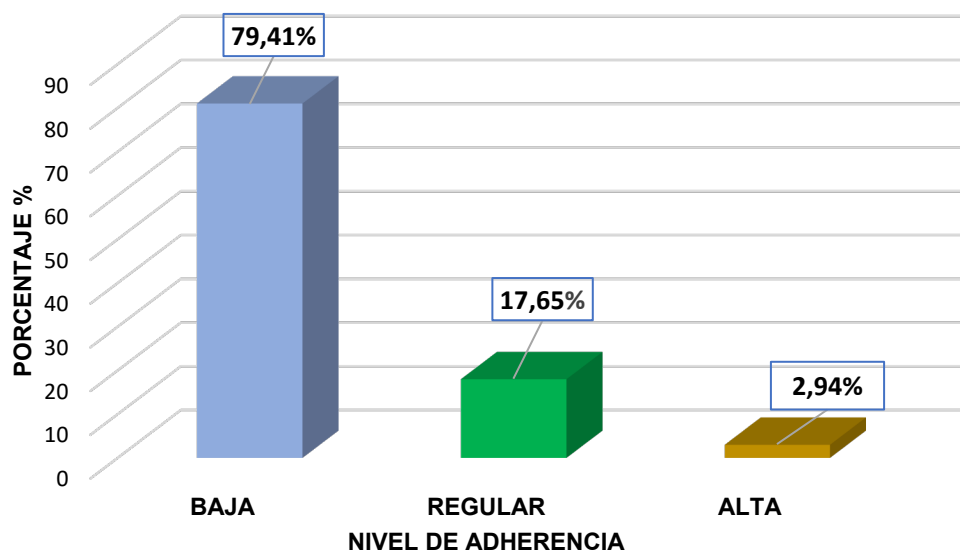


Figura 18: Porcentaje del nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con depresión del Centro de Salud Mental comunitario de Pichari-Cusco,2024.

Fuente: Elaboración propia

Interpretación de resultados

La tabla 12 y la figura 18, presentan los niveles de adherencia al tratamiento antidepressivo en 102 pacientes con depresión atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari - Cusco. El 79,41% de los pacientes tiene baja adherencia, el 17,65% presenta una adherencia regular y sólo 2,94% tiene alta adherencia.

Análisis y discusión de resultados

Los resultados de la aplicación del test de Morisky 8 ítems (MMAS-8) muestra una situación preocupante, con una abrumadora mayoría de pacientes con baja adherencia (79,41%), seguido por un pequeño porcentaje con adherencia regular (17,65%) y apenas un 2.94% con alta adherencia. En el estudio de **Unni et al. (2024)**(19), la aplicación de la Escala de Razones de Adherencia a la Medicación dio como resultado de no adherencia de 42,9 y 46,2% en EE.UU. y la Unión Europea respectivamente. También el estudio de **Velasque (2024)**(23) realizado en Tacna, halló el 69,1% de baja adherencia.

Aunque las cifras de Pichari superan ampliamente las de estos estudios internacional y nacional, comparten causas comunes como el olvido, la

desconfianza en la necesidad del tratamiento y la preocupación por los efectos adversos. Sin embargo, en Pichari el porcentaje más elevado podría explicarse por factores contextuales como la elevada demanda asistencial, la escasa implementación de seguimiento farmacoterapéutico, las distancias geográficas y factores socioculturales que llevan al a interrupción temprana del tratamiento. Así, aunque los motivos coinciden en gran parte con los reportados en otros contextos, la magnitud del problema en Pichari refleja la combinación de barreras estructurales del sistema de salud y características particulares de la población atendida.

Tabla 13. Resultados de la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky 8 Ítems (MMAS-8)

	Si		No	
	f	%	f	%
¿A veces olvida de tomar su medicamento?	17	16,7	85	83,3
La gente a veces omite tomar sus medicamentos por razones diferentes al olvido ¿En las últimas 2 semanas hubo algún día que no tomó su medicamento?	28	27,5	74	72,5
¿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?	61	59,8	41	40,2
Cuando viaja o sale de casa ¿A veces olvida tomar su medicación?	51	50,0	51	50,0
Ayer ¿Tomó todos sus medicamentos?	43	42,2	59	57,8
Cuando siente que sus síntomas están bajo control ¿A veces deja de tomar sus medicamentos?	58	56,9	44	43,1
Tomar medicamentos todos los días es un verdadero inconveniente para algunas personas ¿Alguna vez se siente presionado a cumplir su plan de tratamiento?	75	73,5	27	26,5
¿Con qué frecuencia tiene dificultad para acordarse de tomar todos sus medicamentos?	52	51,0	50	49,0

Fuente: Elaboración propia

Interpretación de resultados

La tabla 13, presenta resultados de la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky 8 Ítems (MMAS-8), el 83,3% no olvida de tomar su medicamento, el 72,5% dice que no se olvidó de tomar sus medicamentos en las últimas dos semanas, el 59,8% dejó de tomar su medicamento porque se sentía peor al tomarla, el 57,8% no toma un día antes su medicamento, el 56,9% no toma su medicamento cuando sus síntomas están controlados, el 73,5% se siente presionado a tomar su medicamento y el 51 % tiene dificultad para olvidarse de tomar su medicamento.

Análisis y discusión de resultados

Un aspecto destacado es que la mayoría de los encuestados (83,3%) afirma no olvidar tomar sus medicamentos y el 72,5% señala que no se olvidó de tomarlos en las últimas dos semanas. Estos resultados contrasta con el estudio de **Castillo (2018)**(27) que registró sólo el 18 % en el primer ítem, diferencia que podría explicarse por una tendencia del encuestado a responder de forma socialmente deseable, minimizando su olvido y no “quedar mal” ante el personal de salud. Sin embargo, en el segundo ítem los resultados son similares a **Castillo (2018)** (27), quien encontró un 76 % que refirió no olvidar la medicación en las últimas dos semanas.

Pese a las aparentes respuestas positivas iniciales, las siguientes seis preguntas revelan clara tendencia a la baja adherencia. El 59,8% reconoció haber dejado de tomar su medicación porque se sentía peor al hacerlo, probablemente debido a efectos adverso o insatisfacción con el tratamiento, el 56,9% deja de medicarse cuando percibe que sus síntomas están controlados, evidenciando un patrón de abandono ante la mejoría subjetiva. El 57, 8% no toma la dosis del día anterior, y el 51 % presenta dificultades para recordar la toma diaria, confirmando que los olvidos si son frecuentes. Un aspecto relevante es que el 73,5% refiere sentirse presionado para cumplir con la medicación diaria. Esto se vincula con que la mayoría de pacientes del CSMC de Pichari cuenta con apoyo familiar- dato reportado en tablas posteriores-, lo que, si bien puede reforzar el recordatorio de la toma, no siempre logra garantizar una adherencia efectiva.

4.3. Factores relacionados con la baja adherencia terapéutica

4.3.1. Factores relacionados con el paciente

Tabla 14. Factores sociodemográficos y su asociación con la baja adherencia terapéutica en pacientes con depresión del Centro de Salud Mental comunitario de Pichari-Cusco,2024.

	Adherencia				RP	Li	Ls	Chi^2	Sig
	Baja		Alta/regular						
	F	%	F	%					
Edad									
18-29 años	33	76,7	10	23,3	0,943	0,769	1,158	0,346	0,841
30-49 años	36	81,8	8	18,2	1,055	0,867	1,283		
50 a más años	12	80,0	3	20,0	1,009	0,766	1,328		
Genero									
Masculino	13	81,3	3	18,8	1,028	0,793	1,332		
Femenino	68	79,1	18	20,9	0,973	0,751	1,261	0,039	0,843
Estado civil									
Soltero(a)	39	83,0	8	17,0	1,087	0,893	1,322	9,505	0,023
Casado(a)	14	73,7	5	26,3	0,913	0,684	1,218		
Conviviente	26	86,7	4	13,3	1,194	0,970	1,470		
Viudo/divorciado(a)	2	33,3	4	66,7	0,405	0,130	1,261		
Nivel de educación									
Primaria-sin educación	16	72,7	6	27,3	0,895	0,679	1,180	0,778	0,678
Secundaria	38	80,9	9	19,1	1,034	0,849	1,259		
Superior	27	81,8	6	18,2	1,097	0,881	1,366		

Fuente: Elaboración propia

Interpretación de resultados

En la tabla 14, muestra que los pacientes que presentan baja adherencia (81,8 %) son el grupo de 30-49, el género masculino tiene menor adherencia terapéutica (81,3%), en cuanto al estado civil, los convivientes muestran menor adherencia (86,7%) y en el nivel de educación los pacientes con educación superior presentan menor adherencia (81,8%).

Análisis y discusión de resultados

La tabla 14, analiza la asociación entre diversos factores sociodemográficos, en la edad se muestra que el grupo de 30-49 años presenta una baja adherencia(81,8%), pero no muestra una asociación estadísticamente significativa(sig=0,841), **Rivera(2019)(25)**, también obtuvo que la población adulta es la que presenta menor adherencia(53,3%, sig=0,88), la literatura menciona que en adultos mayores la polifarmacia y las comorbilidades tiende a disminuir la adherencia y en jóvenes influye la falta de compromiso(46).

En cuanto al género, los varones son los que tienen más baja adherencia (81,3%), sin significancia estadística (sig=0,84), similar a **Rivera (2019) (25)** donde halló mayor baja adherencia en el género masculino (56,67%, sig=0,42), contrariamente en los estudios de **Torres et al. (2023)(20)** y **Velasque (2024)(23)** el género femenino, 63,6 % y 81,3% respectivamente, sin asociación significativa. El estudio de **Unni et al. (2024)(19)**, resalta que más que el sexo, influye barreras como el olvido o el temor a efectos adversos, variando el contexto cultural.

Con respecto al estado civil la tabla 14 resalta que los convivientes presentan baja adherencia (86,7%), seguido de los solteros (83%) con una relación estadísticamente significativa(sig=0,023), el indicador Razón de Prevalencia (RP=1,194), indica que los convivientes tienen más probabilidad a tener baja adherencia más veces de tener baja adherencia que los viudos o divorciados (RP=0,405).Por otro lado en los resultados de **Rivera (2019) (25)**, los solteros presentaron menor adherencia (56,5%), luego casados(50%), sin mostrar una relación significativa (sig=0,461), de la misma manera en el trabajo de **Salinas (2018) (26)**, los solteros presentaron baja adherencia(31%) y casados(26%) sin ser estadísticamente significativos(sig=0,362). Aunque distintos trabajos

mencionan que el estar acompañado es un factor que ayuda a cumplir la terapia y otros comentan que el estar solo contribuye a la adherencia, en esta investigación se evidenció que en el Centro de Salud Mental de Pichari los que cuentan con la compañía de una pareja presentan menor adherencia terapéutica, lo cual puede deberse a que en algunos casos los pacientes lo mantienen en reserva sin comentarlo a la pareja o no se sienten comprendidos ni apoyados por sus parejas.

En el nivel de educación los que tienen educación superior presentan menor adherencia terapéutica (81,8%), pero no existe una asociación significativa con la adherencia ($\text{sig}=0,678$), según **Rivera (2019)** (25), también pacientes con educación universitaria tienen baja adherencia (81,82%), sin una relación estadística ($\text{sig}=0,608$), siendo similares a esta investigación, estudios de adherencia mencionan que el nivel de educación superior es un factor protector de adherencia y el analfabetismo o formación incompleta están en contra de la adherencia, tal incongruencia con los resultados obtenidos puede deberse a que los pacientes con nivel de educación superior del CSMC de Pichari están más concentrados en responsabilidades laborales, lo que les dificulta cumplir con el tratamiento antidepresivo.

Tabla 15. Creencias sobre tratamiento y su asociación con la baja adherencia a tratamientos en pacientes con depresión del Centro de Salud Mental comunitario de Pichari-Cusco,2024.

Adherencia									
Baja			Alta/regular		RP	Li	Ls	Chi^2	Sig
F	%	F	%						
¿Cree que el medicamento le está mejorando?									
Sí	68	78,2	19	21,8	2,529	0,178	35,912	0,566	0,452
No	13	86,7	2	13,3	0,922	0,254	3,343		
¿Piensa que sanará sin tratamiento?									
Sí	44	83,0	9	17,0	1,099	0,900	1,344	0,878	0,349
No	37	75,5	12	24,5	0,910	0,744	1,112		
¿Ayuda con remedios naturales?									
Sí	33	91,7	3	8,3	1,260	1,055	1,505	5,111	0,024
No	48	72,7	18	27,3	0,793	0,664	0,948		
¿Cree que se hará dependiente a los medicamentos?									
Sí	35	89,7	4	10,3	1,229	1,023	1,477	4,123	0,042
No	46	73,0	17	27,0	0,814	0,677	0,978		
¿Deja de tomar sus medicamentos por su religión?									
Sí	7	100,0	0	0,0	1,328	1,176	1,500	1,949	0,163
No	74	77,9	21	22,1	0,779	0,700	0,867		
¿Deja de tomar sus medicamentos porque no quiere que otros se enteren?									
Sí	10	90,9	1	9,1	1,165	0,938	1,447	0,997	0,318
No	71	78,0	20	22,0	0,858	0,691	1,066		
¿Es sugerido por otra persona para suspender tratamiento?									
Sí	30	90,9	3	9,1	1,230	1,031	1,468	3,944	0,047
No	51	73,9	18	26,1	0,813	0,681	0,970		

Fuente: Elaboración propia

Interpretación de resultados

La tabla 15, presenta las creencias de los pacientes sobre el tratamiento que reciben en el Centro de Salud Mental de Pichari en relación a la adherencia terapéutica, de los pacientes con baja adherencia el 78,2 % sí cree que los medicamentos están mejorando su estado de salud, el 83,0% piensa que sí sanará sin recibir tratamiento farmacológico, el 91,7% dice ayudar con remedios naturales, el 89,7% cree que se volverán dependientes a los medicamentos, el 100% deja de tomar su medicamento por su religión, el 90,9% no toma su medicamento por miedo a que otros se enteren y el 90,9% es sugerido por alguien para suspender su medicamento.

Análisis y discusión de resultados

Los resultados muestran que algunas creencias están significativamente asociadas con la baja adherencia. Un hallazgo relevante es que el 91,7% de los pacientes con baja adherencia recurre al uso de remedios naturales, principalmente plantas o preparados no relacionados con el diagnóstico de depresión (como chanca piedra, ortiga, pelo de choclo o extractos de plantas no identificadas). Este resultado fue estadísticamente significativo ($\text{sig}=0.024$) y la Razón de Prevalencia ($\text{RP}=1,260$) indica que estos pacientes tienen mayor riesgo de ser poco adherentes. En Perú, es frecuente optar por tratamientos naturales para diversas enfermedades., incluso para problemas de salud mental, debido a creencias culturales arraigadas que minimizan la necesidad de tratamiento farmacológico. A diferencia de otros estudios, donde esta variable no se analizó de forma específica, el presente trabajo incorpora este factor dada su alta prevalencia en la zona. Esto refuerza la necesidad de que el Químico Farmacéutico del CSMC de Pichari oriente a los pacientes sobre los riesgos de abandonar o complementar de forma inadecuada el tratamiento antidepresivo.

Otras creencias asociadas con la baja adherencia es el temor a volverse dependientes a los medicamentos (89.7%) y la sugerencia de otras personas para suspender el tratamiento (90,9%), ($\text{sig}= 0,042$ y $\text{sig}= 0,047$ respectivamente; $\text{RP}>1$). Estos resultados se alinean con lo descrito por **Unni et al. (2024)(19)** y **Lezuchowska et al. (2024)(18)**, quienes destacan que las creencias sobre la enfermedad, aceptación del tratamiento y preocupaciones por

efectos adversos son determinantes de la adherencia. En Pichari, estas percepciones pueden explicarse por el estigma social asociado a la depresión y la alta influencia de la opinión popular. Muchas personas del entorno de los pacientes creen que es incorrecto tomar medicamento por muchos meses, por lo cual en su buena intención aconsejan dejar el tratamiento y optar por otras alternativas, para evitar “acostumbrarse” a los medicamentos, exponiendo a los pacientes a generar recaídas o recurrencia de la enfermedad por la suspensión de los medicamentos.

Tabla 16. Adicción en pacientes y su asociación con la baja adherencia terapéutica en pacientes con depresión del Centro de Salud Mental comunitario de Pichari-Cusco,2024.

	Adherencia				RP	Li	Ls	Chi^2	Sig
	Baja		Alta/regular						
	F	%	F	%					
Alcohol									
Sí	12	85,7	2	14,3	1,093	0,860	1,390	0,394	0,530
No	69	78,4	19	21,6	0,915	0,719	1,163		
Drogas									
Sí	8	100,0	0	0,0	1,288	1,155	1,435	2,251	0,134
No	73	77,7	21	22,3	0,777	0,697	0,866		

Fuente: Elaboración propia

Interpretación de resultados

En relación a las adicciones la tabla 16 muestra que los pacientes que tienen baja adherencia, el 69% no consume alcohol y 73% no consume drogas.

Análisis y discusión de resultados

La tabla 16, muestra la relación entre factores de adicción (consumo de alcohol y drogas) y la adherencia al tratamiento en pacientes con depresión. En el caso del consumo de alcohol, se observa que la mayoría de los pacientes (85.7% de

los consumidores y 78.4% de los no consumidores) presentan baja adherencia al tratamiento, aunque las diferencias no son estadísticamente significativas ($\text{sig}=0.530$). En caso de los pacientes que consumen drogas todos presentaron baja adherencia, la muestra es demasiado pequeña para obtener conclusiones significativas ($\text{sig}=0.134$), el valor RP para el consumo de drogas indica que los pacientes que consumen drogas tienen 1,288 veces más riesgo de un abaja adherencia a tratamiento. En la investigación de **Salinas(2018)**(26) el 58% de pacientes con baja adherencia también no consumía drogas. En Pichari, aunque la mayoría no consumía drogas propiamente dichas, varios mencionaron consumo de coca, dado que esta planta es de fácil acceso en la zona de Pichari. Este consumo exponía a los pacientes a interacciones con los medicamentos recetados lo que podía alterar la eficacia o generar toxicidad, afectando por ende la adherencia al tratamiento. Esta situación permite que el Químico Farmacéutico eduque a los pacientes sobre riesgos de combinar sustancias con sus medicamentos, reforzando la adherencia y promoviendo el uso seguro y eficaz del medicamento.

4.3.2. Factores socioeconómicos

Tabla 17. Factores socioeconómicos y su asociación con la baja adherencia terapéutica en pacientes con depresión del Centro de Salud Mental comunitario de Pichari-Cusco,2024.

	Adherencia				RP	Li	Ls	Chi^2	Sig
	Baja		Alta/regular						
	F	%	F	%					
Ocupación									
Ama de casa/no trabaja	29	80,6	7	19,4	1,022	0,834	1,253	7,168	0,028
Empleado	11	57,9	8	42,1	0,686	0,463	1,018		
Independiente	41	87,2	6	12,8	1,199	0,987	1,458		
Ingreso económico									
Menor a 500	26	81,3	6	18,8	1,034	0,841	1,271	0,142	0,932
De 501-999	31	79,5	8	20,5	1,002	0,817	1,227		
Más de 1000	24	77,4	7	22,6	0,964	0,772	1,204		
Religión									
Católico	44	75,9	14	24,1	0,902	0,743	1,095	1,039	0,595
Evangélico	26	83,9	5	16,1	1,083	0,887	1,321		
Otros	11	84,6	2	15,4	1,076	0,833	1,389		
Procedencia									
Urbano	53	75,7	17	24,3	0,865	0,718	1,043	1,866	0,172
Rural	28	87,5	4	12,5	1,156	0,959	1,392		
Apoyo familiar									
No	20	87,0	3	13,0	1,126	0,923	1,373	1,034	0,309
Sí	61	77,2	18	22,8	0,888	0,728	1,083		

Fuente: Elaboración propia

Interpretación de resultados

La tabla 17, presenta los factores sociodemográficos, indica que los pacientes con baja adherencia farmacológica son trabajadores independientes (87,2%), cuentan con un ingreso menor a 500 soles (81,3%), tienen una religión evangélica (83,9%), son de procedencia urbana (75,7%) y cuentan con apoyo familiar (77,2%).

Análisis y discusión de resultados

La tabla 17, muestra la asociación entre diversos factores socioeconómicos y la baja adherencia a tratamientos en pacientes con depresión. De los factores analizados, la ocupación fue el único que mostró una asociación estadísticamente significativa ($p=0,028$), los trabajadores independientes presentaron la mayor proporción de baja adherencia (87,2%) seguido de las amas de casa/desempleados (80,6%), mientras que los empleados mostraron la menor tasa (57,9%). En comparación con el estudio de **Rivera (2019)**, los pacientes que no trabajan son los que tenían mayor frecuencia de baja adherencia (78,57%), seguido de pacientes con trabajo independiente (71,43%) con una significancia estadística ($\text{sig}=0,023$), tal diferencia puede explicarse por los espacios geográficos donde se realizó los estudios, que influye mucho en las actividades económicas, en caso de Pichari gran parte de los pacientes son trabajadores independientes dedicados algún tipo de negocio o a la agricultura de la zona, esto hace de que tengan ingresos económicos mínimos. También **Velasque (2024)(23)** y **Gamarra (2022)(24)**, señalaron que la falta de empleo se relaciona con baja adherencia, aunque sin relación estadística. Con los factores, como ingreso económico, religión, procedencia y apoyo familiar, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación con la adherencia al tratamiento. Resultados semejantes también publicó **Torres et al. (2019)(20)**, en el que no halló relación estadística entre procedencia e ingresos económicos.

4.3.3. Factores relacionados con el sistema sanitario

Tabla 18. Factores relacionados con la atención del paciente y su asociación con la baja adherencia terapéutica en pacientes con depresión del Centro de Salud Mental comunitario de Pichari-Cusco,2024.

	Adherencia				RP	Li	Ls	Chi^2	Sig
	Baja		Alta/regular						
	F	%	F	%					
¿Los horarios de las citas son adecuados para Ud.?									
No	10	90,9	1	9,1%	1,165	0,938	1,447	0,997	0,318
Si	71	78,0	20	22,0%	0,858	0,691	1,066		
¿Recibe de farmacia todos los medicamentos que le recetan?									
No	3	75,0	1	25,0%	0,942	0,530	1,674	0,050	0,824
Sí	78	79,6	20	20,4%	1,061	0,597	1,885		
¿Le realizan un seguimiento adecuado a su tratamiento?									
No	35	77,8	10	22,2%	0,964	0,788	1,179	0,132	0,717
Sí	46	80,7	11	19,3%	1,038	0,848	1,269		
¿Cuántas atenciones al mes recibe?									
Uno-tres	67	83,8	13	16,3%	1,316	0,946	1,831	4,270	0,039
Más de tres	14	63,6	8	36,4%	0,760	0,546	1,057		
¿Se siente conforme por la atención que recibe?									
Sí	70	79,5	18	20,5%	1,012	0,755	1,358	0,007	0,933
No	11	78,6	3	21,4%	0,985	0,735	1,320		

Fuente: Elaboración propia

Interpretación de resultados

Como se observa en la tabla 18, de los pacientes que tienen baja adherencia, el 90,9% dice que los horarios de las citas no son adecuados para ellos, el 79,6% sí recibe todos los medicamentos que le recetan, el 80,7% dice recibir un seguimiento adecuado a su tratamiento, el 83,8 % recibe una-tres atenciones al

mes y el 79,5% se siente conforme con la atención que recibe en el Centro de Salud Mental de Pichari.

Análisis y discusión de resultados

La tabla 18, analiza la relación entre diversos factores relacionados con la atención al paciente y la baja adherencia al tratamiento en personas con depresión. De todos los factores estudiados, solo la frecuencia de atenciones mensuales mostró una asociación significativa ($\text{sig}=0,039$) con la adherencia al tratamiento. Los pacientes que reciben entre una a tres atenciones al mes presentan mayor proporción de baja adherencia (83,8%) en comparación con aquellos que reciben más de tres atenciones (63,6%). Este hallazgo coincide con lo reportado por **Marazine y Sankhi (2021)**(22), quienes señalaron que la adherencia mejora cuando las barreras logísticas son mínimas y el contacto con el personal de salud es más frecuente, ya que favorece el refuerzo de la información y la corrección de creencias erróneas sobre el tratamiento. También **Torres et al. (2023)**(20), identificó que el seguimiento médico y la conformidad con el tratamiento son factores asociados significativamente con la adherencia, resaltando que la continuidad en las consultas ayuda a fortalecer el compromiso terapéutico.

En el contexto de Pichari, esta relación puede explicarse porque, aunque la mayoría de los pacientes vive en el mismo distrito y cuenta con apoyo familiar o de amigos, las limitaciones de recursos y las responsabilidades laborales o domésticas pueden hacer que la frecuencia de atención sea baja, siendo insuficiente para mantener la motivación, resolver dudas o reforzar orientaciones médicas.

Los factores como horarios de citas, disponibilidad de medicamentos en farmacia, seguimiento adecuado del tratamiento y satisfacción con la atención no mostraron diferencias significativas en las tasas de adherencia ($\text{sig}>0,05$).

Tabla 19. Factores relacionados la relación médico-paciente y su asociación con la baja adherencia terapéutica en pacientes con depresión del Centro de Salud Mental comunitario de Pichari-Cusco,2024.

	Adherencia				RP	Li	Ls	Chi^2	Sig	
	Baja		Alta/regular							
	F	%	F	%						
¿Siente confianza en el médico que le atiende?										
No	26	86,7	4	13,3	1,135	0,938	1,372	1,368	0,242	
Sí	55	76,4	17	23,6	0,881	0,729	1,066			
¿Siente que lo trata con empatía?										
No	26	86,7	4	13,3	1,135	0,938	1,372	1,368	0,242	
Sí	55	76,4	17	23,6	0,881	0,729	1,066			
¿Hay buena comunicación con el médico?										
No	25	83,3	5	16,7	1,071	0,875	1,311	0,400	0,527	
Sí	56	77,8	16	22,2	0,933	0,763	1,142			

Fuente: Elaboración propia

Interpretación de resultados

La tabla 19, presenta los factores sanitarios, en la relación médico-paciente, los pacientes que no siente confianza en el médico que le atiende, el 86,7% tiene poca adherencia, los pacientes que no sienten que el médico los trata con empatía tienen 86,7% de baja adherencia, los pacientes que dicen que no hay buena comunicación con el médico muestran 83,3% de baja adherencia.

Análisis y discusión de resultados

La tabla 19, analiza la relación entre diversos aspectos de la relación médico-paciente y la baja adherencia al tratamiento en pacientes con depresión. Los resultados muestran que ninguno de los factores evaluados (confianza en el médico, empatía percibida y comunicación con el médico) presenta una asociación estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento ($\text{sig} > 0,05$). Se observa una tendencia donde los pacientes que reportaron menor confianza en su médico (86,7%), menor percepción de empatía (86,7%) o mala comunicación con el médico (83,3%) mostraron tasas de baja adherencia en

comparación con aquellos que percibieron positivamente estos aspectos, dichos pacientes se sentían incomprendidos por el personal médico, lo que generaba una barrera en poder consultar muchas interrogantes sobre su estado de salud. Asimismo, **Torres et al. (2023)**(20) hallaron que, aunque la relación médico-paciente no siempre alcanzó significancia estadística, si aparecía como elemento influyente en la adhesión, también **Marazine y Sankhi (2021)**(22), identificaron la calidad de relación médico- paciente como un factor clave que influye en la motivación del paciente, la resolución de dudas y la confianza hacia el tratamiento. En el contexto de CSMC de Pichari, la tendencia observada sugiere mejorar la confianza, empatía y la comunicación médico-paciente, que podría tener un efecto positivo en la adherencia, fortalecer el vínculo terapéutico y reducir las barreras para que los pacientes expresen dudas o inquietudes sobre su tratamiento.

4.3.4. Factores relacionados con el tratamiento

Tabla 20. Factores relacionados con los medicamentos y su asociación con la baja adherencia terapéutica en pacientes con depresión del Centro de Salud Mental comunitario de Pichari-Cusco,2024.

	Adherencia				RP	Li	Ls	Chi^2	Sig
	Baja		Alta/regular						
	F	%	F	%					
¿Cuántos medicamentos consume?									
Uno	17	81,0	4	19,0	1,025	0,809	1,297	2,023	0,364
Dos	51	76,1	16	23,9	0,888	0,734	1,074		
Más de dos	13	92,9	1	7,1	1,167	0,978	1,392		
¿Ha presentado alguna reacción indeseada al medicamento?									
Sí	28	87,5	4	12,5	1,156	0,959	1,392	1,866	0,172
No	53	75,7	17	24,3	0,865	0,718	1,043		
Cuánto tiempo está con el tratamiento									
1 mes	25	86,2	4	13,8	1,124	0,927	1,363	5,609	0,132
2-6 meses	31	68,9	14	31,1	0,785	0,631	0,978		
7-12 meses	11	91,7	1	8,3	1,179	0,962	1,444		
Más de 12 meses	14	87,5	2	12,5	1,123	0,904	1,395		
¿La frecuencia de toma de medicamentos es difícil de cumplir para Ud.?									
No	62	77,5	18	22,5	0,897	0,732	1,100	0,829	0,363
Sí	19	86,4	3	13,6	1,114	0,909	1,366		
¿Qué tipo de tratamiento recibe?									
Con psicoterapia	75	77,7	21	22,3	0,777	0,697	0,866	2,251	0,325
Sin psicoterapia	6	100,0	0	0,0	1,280	1,151	1,423		

Fuente: Elaboración propia

Interpretación de resultados

La tabla 20, analiza la relación entre diversos factores relacionados con el tratamiento y la baja adherencia en pacientes con depresión, de los pacientes que consume más de dos medicamentos presenta mayor baja adherencia(92,9%), el 87,5 % de los pacientes que presentó un reacción adversa al medicamento tiene baja adherencia, los pacientes que tienen un tratamiento de 7-12 meses presenta baja adherencia(91,7%), el 86,4 % de pacientes que sí tiene dificultad en tomar sus medicamentos presenta baja adherencia y los pacientes que sólo recibe tratamiento farmacológico, todos son poco adherente.

Análisis y discusión de resultados

De los factores evaluados, ninguno mostró una asociación estadísticamente significativa ($\text{sig} > 0,05$). Sin embargo, se observan algunas tendencias ligeras en base a los resultados del indicador RP, los pacientes que consumen más de dos medicamentos presentaron la mayor proporción de baja adherencia (92,9%), los pacientes que llevan 7-12 meses en tratamiento mostraron mayor baja adherencia (91,7%), siendo los pacientes que tienen de 2-6 meses de tratamiento los que muestran una tendencia a tener alta adherencia($\text{RP} < 1$), aquellos que consideraron difícil cumplir con la frecuencia de toma de medicamentos también presentaron mayor proporción de baja adherencia (86,4%), mientras que aquellos que solo están con tratamiento farmacológico mostraron un 100% de baja adherencia, con más riesgo de tener baja adherencia que los que reciben tratamiento farmacológico y psicoterapia($\text{RP} = 1,280$). **Velasque (2024)**(23), halló que la mayoría de los pacientes recibía tratamiento combinado (farmacoterapia más psicoterapia), con un solo medicamento, en esquemas de 3 a 6 meses, aunque sin asociación estadística, el estudio evidencio que incluso con acompañamiento psicoterapéutico y regímenes simples, la baja adherencia seguía siendo elevada. **Rivera (2019)**(25), tampoco halló relación significativa entre tiempo de tratamiento y baja adherencia, pero sí entre reacción adversa y cantidad de psicofármacos (tres psicofármacos) con la baja adherencia, por su parte **Salinas (2018)**(26), publicó que, la mayoría de los pacientes que consumía dos medicamentos tuvo baja adherencia, y que el 48%

de pacientes que recibía solo tratamiento farmacológico presentó baja adherencia, siendo sólo el segundo con significancia estadística($\text{sig}<0,05$).

En caso de los pacientes del CSMC de Pichari comenzaron a ser menos adherentes a partir del segundo mes de tratamiento, al no conocer mucho de su patología muchos decían que no era correcto tomar tanto tiempo un medicamento, la presencia de reacciones adversas también es una barrera de adherencia terapéutica, algunos pacientes dejaban de tomar o reducían dosis de sus medicamentos cuando se les presentaba alguna reacción adversa que limitara sus actividades(somnolencia,cefalea,diarrea, astenia), todas estas reacciones fueron comunicadas al Químico-Farmacéutico del Centro para el mejor registro de la reacción adversa, notando de esta manera la importancia de la labor de esta profesión en cuanto a seguimiento farmacoterapéutico. El recibir terapia psicológica es de gran importancia en esta patología, los pacientes del CSMC de Pichari reconocían que era una cuestión más psicológica su estado de salud, considerándola sólo como un evento temporal y que era importante asistir a las terapias que el tratamiento psicológico involucra(terapia cognitivo-conductual, terapia grupal, terapia interpersonal) para su pronta recuperación, es en estas citas donde también el paciente se hacía más consciente de administrarse medicamentos.

Tabla 21. Factores relacionados tipo de medicamento y su asociación con la baja adherencia terapéutica en pacientes con depresión del Centro de Salud Mental comunitario de Pichari-Cusco,2024.

	Adherencia				RP	Li	Ls	Chi^2	Sig
	Baja		Alta/regular						
	F	%	F	%					
ISRS									
Si	79	79,0	21	21,0	0,790	0,714	0,874	0,529	0,467
No	2	100,0	0	0,0	1,265	1,144	1,400		
NASSA									
Si	6	85,7	1	14,3	1,085	0,789	1,495	0,183	0,669
No	75	78,9	20	21,1	0,921	0,669	1,268		
ISRS y antipsicóticos									
Si	26	78,8	7	21	0,988	0,799	1,223	0,012	0,914
No	55	79,7	14	20	1,012	0,817	1,252		
ISRS y benzodiacepina									
Si	22	95,7	1	4	1,281	1,097	1,496	4,791	0,029
No	59	74,7	20	25	0,781	0,669	0,912		
ISRS y anticonvulsivo									
Si	21	67,7	10	32	0,802	0,617	1,042	3,710	0,054
No	60	84,5	11	15	1,247	0,959	1,622		

Fuente: Elaboración propia

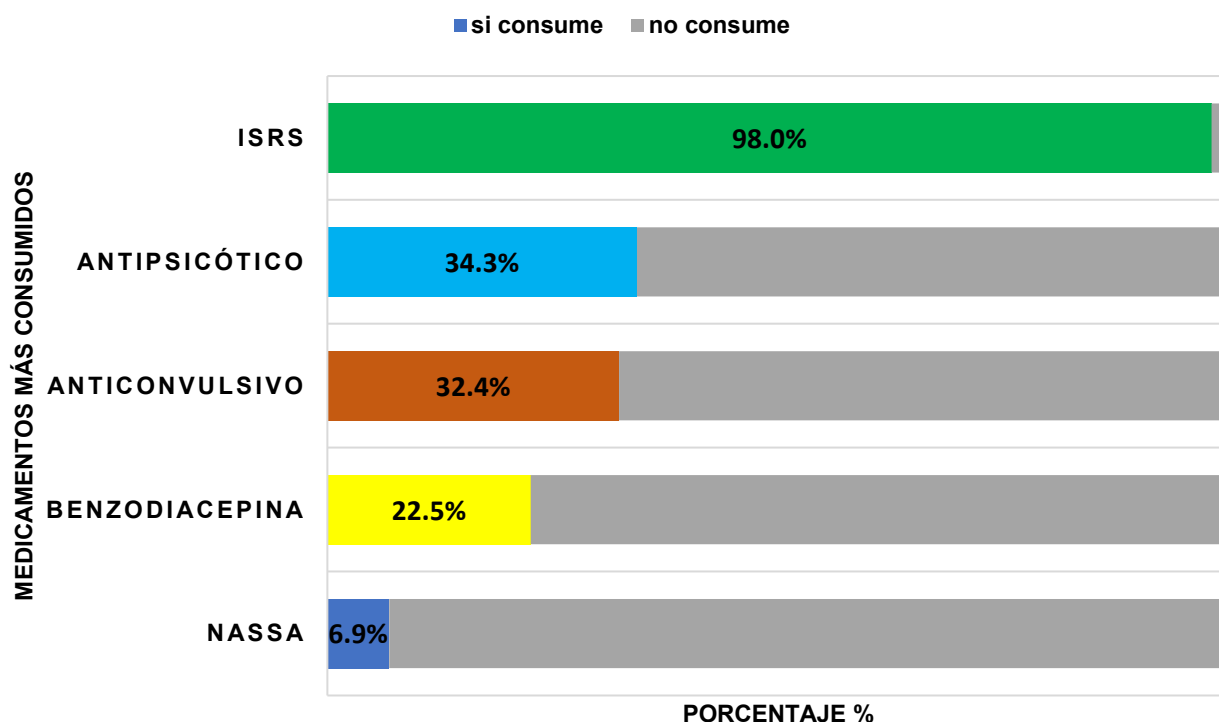


Figura 19: Porcentaje de medicamentos más consumidos en pacientes con depresión del Centro de Salud Mental comunitario de Pichari-Cusco, 2024.

Fuente: Elaboración propia

NASSA: Antidepresivo noradrenérgico y serotoninérgico específico, ISRS: Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina.

Interpretación de resultados

La tabla 21, analiza la relación entre el tipo de medicamento utilizado y la baja adherencia al tratamiento en pacientes con depresión, los pacientes que consumen ISRS (sertralina, fluoxetina) presentan 79% de baja adherencia, los que consumen NASSA (mirtazapina) 85,7% de baja adherencia, los que consumen la potenciación de ISRS con antipsicóticos muestran 78,8% de baja adherencia, ISRS con benzodiacepina representan el 95,7% de baja adherencia, ISRS con anticonvulsivo el 67,7 % de baja adherencia en comparación con los que no consumen en esas combinaciones. La figura 8 revela que los antidepresivos más consumidos son los ISRS (98%) que pueden ser prescritos solos o combinados con antipsicóticos (34,3%), anticonvulsivo (32,4%) y benzodiacepinas (22,5%), los menos recetados son el grupo NASSA (mirtazapina) (6,9%).

Análisis y discusión de resultados

Los resultados muestran que solo la potenciación de medicamentos presenta asociación significativa con la baja adherencia ($\text{sig}=0,029$, $\text{RP}=1,281$), indicando que los pacientes con esta potenciación de medicamentos son más propensos a una baja adherencia al tratamiento. Son pocos los antecedentes que consideran la relación entre clase de antidepresivos con adherencia terapéutica. En el estudio de **Velasque (2023)**(23), también predominó el uso de ISRS, antipsicóticos y benzodiacepina, la administración era generalmente de un solo medicamento (48,2%), lo que podría favorecer un mejor cumplimiento. En Perú, los ISRS, amitriptilina y mirtazapina son considerados esenciales según el PNUME, siendo estos recetados en base a la Guía De Práctica Clínica Para la Depresión, MINSA (2023), en el CSMC de Pichari los ATC (amitriptilina) son muy poco recetados, por la presencia mayoritaria de efectos adversos que los ISRS o la mirtazapina. Cabe resaltar que varios pacientes que recibían la combinación de ISRS y benzodiacepina refirieron somnolencia o cansancio durante el día, síntomas atribuibles a las benzodiacepinas, en algunos casos, estos fármacos se mantuvieron por más de un mes o se reincorporaron al esquema ante la persistencia de insomnio o ansiedad. Al no saber qué medicamentos originaban su malestar, los pacientes optaban por suspender uno de ellos, afectando su adherencia. Este dato resalta la necesidad de que el servicio de Farmacia refuerce la educación sobre reacciones adversas de los medicamentos durante la dispensación, de modo que los pacientes puedan identificarlas y comunicar cualquier inconveniente a tiempo.

4.3.5. Factores relacionados con la patología

Tabla 22. Factores relacionados con la patología y su asociación con la baja adherencia terapéutica en pacientes con depresión del Centro de Salud Mental comunitario de Pichari-Cusco,2024.

	Adherencia				RP	Li	Ls	Chi^2	Sig
	Baja		Alta/regular						
	F	%	F	%					
Diagnóstico									
Episodio depresivo grave, sin síntomas psicóticos	5	100,0	0	0,0	1,276	1,150	1,417	1,633	0,201
Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado	25	69,4	11	30,6	0,818	0,644	1,040		
Episodio depresivo moderado	51	83,6	10	16,4	1,143	0,921	1,418		
¿Conoce su enfermedad?									
No	52	78,8	14	21,2	0,978	0,798	1,199	0,045	0,833
Sí	29	80,6	7	19,4	1,022	0,834	1,253		
Comorbilidad									
No	59	78,7	16	21,3	0,965	0,779	1,197	0,096	0,756
Sí	22	81,5	5	18,5	1,036	0,835	1,284		
¿Tuvo alguna hospitalización por la depresión?									
Sí	4	100,0	0	0,0	1,273	1,148	1,411	1,079	0,299
No	77	78,6	21	21,4	0,786	0,709	0,871		

Fuente: Elaboración propia

Interpretación de resultados

La tabla 22, analiza la relación entre diversos factores relacionados con la patología y la baja adherencia al tratamiento en pacientes con depresión. El diagnóstico con mayor frecuencia es el episodio depresivo moderado(58,8%), luego el trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado (35,2%) y por último episodio depresivo moderado sin síntomas psicóticos(6%), siendo la totalidad de este grupo que presenta baja adherencia, los pacientes que sí conocen su enfermedad muestran mayor proporción de baja adherencia(80,6%), así como los pacientes que tienen comorbilidad (81,5%) y todos los pacientes que tuvieron hospitalización por su depresión son poco adherentes(100%).

Análisis y discusión de resultados

De los factores estudiados, ninguno mostró una asociación estadísticamente significativa con la adherencia ($\text{sig} > 0,05$). Se observan algunas tendencias importantes: los pacientes con diagnóstico de episodio depresivo grave, sin síntomas psicóticos presentaron un 100% de baja adherencia, con 1,276 veces más riesgo de tener baja adherencia que los otros grupos, pues debido a los propios síntomas de este mal, el paciente se ve limitado a cumplir con el tratamiento. El CSMC Pichari atiende a partir de depresión moderada, basado en la Guía De Práctica Clínica Para la Depresión, MINSA (2023). En cuanto al conocimiento de la enfermedad, no se encontraron diferencias significativas entre quienes conocían o no su condición (78,8% vs 80,6% de baja adherencia respectivamente), no obstante es importante mencionar que los pacientes en su mayoría desconocían su condición de salud, sólo mencionaban sus síntomas (“me siento triste”, “no tengo ganas de hacer nada”) y lo relacionaban sólo con un estado emocional temporal sin tener claro el diagnóstico de su enfermedad exacta, ya sea porque el médico no les informó, no lograron entender la terminología o el idioma. Tampoco se hallaron diferencias significativas relacionadas con la presencia de otras enfermedades o antecedentes de hospitalización por depresión, sin embargo, el indicador RP nos muestra la tendencia a presentar menor adherencia por parte de los pacientes que tuvieron hospitalización. **Jezuchowska et al. (2024)**(18), también mostraron que mayor severidad de síntomas se asocian con menor adherencia y aceptación de enfermedad, demostrando que la severidad depresiva erosiona la motivación, energía y expectativas de beneficio, expresado en omisiones de dosis, discontinuación y menor asistencia a controles. En la investigación de **Salinas (2018)**(26), reportó que los pacientes que no tuvieron antecedentes de hospitalización, eran menos adherentes al tratamiento, ocurre lo contrario en este estudio, pues los pacientes que tuvieron hospitalización en su mayoría eran pacientes con depresión recurrente que fueron atendidos en otro Establecimiento de Salud, dejaban su tratamiento y reiniciaban en el CSMC de Pichari cuando experimentaban con intensidad los síntomas depresivos.

CONCLUSIONES

1. En las características sociodemográficas de los pacientes con depresión, el 43,14% se encuentra entre los 30-40 años, el 84,31% es del sexo femenino, el 46,08% son solteros y el 46,08% tienen educación secundaria.
2. En el grado de adherencia terapéutica, el 79.41% presentó baja adherencia según la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky 8 ítems (MMAS-8), evidenciando un problema significativo en el cumplimiento terapéutico.
3. En cuanto a la asociación entre adherencia terapéutica y factores propios del paciente, el estado civil, el consumo de plantas medicinales, la creencia de hacerse dependientes a los medicamentos y la sugerencia por otras personas a suspender el tratamiento, mostraron asociación significativa ($\text{sig} < 0,005$).
4. En la asociación entre adherencia terapéutica y factores socioeconómicos del paciente con depresión, sólo la ocupación mostró una asociación significativa ($\text{sig} < 0,005$), destacando que los empleados presentaron menor riesgo de baja adherencia en comparación con otros grupos ocupacionales ($\text{RP} < 1$).
5. En la relación entre adherencia terapéutica y sistema sanitario, sólo la frecuencia de atenciones mostró asociación significativa ($\text{sig} < 0,005$), siendo los pacientes con 1-3 atenciones mensuales quienes presentaron mayor riesgo de baja adherencia ($\text{RP} > 1$).
6. En cuanto a la relación entre adherencia terapéutica y factores relacionados con el tratamiento antidepresivo, la potenciación de ISRS

con benzodiacepina mostró asociación significativa con la baja adherencia ($\text{sig} < 0,005$), presentando un mayor riesgo de baja adherencia ($\text{RP} > 1$).

7. En la asociación entre adherencia y factores relacionados con la patología, ninguno de los factores evaluados mostró asociación significativa, el episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos presenta mayor tendencia a tener baja adherencia ($\text{RP} > 1$).
8. Los factores que influyeron significativamente en la baja adherencia ($\text{sig} < 0,005$) fueron el estado civil, el consumo de plantas medicinales, la creencia de hacerse dependientes a los medicamentos, la sugerencia por otras personas a suspender el tratamiento, la ocupación, la frecuencia de atenciones y la potenciación de ISRS con benzodiacepinas.

RECOMENDACIONES

Al Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari

Se recomienda activar el servicio de seguimiento farmacoterapéutico por parte del Químico-farmacéutico, en el área de Farmacia, priorizando a los pacientes potencialmente poco adherentes, teniendo en cuenta los factores de riesgo de baja adherencia presentados en este estudio. De igual manera tratar de usar un lenguaje más entendible con los pacientes, que deje claro que padecen de condiciones médicas de salud en muchos casos crónicos y no sólo de estados emocionales pasajeros.

A la Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica

Se recomienda fortalecer más los conocimientos teóricos-científicos que permitan a los futuros profesionales solucionar problemas relacionados a la baja adherencia terapéutica en diferentes ambientes de desenvolvimiento, de tal manera que no solo seamos identificadores de un problema, sino que tengamos una participación activa en la búsqueda de soluciones, en especial en el campo de salud mental, que es un problema de salud actual.

A los futuros investigadores

Se recomienda realizar estudios de intervención farmacéutica en pacientes con depresión en los Centros de Salud Mental Comunitario del país.

Se recomienda realizar estudios de seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con depresión en los Centros de Salud Mental Comunitario del país.

A los pacientes del Centros de Salud Mental Comunitario del país

Pedir información entendible sobre su estado de salud (gravedad, duración, tratamiento) cuando haya dudas, de la misma forma informar al servicio de farmacia sobre las plantas medicinales consumidas o los posibles problemas que se presenten al consumir el medicamento, y no optar por abandonar como primera medida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a las terapias a largo plazo: pruebas para la acción. Geneva: WHO; 2003. 198 p.
2. Repositorio Único Nacional de Información en Salud (REUNIS) - MINSA. Plataforma de seguimiento de las acciones de salud mental. Principales morbilidades y problemas psicosociales en salud mental atendidas. [Internet]. Lima: MINSA; 2024 [citado 27 de mayo de 2024]. Disponible en: https://public.tableau.com/views/PLATAFORMA_SEGUIMIENTO_SALUD_MENTAL/INICIO?:embed=y&:showVizHome=no&:host_url=https%3A%2F%2Fpublic.tableau.com%2F&:embed_code_version=3&:tabs=no&:toolbar=yes&:animate_transition=yes&:display_static_image=yes&:display_spinner=no&:display_overlay=yes&:display_count=yes&:language=es-ES&:loadOrderID=0
3. González I. Importancia de la adherencia al tratamiento de la depresión [Internet] [Tesis]. [Madrid]: Universidad de Complutense; 2017 [citado 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14352/20811>
4. Álvarez M, Atienza G, Avila MJ, González A, Guitián D, De Las Heras E. Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto [Internet]. 2.^a ed. Galicia: GuíaSalud; 2014 [citado 11 de junio de 2024]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/gpc/depresion-adulto/>
5. Organización Mundial de la Salud. Cifras sobre la depresión. [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [citado 23 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
6. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Terapia Interpersonal Grupal para la Depresión. Washington: mhGAP; 2022. 100 p.
7. Country cassette. Tasas de depresión por país en 2025. [Internet]. 2025 [citado 8 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://countrycassette.com/depression-rate-by-country/>
8. Errazuriz A, Avello D, Ramirez JP, Torres R, Crossley NA, Undurraga EA, et al. Prevalence of depressive disorder in the adult population of Latin America: a systematic review and meta-analysis. Lancet Reg Health - Am. 6 de septiembre de 2023;26:100587.
9. Loise S. Cifras sobre la depresión. RPP. [Internet]. 2024 [citado 27 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://rpp.pe/peru/actualidad/minsa-atendidos-mas-de-280-mil-casos-relacionados-a-la-depresion-durante-el-2023-revelo-medica-psiquiatra-noticia-1527235>
10. Ministerio de Salud. Carga de enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos, 2019. [Internet]. Lima: MINSA; 2023 [citado 29 de mayo de 2024]. 104 p. Disponible en:

<https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/CargaEnfermedad/CargaEnfermedad2019.pdf>

11. Reyes E, Trejo R, Arguijo S, Jiménez A, Castillo A, Hernández A, et al. Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. *Rev Médica Hondureña*. 15 de diciembre de 2016;84(3-4):125-32.
12. Urrego A, Gaviria J, Martínez G, Martínez L, Ospina 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.
13. Ordenanza municipal n°. 06-2023-a-mdp/lc. Municipalidad distrital de Pichari [Internet]. 2023 [citado 2 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4475512/o6.pdf>
14. Quíntela GC. La depresión a lo largo de la historia. *Prisma Histórica*. 2002;1(18):20-4.
15. Gómez JV. El concepto de depresión. Historia, definición, nosología, clasificación. 2005;9(4).
16. Vinicio M, Manzur J. Historia de la depresión y su tratamiento.[Internet].SlideShare; 2015 [citado 4 de junio de 2024]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/slideshow/historia-de-la-depresin-y-su-tratamiento/43966567>
17. Gutierrez M. Depresión en el siglo XX: concepción y tratamientos [Tesis]. [Bogotá]: Universidad del Rosario; 2017.
18. Jeżuchowska A, Cybulska AM, Rachubińska K, Skonieczna-Żydecka K, Reginia A, Panczyk M, et al. El impacto de los trastornos del estado de ánimo en la adherencia, en la satisfacción con la vida y la aceptación de la enfermedad: estudio observacional transversa. *Healthcare*. enero de 2024;12(23):2484.
19. Unni EJ, Gupta S, Sternbach N. Razones de no adherencia a los antidepresivos según la Escala de Razones de Adherencia a la Medicación en cinco países europeos y Estados Unidos. *J Affect Disord*. 1 de enero de 2024;344:446-50.
20. Torres A, Ortiz Y, Martínez H, Fernández YN, Pacheco D, Torres Saldaña A, et al. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes con depresión. *Multimed*. febrero de 2019;23(1):1-10.
21. Hijazi BM, Popovici I, Nusair MB, Alvarez G. Patrones y factores asociados con la adherencia a la medicación ISRS: un estudio retrospectivo utilizando datos de reclamos de farmacia. *J Pharm Health Serv Res*. 1 de noviembre de 2023;14(4):392-400.
22. Marasine NR, Sankhi S. Factores asociados con la falta de adherencia a la medicación antidepresiva. *Turk J Pharm Sci*. abril de 2021;18(2):242-9.

23. Velasque C. Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes con trastornos depresivos atendidos en centros de salud mental comunitarios, Tacna 2023 [Internet] [Tesis de pregrado]. [Tacna]: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2024 [citado 8 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/server/api/core/bitstreams/0a534f27-9ce4-4150-aac4-58880fdf3191/content>
24. Gamarra E. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento antidepresivo en pacientes atendidos en el centro de salud mental comunitario Nuevo Perú San Juan de Lurigancho. Lima 2022. [Internet] [Tesis de postgrado]. [Lima]: Universidad Norbert Wiener; 2022 [citado 8 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/dc1200c6-e80e-43a7-b362-6ed37af3a517/content>
25. Rivera J. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento con psicofármacos en pacientes que acuden al hospital de día en salud mental y adicciones del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, en marzo Del 2019 [Internet] [Tesis de pregrado]. [Tacna]: Universidad Privada de Tacna; 2019 [citado 9 de junio de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.upt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12969/760/Rivera-Diequez-Jared.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
26. Salinas K. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento con psicofármacos en pacientes que acuden al hospital de día en salud mental y adicciones del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, en marzo del 2019 [Internet] [Tesis]. [Arequipa]: Universidad Católica de Santa María; 2018 [citado 9 de junio de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/795e30e8-0c40-4620-842d-9b7b5f507894/content>
27. Castillo E. Grado de adherencia al tratamiento antidepresivo en pacientes ambulatorios de salud mental del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins, setiembre-diciembre, 2016 [Internet] [Tesis]. [Trujillo]: Universidad Nacional de Trujillo; 2018 [citado 9 de junio de 2024]. Disponible en: <https://dspace.unitru.edu.pe/server/api/core/bitstreams/ce94f4f6-f895-446e-8e59-a2ead456bd2f/content>
28. Huanca T. Depresión y funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas mixtas de la ciudad del Cusco, 2023 [Internet] [Tesis de pregrado]. [Cusco]: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2023 [citado 10 de junio de 2024]. Disponible en: https://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/8092/253T20230638_TC.pdf?sequence=1&isAllowed=y
29. Dalens S. Prevalencia del trastorno depresivo y factores asociados en la población adulta del distrito de Santiago – cusco, 2023 [Internet] [Tesis de pregrado]. [Cusco]: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2023 [citado 10 de junio de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/7582/253T20230333.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

30. Cabrera L, Rios J. Depresión e ideación suicida en adolescentes del distrito de Pichari, La Convención, Cusco, 2021 [Tesis de pregrado]. [Cusco]: Universidad César Vallejo; 2021.
31. Olivares V. Factores asociados a depresión en pacientes oncológicos del Hospital Regional del Cusco, 2018 [Internet] [Tesis]. [Cusco]: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2019 [citado 10 de junio de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/4036/253T20190216.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
32. Pinares F. Factores asociados y prevalencia de depresión en adultos mayores del Centro Gerontológico de San Francisco de Asís, Cusco 2017 [Tesis]. [Cusco]: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2017.
33. Alarcón R. Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos [Internet]. Murcia: Servicio Murciano de Salud; 2007 [citado 10 de junio de 2024]. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCtrastornosdepresivos.pdf>
34. Cruzblanca H, Lupercio P, Collas J, Castro E. Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. Salud Ment. 3 de febrero de 2016;39(1):47-58.
35. Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. Rev Fac Med UNAM. 2006;49(2).
36. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud [Internet]. 10 ed. Washington; 1995 [citado 11 de junio de 2024]. Disponible en: <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>
37. García A, González LJ. Mecanismos de acción de los fármacos antidepressivos. Rev Cienc UANL [Internet]. 28 de febrero de 2019 [citado 13 de junio de 2024];22(93). Disponible en: <http://cienciauanl.uanl.mx/?p=8504>
38. Brunton L, Hilal D, Knollmann B. Goodman y Gillman: las bases farmacológicas de la terapéutica. 13.^a ed. México: McGraw-Hill; 2018.
39. Delgado A, Minguillón C, Joglar J. Introducción a la química terapéutica. Segunda. Barcelona: Díaz de Santos; 2003.
40. MINSA. Guía de práctica clínica para el tamizaje, diagnóstico y tratamiento de la depresión en personas mayores de 18 años desde el primer nivel de atención. Perú: MINSA; 2023. 56 p.
41. Silva GE, Galeano E, Correa JO. Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. Acta Médic Colombiana. 2005;30(4):268-73.
42. Amparo T. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Atención primaria. 2009;41(6):342-8.

43. Puigdemont N. Abordaje cualitativo y cuantitativo de la adherencia a los tratamientos farmacológicos [Internet] [Tesis]. [Granada]: Universidad de Complutense; 2017 [citado 13 de junio de 2024]. Disponible en: <https://catedraaf.org/wp-content/uploads/2021/05/1.-Tesis-doctoral-Neus-Pages.pdf>
44. Banerjee S, Varma RP. Adherencia a la medicación antidepresiva y factores asociados en pacientes que asisten a la clínica psiquiátrica ambulatoria de un hospital terciario en la India [Tesis] [Internet]. [India]; 2013 [citado 13 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3868196/>
45. Duro RM. Depresión: Importancia de la adherencia al tratamiento [Internet] [Tesis]. Universidad de Complutense; 2017 [citado 13 de junio de 2024]. Disponible en: <http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/RAQUEL%20MARQUEZ%20D URO.pdf>
46. De las Cuevas C, Sanz EJ. Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. Rev Iberoam Psicol Salud. 1 de enero de 2015;7(1):25-30.
47. De Las Cuevas C, Peñate W. Psychometric properties of the eight-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in a psychiatric outpatient setting. Int J Clin Health Psychol IJCHP. 2015;15(2):121-9.
48. Valencia F, Mendoza S, Luengo L. Evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. Rev Peru Med Exp Salud Publica. abril de 2017;34(2):245-9.
49. Superintendencia Nacional de Salud(SUSALUD)). Consulta por código único de IPRESS del Centro de Salud Comunitario de Pichari [Internet]. 2023 [citado 2 de agosto de 2024]. Disponible en: <http://app20.susalud.gob.pe:8080/registro-renipress-webapp/ipress.htm?action=mostrarVer&idipress=00033988#no-back-button>
50. Correo. Inauguran centro de salud mental en Pichari - Vraem [Internet]. 2022 [citado 2 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://diariocorreo.pe/edicion/ayacucho/inauguran-centro-de-salud-mental-en-pichari-vraem-noticia/>
51. Gobierno regional del Cusco, GERESA. Resolución gerencial regional N° 1441-2023-GR Cusco/ GERESA [Internet]. 2023 [citado 2 de agosto de 2024]. Disponible en: [file:///C:/Users/HP/Downloads/RG%20CAT%20MENTAL%20COMUNITARIO%20PICHARI%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/RG%20CAT%20MENTAL%20COMUNITARIO%20PICHARI%20(1).pdf)
52. MINSA. Norma técnica de salud: Categoría de establecimientos de salud [Internet]. 2011 [citado 2 de agosto de 2024]. Disponible en:

https://cdn.gacetajuridica.com.pe/laley/NORMA%20T%C3%89CNICA%20DE%20SALUD%20N%C2%BA021-MINSA-DGSP-V.03_LALEY.pdf

53. Collado CF. Metodología investigación científica [Internet]. 6ta ed. México: McGrawHillEducation; 2014 [citado 14 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>
54. Corrales AJ. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento antidepresivo en el centro psiquiátrico Humanamente, Guatemala, septiembre 2015 [Tesis]. [Guatemala]: Universidad Rafael Landivar; 2015.
55. Comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. Informe Belmont: Principios y directrices éticas para la protección de los sujetos humanos de investigación. Washington (DC): Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los EE. UU. [Internet]. 1979 [citado 3 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10._INTL_Informe_Belmont.pdf
56. World Medical Association. Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects [Internet]. WMA; 2013 [citado 3 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2024/10/DoH-Oct2013.pdf>
57. Vargas JA. Adherencia al tratamiento en pacientes con depresión en el centro de salud mental comunitario San Gabriel Alto Villa María del Triunfo, 2020 [Tesis]. [Lima]: Universidad Norbert Wiener; 2020.
58. Slavich GM, Sacher J. Estrés, hormonas sexuales, inflamación y trastorno depresivo mayor: extensión de la teoría de transducción de señales sociales de la depresión para explicar las diferencias sexuales en los trastornos del estado de ánimo. *Psychopharmacology (Berl)*. octubre de 2019;236(10):3063-79.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA				
FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO DE PICHARI-CUSCO, 2024				
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
¿Qué factores influyen en la adherencia terapéutica en pacientes con depresión en el Centro de Salud Mental de Pichari-Cusco, 2024?	GENERAL Identificar los factores que influyen en la adherencia terapéutica en pacientes con depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari-Cusco, 2024.	Los factores socioeconómicos, el sistema sanitario, los aspectos relacionados con el tratamiento, la patología y las creencias personales del paciente afectan la baja adherencia al tratamiento antidepresivo en los pacientes con depresión del Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari-Cusco, 2024.	VARIABLE DEPENDIENTE - Adherencia terapéutica	TIPO DE ESTUDIO Cuantitativo
	ESPECÍFICOS -Analizar las características sociodemográficas de los pacientes con depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari-Cusco, 2024. -Evaluar el grado de adherencia al tratamiento antidepresivo en pacientes con depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari-Cusco, 2024, usando la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky 8 ítems (MMAS-8) -Estudiar la asociación entre adherencia y factores propios del paciente con depresión		VARIABLES INDEPENDIENTES - Factores asociados - Factores socioeconómicos - Sistema sanitario - Relacionados con el tratamiento - La patología - Creencias personales	DISEÑO No experimental Descriptivo-correlacional, transversal TÉCNICA E INSTRUMENTO - Escala de Morisky MMAS-8 - Cuestionario validado de factores POBLACIÓN Pacientes con depresión atendidos en el CSMC-Pichari

	en el Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari-Cusco, 2024. -Examinar la asociación entre adherencia y factores socioeconómicos de pacientes con depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari-Cusco, 2024. -Examinar la relación entre la adherencia al tratamiento de pacientes con depresión y los factores asociados con el sistema sanitario en el Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari-Cusco, 2024. -Examinar la relación entre adherencia y factores relacionados con el tratamiento antidepresivo en pacientes con depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari-Cusco, 2024. -Estudiar la asociación entre adherencia y factores relacionados con la patología en pacientes con depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari-Cusco, 2024. .			MUESTRA 102 pacientes ANÁLISIS ESTADÍSTICO Prueba de chi-cuadrado y razón de prevalencia (RP) con SPSS v25
--	---	--	--	--

Anexo 2: Cuestionario de factores asociados a la adherencia terapéutica en pacientes con depresión

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA



CUESTIONARIO

TÍTULO: “FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO DE PICHARI-CUSCO, OCTUBRE 2024

I. FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE

1.1. EDAD

- a) 18-29
- b) 30-49
- c) 50-a más años

1.2. GÉNERO

- a) femenino
- b) masculino

1.3. ESTADO CIVIL

- a) casado(a)
- b) soltero(a)
- c) viudo(a)
- d) divorciado(a)
- e) conviviente

1.4. NIVEL DE EDUCACIÓN

- a) sin instrucción
- b) inicial
- c) primaria
- d) secundaria
- e) superior- técnico
- f) superior- universitario

1.5. CREENCIAS SOBRE TRATAMIENTO

1.5.1. ¿Cree que el medicamento le está mejorando?

- a) sí
- b) no

1.5.2. ¿Piensa que sanará sin tratamiento?

- a) sí
- b) no

1.5.3. ¿Ayuda con remedios naturales?

- a) sí
- b) no

1.5.4. ¿Cree que se hará dependiente a los medicamentos?

- a) sí
- b) no

1.5.5. ¿Deja de tomar sus medicamentos por su religión?

- a) sí
- b) no

1.5.6. ¿Deja de tomar sus medicamentos porque no quiere que otros se enteren?

- a) sí
- b) no

1.5.7. ¿Es sugerido por otra persona para suspender tratamiento?

- a) sí
- b) no

1.6. ADICCIONES

1.6.1. ¿Consume alcohol?

- a) sí
- b) no

1.6.2. ¿Consume drogas?

- a) sí
- b) no

II. FACTORES SOCIOECONÓMICOS

2.1. OCUPACIÓN

- a) empleado
- b) independiente
- c) ama de casa
- d) no trabajo

2.2. INGRESO ECONÓMICO

- a) menor a 500
- b) 501-999
- c) 1000-2500
- d) más de 2500

2.3. RELIGIÓN

- a) católico
- b) adventista
- c) Testigo de Jehová
- d) Evangélico
- e) Otros

2.4. PROCEDENCIA

- a) urbano
- b) rural

Especifique:

2.5. APOYO FAMILIAR

2.5.1. ¿Cuenta con apoyo familiar o de los amigos?

- a) sí
- b) no

III. FACTORES RELACIONADOS CON EL SISTEMA SANITARIO

3.1. ATENCIÓN

3.1.1. ¿Los horarios de las citas son adecuados para Ud.?

- a) sí
- b) no

3.1.2. ¿Recibe de farmacia todos los medicamentos que le recetan?

- a) sí
- b) no

3.1.3. ¿Le realizan un seguimiento adecuado a su tratamiento?

- a) sí
- b) no

3.1.4. ¿Cuántas atenciones al mes recibe?

- a) uno- tres
- b) más de tres

3.1.5. ¿Se siente conforme por la atención que recibe?

- a) sí
- b) no

3.2. RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

3.2.1. ¿Siente confianza en el médico que le atiende?

- a) sí
- b) no

3.2.2. ¿Siente que lo trata con empatía?

a) sí

b) no

3.2.3. ¿Hay buena comunicación con el médico?

a) sí

b) no

IV. FACTORES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO

4.1. MEDICAMENTO

4.1.1. ¿Cuántos medicamentos consume?

a) uno

b) dos

c) tres

d) más de tres

4.1.2. ¿Ha presentado alguna reacción indeseada al medicamento?

a) sí

b) no

4.1.3. Cuánto tiempo está con el tratamiento

a) 1 mes

b) 2 - 6 meses

c) 7- 12 meses

d) más de 12 meses

4.1.4. ¿Qué medicamentos le recetaron?

a) ISRS

e) Benzodiacepinas

b) ATC

f) Litio

c) IMAO

g) Antipsicótico

d) NASSA

h) Otros

4.1.5. ¿La frecuencia de toma de medicamentos es difícil de cumplir para Ud.?

a) sí

b) no

4.2. TIPO DE TRATAMIENTO

4.2.1. ¿Qué tipo de tratamiento recibe?

a) Con psicoterapia

b) Sin psicoterapia

V. FACTORES RELACIONADOS CON LA PATOLOGÍA

5.1. DIAGNÓSTICO

5.1.1. ¿Qué diagnóstico tiene?

5.1.2. ¿Conoce su enfermedad?

a) sí

b) no

5.1.3. ¿Tiene otra enfermedad?

a) sí

b) no

5.1.4. ¿Tuvo alguna hospitalización por la depresión?

a) sí

b) no

Anexo 3: Escala de adherencia a la medicación de Morisky 8 ítems(MMAS-8)

Nº	Preguntas	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 tomó 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/ casi nunca () Rara vez () Algunas veces ()		
	Habitualmente () Siempre ()		

Anexo 4: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A continuación, se le brinda información necesaria para ayudarle a decidir si Ud. quiere participar en un estudio de investigación.

Título de proyecto: **“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO DE PICHARI-CUSCO, OCTUBRE 2024”**

Nombre de investigadora: Violeta Blanco Ccama, Bachiller en Farmacia y Bioquímica de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco.

Propósito del estudio: Es identificar los factores que influyen en el cumplimiento de tratamiento con fármacos en pacientes con depresión.

Lugar de estudio: Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari-Cusco.

Beneficios de participar: Los resultados ayudarán al personal de salud a informarse sobre los factores que influyen en el cumplimiento de su tratamiento antidepresivo y a partir de ello brindarle ayuda oportuna y prevenir complicaciones durante el proceso de atención.

Riesgos de participar: No existe riesgo de participación.

Costo por participar: No realizará ningún aporte económico.

Confidencialidad de información: Su participación es anónima, todos los datos serán protegidos por la investigadora.

Participación voluntaria: Su participación en este estudio es voluntaria, puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanciones o pérdida de beneficios.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Manifiesto que he leído y entendido la hoja de información que se me ha entregado, que he hecho las preguntas que me surgieron sobre el proyecto y que he recibido información suficiente sobre el mismo.

Comprendo que mi participación es totalmente voluntaria, que puedo retirarme del estudio cuando quiera sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el Proyecto de Investigación titulado: **“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO DE PICHARI-CUSCO, OCTUBRE 2024”**. He recibido copia de este consentimiento.

Tomando ello en consideración, **OTORGO** mi **CONSENTIMIENTO** para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Nombre del participante:

DNI:

Nombre de la investigadora: Bach. Blanco Ccama Violeta

Pichari, de 2024

Anexo 5: Validación de instrumento por juicio de expertos

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

- I. DATOS GENERALES
- 1.1. Título del Trabajo de Investigación: "Factores que influyen en la adherencia terapéutica en pacientes con depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari-Cusco, octubre 2024"
- 1.2. Nombre del instrumento de evaluación: Cuestionario
- 1.3. Investigador(a): Violeta Blanco Coama
- II. DATOS DEL EXPERTO:
- 2.1. Nombres y Apellidos:
- 2.2. Grado académico:
- 2.3. Profesión:
- 2.4. Institución donde labora:

III. VALIDACIÓN

COMPONENTE	INDICADORES	CRITERIOS	1	2	3	4	5
Forma	1.REDACCIÓN	Los indicadores e ítems están redactados considerando los elementos necesarios					
	2.CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje apropiado					
	3.OBJETIVIDAD	Está expresado en conducta observable.					
Contenido	4.ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					
	5.SUFICIENCIA	Los ítems son adecuados en cantidad y claridad.					
	6.INTENCIONALIDAD	El instrumento mide pertinentemente las variables de investigación.					
Estructura	7.ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					
	8.CONSISTENCIA	Se basa en aspectos teóricos científicos de la investigación educativa.					
	9.COHERENCIA	Existe coherencia entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables					
	10.METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.					

IV. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

VALORACIÓN CUANTITATIVA:

Deficiente:	0-8
Regular:	10-18
Bueno:	19-27
Muy bueno:	28-36
Excelente:	37-45

Procede a su aplicación. ☐

Debe corregirse. ☐

V. OBSERVACIONES

.....

.....

.....

Firma del Experto

DNI:

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Título del Trabajo de Investigación: "Factores que influyen en la adherencia terapéutica en pacientes con depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari-Cusco, octubre 2024"
- 1.2. Nombre del instrumento de evaluación: Cuestionario
- 1.3. Investigador(a): Violeta Blanco Ccama

II. DATOS DEL EXPERTO:

- 2.1. Nombres y Apellidos: David Lluyase Gavilan
- 2.2. Grado académico: Licenciatura
- 2.3. Profesión: Psicólogo
- 2.4. Institución donde labora: Centro de Salud Mental Comunitaria

III. VALIDACIÓN

COMPONENTE	INDICADORES	CRITERIOS	1	2	3	4	5
Forma	1. REDACCIÓN	Los indicadores e ítems están redactados considerando los elementos necesarios					X
	2. CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje apropiado					X
	3. OBJETIVIDAD	Está expresado en conducta observable.				X	
Contenido	4. ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					X
	5. SUFICIENCIA	Los ítems son adecuados en cantidad y claridad.					X
	6. INTENCIONALIDAD	El instrumento mide pertinentemente las variables de investigación.				X	
Estructura	7. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				X	
	8. CONSISTENCIA	Se basa en aspectos teóricos científicos de la investigación educativa.					X
	9. COHERENCIA	Existe coherencia entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables				X	
	10. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.					X

IV. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

VALORACIÓN CUANTITATIVA: 46

Deficiente: 6-9
Regular: 10-18
Bueno: 19-27
Muy bueno: 28-36
Excelente: 37-45

Procede a su aplicación: ☒
Debe corregirse: ☐

V. OBSERVACIONES

David Lluyase Gavilan
PSICÓLOGO
Firma del Experto
DNI: 45394399

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Título del Trabajo de Investigación: "Factores que influyen en la adherencia terapéutica en pacientes con depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari-Cusco, octubre 2024"
- 1.2. Nombre del instrumento de evaluación: Cuestionario
- 1.3. Investigador(a): Violeta Blanco Coama

II. DATOS DEL EXPERTO:

- 2.1. Nombres y Apellidos: Susan Marita Najarro Rojas
- 2.2. Grado académico: Superior completo
- 2.3. Profesión: Químico Farmacéutico
- 2.4. Institución donde labora: CSMC "Pichari"

III. VALIDACIÓN

COMPONENTE	INDICADORES	CRITERIOS	1	2	3	4	5
Forma	1. REDACCIÓN	Los indicadores e ítems están redactados considerando los elementos necesarios				X	
	2. CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje apropiado				X	
	3. OBJETIVIDAD	Está expresado en conducta observable				X	
Contenido	4. ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia y la tecnología					X
	5. SUFICIENCIA	Los ítems son adecuados en cantidad y claridad					X
	6. INTENCIONALIDAD	El instrumento mide pertinentemente las variables de investigación					X
Estructura	7. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica					X
	8. CONSISTENCIA	Se basa en aspectos teóricos científicos de la investigación educativa					X
	9. COHERENCIA	Existe coherencia entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables					X
	10. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico				X	

IV. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

VALORACIÓN CUANTITATIVA: 46

Deficiente: 0-9
Regular: 10-18
Bueno: 19-27
Muy bueno: 28-36
Excelente: 37-45

Procede a su aplicación: ☒
Debe corregirse: ☐

V. OBSERVACIONES

Según IV letra "c", aplicar a los medicamentos con los que cuenta el Establecimiento de Salud.



Firma del Experto
DNI: 70245847

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

1.1. **Título del Trabajo de Investigación:** "Factores que influyen en la adherencia terapéutica en pacientes con depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari-Cusco, octubre 2024"

1.2. **Nombre del instrumento de evaluación:** Cuestionario

1.3. **Investigador(a):** Violeta Blanco Cerna

II. DATOS DEL EXPERTO:

2.1. **Nombres y Apellidos:** Robín Alfredo Pérez Iguina

2.2. **Grado académico:** Suplen

2.3. **Profesión:** Medicina y Psiquiatría

2.4. **Institución donde labora:** Centro de Salud Mental Comunitario Pichari

III. VALIDACIÓN

COMPONENTE	INDICADORES	CRITERIOS	1	2	3	4	5
Forma	1. REDACCIÓN	Los indicadores e ítems están redactados considerando los elementos necesarios					X
	2. CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje apropiado				X	
	3. OBJETIVIDAD	Está expresado en conducta observable					X
Contenido	4. ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia y la tecnología				X	
	5. SUFICIENCIA	Los ítems son adecuados en cantidad y claridad			X		
	6. INTENCIONALIDAD	El instrumento mide pertinentemente las variables de investigación					X
Estructura	7. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica					X
	8. CONSISTENCIA	Se basa en aspectos teóricos científicos de la investigación educativa					X
	9. COHERENCIA	Existe coherencia entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables					X
	10. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico					X

IV. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

VALORACIÓN CUANTITATIVA: 46/48

Deficiente: 0-9
Regular: 10-18
Bueno: 19-27
Muy bueno: 28-36
Excelente: 37-45

Procede a su aplicación: ☒
Debe corregirse: ☐

V. OBSERVACIONES

Señalarse en el punto IV, considerar la aplicación de la escala ordinal de estudio a la escala de Likert, para representar una escala ordinal, para poder ser utilizada.


Firma del Experto
DNI: 42017392

.....

M.C. Robín Alfredo Pérez Iguina

C.M.P. 70205

Especialista Medicina General Integral

R.N.E. 32495

Anexo 6: Cálculo de distancia de punto medio (ddp), validez de contenido

Cálculo de DPP para las fichas de juicio de expertos.

ítems	Expertos			PROMEDIO	Escala Likert		5
	1	2	3		DPP	Dmax	V
							Aiken
Redacción	5	5	4	4,67	0,11	1	0,93
Claridad	4	5	4	4,33	0,44	1	0,87
Objetividad	5	4	4	4,33	0,44	1	0,87
Actualidad	4	5	5	4,67	0,11	1	0,93
Suficiencia	3	5	5	4,33	0,44	4	0,87
Intencionalidad	5	4	5	4,67	0,11	1	0,93
Organización	5	4	5	4,67	0,11	1	0,93
Consistencia	5	5	5	5,00	0,00	0	1,00
Coherencia	5	4	5	4,67	0,11	1	0,93
Metodología	5	5	4	4,67	0,11	1	0,93
DPP =					1,41	3,46	0,92
intervalo de escala						0,69	

escala	valoración	valoración de expertos
0,00	0,69	A = adecuado total
0,69	1,39	B = adecuado en gran medida
1,39	2,08	C = Adecuación Promedio
2,08	2,77	D = escasa adecuación
2,77	3,46	E = inadecuación

Con una valoración de 0,69 de DPP calculado se acepta que el cuestionario es adecuado, es adecuado totalmente para los fines de estudio o que su contenido es pertinente para los fines evaluados con un V Aiken de 0,92 indicando una adecuación de contenido buena.

Anexo 7: Prueba de Kolmogorov-Smirnov

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		Puntaje de adherencia
N		102
Parámetros normales ^{a,b}	Media	3,9020
	Desv. Desviación	1,87485
Máximas diferencias extremas	Absoluto	,146
	Positivo	,146
	Negativo	-,099
Estadístico de prueba		,146
Sig. asintótica(bilateral)		,000 ^c

Dado que el valor de significancia (p) es 0.000, menor a 0.05, se rechaza la hipótesis de normalidad en la distribución de la puntuación de adherencia. Por esta razón, no es adecuado aplicar técnicas estadísticas paramétricas, como la prueba t para diferencias de medias. Ante esta situación y considerando que la variable adherencia se categorizó en niveles y los factores de riesgo son de naturaleza categórica, se optó por utilizar la prueba chi-cuadrado (χ^2). Esta elección se justifica por el objetivo del estudio, que consiste en identificar factores asociados al riesgo de baja adherencia.

Anexo 8: Solicitud de permiso

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

Pichari, 05 de octubre del 2024

Señor: Lic. David Lliuyacc Gavilán

Jefe de personal del Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari

Asunto: Solicito permiso para la realización de encuesta a pacientes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Pichari

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a Ud. para expresarle mi cordial saludo y a la vez solicitarle permiso para la aplicación de una encuesta a pacientes atendidos en el Centro de Salud Mental de Pichari, así como al acceso a revisión de historias clínicas y servicio de estadística, cuando sea pertinente, para facilitar recopilación de datos, que servirán para mi proyecto de investigación titulado: "FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO DE PICHARI-CUSCO, OCTUBRE 2024", para optar el Título Profesional de Químico-Farmacéutico.

Comprometiéndome a respetar la confidencialidad de los datos, así como la remisión de una copia de los resultados obtenidos del trabajo final.

Agradeciendo de antemano la atención que brinde a la presente petición.

Atentamente:



Br. Violeta Blanco Ccama
DNI: 77079386

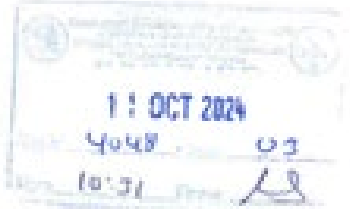
N° _____

1. SOLICITANTE: Violeta Blanco Ccama

2. DNI: 77079386

3. ASUNTO: Solicito permiso para aplicación de encuesta

FIRMA DEL SOLICITANTE


11 OCT 2024
4048 03
10:31

Anexo 9:Permiso de aplicación de encuesta

PERMISO DE APLICACIÓN DE ENCUESTA



'Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres'
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas"

Pichari, 14 de octubre de 2024

CARTA N° 001-2024

Srta. Bach. VIOLETA BLANCO CCAMA

**ASUNTO: Aceptación de realización de encuesta a pacientes atendidos
en el CSMC Pichari**

De mi especial consideración.

Es grato de dirigirme a Ud. para contestarle la carta dirigido a esta institución MENTAL COMUNITARIO PICHARI, solicitando la aplicación de ENCUESTA A PACIENTES de este centro comunitario referente a la adherencia de terapéutica en pacientes con Depresión; para recabar datos para su tesis de grado denominado **"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON DEPRESION EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL PICHARI-CUSCO, OCTUBRE 2024"**.

Por lo que se autoriza realizar dicha encuesta en este centro de salud mental comunitario Pichari, para los fines que estipula en la mencionada carta y así mismo se le facilitará también otros datos que requiera para cumplir con su objetivo. Existiendo el compromiso de respetar la confidencialidad de los usuarios y que los datos recabados sean de uso exclusivo para fines de investigación, debiendo de presentar sus resultados finales al término de su actividad.

Sin otro particular me suscribo de Ud.

Atentamente,

The image shows a blue ink signature over a circular official stamp. The stamp contains the text "GOBIERNO REGIONAL CUSCO" and "DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD". Below the stamp, the text "PSICÓLOGO C.P. 1442" is visible.

Anexo 10: Base de datos de pacientes con depresión: servicio de estadística y farmacia

58458	1105880400	2024	9	25	2024-09-25	A97	11	10	43833532	MEDINA PEREZ	YANET YE	ROBIN ALFREDO	F331	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO MODERADO PR D
58879	1106272420	2024	9	27	2024-09-27	A98	1	15	25019295	CURO HUICHO	ERCILIA	ROBIN ALFREDO	F331	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO MODERADO PR D
59647	1119436814	2024	10	3	2024-10-03	B03	1	4	40531093	BETALLEI CARDENA	RUTH MI	MANUEL FERNAND	F331	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO MODERADO PR D
59902	1115230992	2024	10	4	2024-10-04	B03	3	5	44524587	HUAMAN LIZANA	DIANA	MANUEL FERNAND	F331	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO MODERADO PR D
60181	1115267383	2024	10	5	2024-10-05	B03	6	6	74452189	MOLINA QUISPE	NINFA	MANUEL FERNAND	F321	EPISODIO DEPRESIVO MODERADO
60197	1115264159	2024	10	5	2024-10-05	B03	6	4	75972924	CORONADO MORALES	SOLANYE	MANUEL FERNAND	F331	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO MODERADO PR D
60674	1115325608	2024	10	7	2024-10-07	B03	8	13	40704489	ESPINOZA AGUILAR	PAVEL ES	MANUEL FERNAND	F331	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO MODERADO PR D
60692	1115319396	2024	10	7	2024-10-07	B03	8	4	77805210	HUYHUA LOPEZ	NELIDA	MANUEL FERNAND	F331	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO MODERADO PR D
61122	1115422225	2024	10	9	2024-10-09	B03	10	13	15965453	MENDOZ CUBA	FERMINA	MANUEL FERNAND	F321	EPISODIO DEPRESIVO MODERADO
61453	1115458329	2024	10	11	2024-10-11	B03	13	6	25016311	QUINTAN CHAVEZ	HIPOLITO	MANUEL FERNAND	F331	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO MODERADO PR D
61674	1115478731	2024	10	12	2024-10-12	B03	12	9	76516192	GUTIERRI HUAMAN	MELINA E	MANUEL FERNAND	F321	EPISODIO DEPRESIVO MODERADO
62100	1115498806	2024	10	14	2024-10-14	B03	15	5	45575956	MENDOZ PALOMIN	GIULIANA	MANUEL FERNAND	F331	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO MODERADO PR D
62264	1124795112	2024	10	14	2024-10-14	B10	11	5	76554174	HUAMAN CASAS	ANGIE FE	SUSAN MARITA	F331	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO MODERADO PR D
62268	1124795273	2024	10	14	2024-10-14	B10	11	6	48815020	CASTILLO LLANOS	EDUARDO	SUSAN MARITA	F331	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO MODERADO PR D
62272	1124795496	2024	10	14	2024-10-14	B10	11	7	76516192	GUTIERRI HUAMAN	MELINA E	SUSAN MARITA	F321	EPISODIO DEPRESIVO MODERADO
62708	1118026188	2024	10	17	2024-10-17	B02	11	1	28527312	LIZANA FLOREZ	TEODORA	ROBIN ALFREDO	F331	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO MODERADO PR D
62711	1118026713	2024	10	17	2024-10-17	B02	11	2	48652440	YUPANQL HUARCA	ROSA VIC	ROBIN ALFREDO	F321	EPISODIO DEPRESIVO MODERADO
62714	1118027582	2024	10	17	2024-10-17	B02	11	3	78968824	GONZALE BUSTAMA	ROSARIO	ROBIN ALFREDO	F331	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO MODERADO PR D
62990	1118129341	2024	10	18	2024-10-18	B02	12	18	76173764	BENDEZUR ROJAS	LIZBETH	ROBIN ALFREDO	F321	EPISODIO DEPRESIVO MODERADO
63222	1118151703	2024	10	19	2024-10-19	B02	14	2	28705795	MUCHA HUYHUA	CIRILA	ROBIN ALFREDO	F331	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO MODERADO PR D
63226	1118151994	2024	10	19	2024-10-19	B02	14	3	61144265	QUISPE BERROCA	ANGHELY	ROBIN ALFREDO	F321	EPISODIO DEPRESIVO MODERADO
63229	1118152234	2024	10	19	2024-10-19	B02	14	4	44308681	QUISPE CORNEJO	ANA MAR	ROBIN ALFREDO	F331	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO MODERADO PR D
63235	1118152751	2024	10	19	2024-10-19	B02	14	6	62388747	HUAMAN OREJON	ISAI NEH	ROBIN ALFREDO	F321	EPISODIO DEPRESIVO MODERADO

1	FECHA	OS Y NOMBRES	SEGURO	DNI	MEDICO	CIE-10	MEDICAMENTO	FARMACEUTICA	CANTIDAD			
2	13/01/2025	VILCHEZ ZARATE, VIKY YOLANDA	ESSALUD	71941224	DR MANUEL	F341	FLUOXETINA 20MG	TB	3			
3							CLONAZEPAM 0,5MG	TB	3			
4	13/01/2025	MEDOZA CUBA, FERMINA	SIS	15965453	DR MANUEL	F331	FLUOXETINA 20MG	TB	22			
5							MIRTAZAPINA 30MG	TB	11			
6	13/01/2025	OBANDO HUANCA ROSMERY	SIS	76538550	DR MANUEL	F208	FLUFENAZINA 25MG SULPIRIDE 20MG	AMP	1			
7							SULPIRIDE 20MG	TB	8			
8	13/01/2025	CORDERO MARQUIN A KIOMI CORALI	SIS	73402632	DR MANUEL	F328	GABAPENTINA 300MG	CAP	4			
9	13/01/2025	OBANDO HUARANCA ROSMERY	SIS	76538550	DR MANUEL	F208	FLUFENAZINA 25MG SULPIRIDA 20MG	AMP	1			
10								TB	8			
11	13/01/2025	PAUCAR MAZA ABEL	SIS	10437314	DR MANUEL	F028	SERTRALINA 50MG	TB	22			
12							HALOPERIDOL 2MG	SUSP	1			
13	13/01/2025	MIGUEL SHANRIORI KEVIN ALFARES	SIS	75867363	DR MANUEL	F321	FLUOXETINA 20MG	TB	44			

Anexo 11: Evidencias fotográficas



FOTO N° 1 Y 2: SERVICIO DE FARMACIA

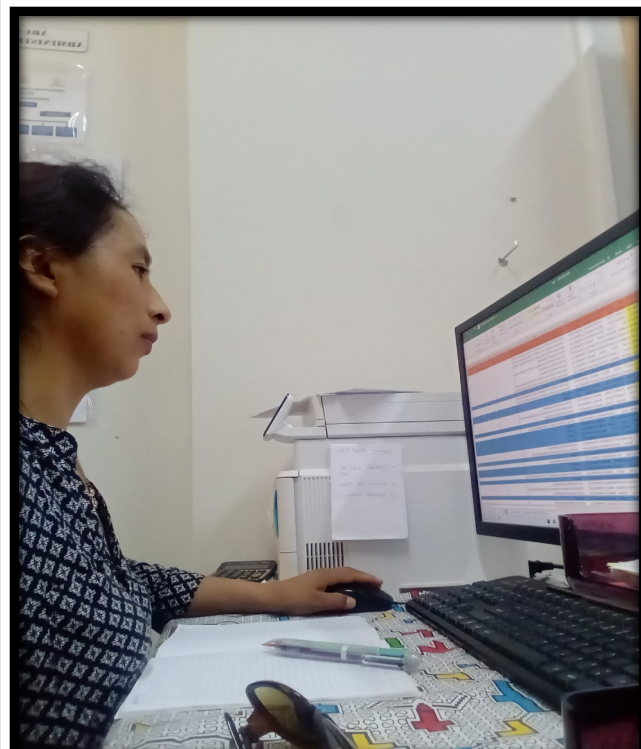
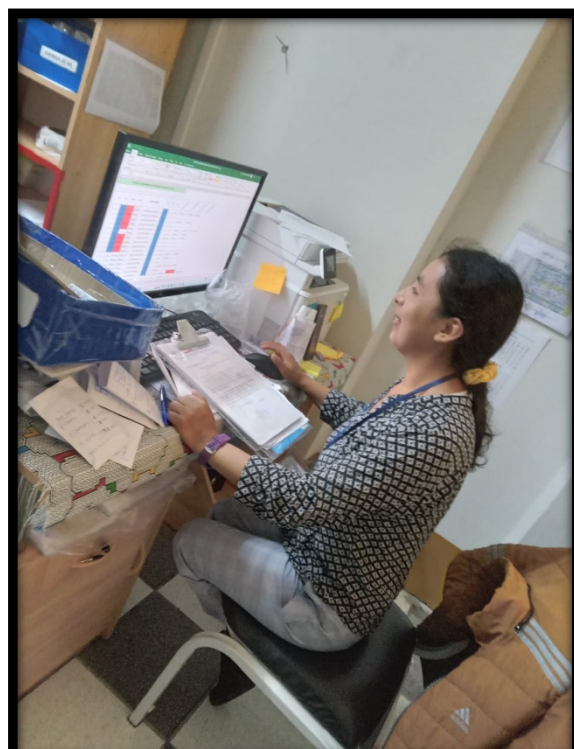


FOTO N° 3 Y 4: ACCESO A BASE DE DATOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA



FOTO N° 5 Y 6: REVISIÓN DE
HISTORIAS CLÍNICAS



Anexo 12: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A continuación, se le brinda información necesaria para ayudarlo a decidir si Ud. quiere participar en un estudio de investigación.

Título de proyecto: "FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO DE PICHARI-CUSCO, OCTUBRE DEL 2024"

Nombre de investigadora: Violeta Blanco Coama, Bachiller en Farmacia y Bioquímica de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco.

Propósito del estudio: Es identificar los factores que influyen en el cumplimiento de tratamiento con fármacos en pacientes con depresión.

Lugar de estudio: Centro de Salud Mental Comunitario de Pichari-Cusco.

Beneficios de participar: Los resultados ayudarán al personal de salud a informarse sobre los factores que influyen en el cumplimiento de su tratamiento antidepressivo y a partir de ello brindarle ayuda oportuna y prevenir complicaciones durante el proceso de atención.

Riesgos de participar: No existe riesgo de participación.

Costo por participar: No realizará ningún aporte económico.

Confidencialidad de información: Su participación es anónima, todos los datos serán protegidos por la investigadora.

Participación voluntaria: Su participación en este estudio es voluntaria, puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanciones o pérdida de beneficios.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Manifiesto que he leído y entendido la hoja de información que se me ha entregado, que he hecho las preguntas que me surgieron sobre el proyecto y que he recibido información suficiente sobre el mismo.

Comprendo que mi participación es totalmente voluntaria, que puedo retirarme del estudio cuando quiera sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el Proyecto de Investigación titulado: "FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO DE PICHARI-CUSCO, OCTUBRE DEL 2024". He recibido copia de este consentimiento.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Nombre del participante: 

Nombre de la investigadora:



Pichari, 24 de 11 2024