



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN

Factores asociados a la no adherencia al tratamiento en depresión en el
Servicio de Psiquiatría del Hospital San José-Callao, 2020-2021

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Psiquiatría

AUTOR(ES)

Bravo Chirre, Nancy Pamela

(ORCID: 0000-0003-1501-1063)

ASESOR(ES)

De La Oliva Díaz, Mery Delia

(ORCID: 0000-0001-8702-2795)

Lima, Perú

2023

Metadatos Complementarios

Datos de autor

Bravo Chirre, Nancy Pamela

Tipo de documento de identidad del AUTOR: DNI

Número de documento de identidad del AUTOR: 43992755

Datos de asesor

De La Oliva Díaz, Mery Delia

Tipo de documento de identidad del ASESOR: DNI

Número de documento de identidad del ASESOR: 41874054

Datos del Comité de la Especialidad

PRESIDENTE: Chieng Duran, José David

DNI: 069890185

Orcid: 000-0002-0745-2523

SECRETARIO: Sulca Quispe, Rafael Emiliano

DNI: 09037610

Orcid: 0000-0002-9261-4928

VOCAL: León Castro, Héctor Moisés

DNI: 06038756

Orcid: 0000-0002-5222-2380

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.24

Código del Programa: 912909

ÍNDICE

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
1.1 Descripción de la realidad problemática	5
1.2 Formulación del problema.....	6
1.3 Objetivos	6
1.3.1 Objetivo general	6
1.3.2 Objetivos específicos.....	6
1.5 Limitaciones	7
1.6 Viabilidad.....	7
II. MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes de la investigación	8
2.1.1. Internacionales	8
2.1.2 Nacionales	10
2.2 Bases teóricas.....	11
Depresión	11
Depresión y Covid-19	26
2.3 Definiciones conceptuales	27
2.3.1 Depresión:	27
2.3.2 No adherencia: al tratamiento en depresión.....	28
2.3.4 Factores asociados a la depresión:	28
2.3.5 Pacientes:	28
2.4 Hipótesis	29
2.4.1 Hipótesis general	29
2.4.2 Hipótesis específico	29
III. METODOLOGÍA	30
3.1 Tipo de estudio.....	30
3.2 Diseño de investigación	30
3.3 Población y muestra.....	31
3.3.1 Población:	31
3.3.2 Tamaño de la muestra.....	31
3.3.3 Selección de la muestra	32
3.4 Operacionalización de variables (ver anexo 01).....	32

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	32
3.6 Procesamiento y plan de análisis de datos.....	32
3.7 Aspectos éticos	32
IV. RECURSOS Y CRONOGRAMA	33
4.1 Recursos	33
4.1.1. Humanos	33
4.1.2. Físicos	33
4.1.3. Recursos Financieros	33
4.2 Cronograma	33
4.3 Presupuesto	34
ANEXO N°01: Operacionalización de variables	43
ANEXO N°02: Matriz de consistencia	44
ANEXO N°03: Instrumentos de recolección de datos.....	47
ANEXO N°04: Solicitud de permiso institucional.....	49
ANEXO N°05: Consentimiento informado	50
ANEXO N°06: consentimiento comité de ética	51
ANEXO N°07: Reporte de Turnitin (Mínimo <25%, Ideal: <10%)	52

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La depresión es un trastorno de la salud mental frecuente e incapacitante en todo el mundo. Se estima que afecta a un 3,8% de la población, aproximadamente 280 000 000 de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es recurrente y de intensidad moderada a grave. Puede causar gran sufrimiento tanto a la persona afectada como a su entorno, alterando sus actividades laborales, escolares y familiares. El riesgo de mortalidad por este trastorno es de más de 700 000 personas al año debido al suicidio, siendo éste la cuarta causa de muerte en el grupo de edad de 15 a 29 años.¹

No hay definiciones consensuadas sobre la falta de adherencia, sin embargo, las opciones coinciden en que se puede definir como la no culminación del tiempo de tratamiento estimado por los protocolos o guías y el no haber llegado a la completa remisión de síntomas debido a la falta de continuidad del tratamiento.² Las estadísticas sobre el cálculo de estos fenómenos en la depresión varían ampliamente, desde un 13% hasta un 52% a lo largo de la vida.¹ Los factores asociados a la falta de adherencia son múltiples, desde los accesos de salud de la población (económicos, sociales y geográficos) hasta la cantidad de profesionales disponibles. También incluyen los efectos adversos de los medicamentos y el estigma social todavía presente en la población. La falta de adherencia en la población que padece el espectro sindrómico de la depresión sigue siendo una limitante para mejorar su salud mental.^{3,4,5,6,7,8}

Este estudio busca tener una estadística más real de esta década post-covid en los pacientes que usan tanto los recursos estatales como los privados de servicios de salud mental.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con depresión en el Servicio de Psiquiatría del Hospital San José del Callao durante los años 2020-2021?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

- Identificar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con depresión en el Servicio de Psiquiatría del Hospital San José del Callao durante los años 2020-2021.

1.3.2 Objetivos específicos

- Determinar la frecuencia de la no adherencia al tratamiento en pacientes con depresión.
- Identificar los factores demográficos asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con depresión, incluyendo la edad, género y nivel de educación.
- Evaluar la relación entre el nivel de depresión y la no adherencia al tratamiento en pacientes con depresión.
- Investigar la influencia de los factores sociales, económicos y psicológicos en la no adherencia al tratamiento en pacientes con depresión.
- Describir la percepción de los pacientes sobre el tratamiento y su relación con la no adherencia al mismo.

1.4 Justificación del estudio

Los estudios sobre adherencia en trastornos depresivos no han recibido la atención suficiente. Los cambios en las políticas de salud mental no se han visto influenciadas por estos datos. Se desestiman los estudios sobre factores de riesgo como mapas que nos ayuden a entender el terreno de los trastornos mentales. El panorama se complica aún más debido a que la pandemia ha dejado a muchos pacientes con limitaciones físicas, sociales y vulnerabilidades emocionales. Es por tanto necesario refinar y actualizar los nuevos datos ante el nuevo panorama de una población que demográficamente cambia, de nuevos actores en la salud mental y de los hallazgos que nos proporcionan las ciencias básicas en sus alcances neurocientíficos.^{3,4,5,6,7,8,9,10} Debemos aprender a conciliar y sintetizar los conocimientos sociales y científicos.

1.5 Limitaciones

- Este estudio se enfoca en investigar los factores relacionados con la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con depresión en el Hospital San José del Callao durante la pandemia Covid-19 en el año 2020 y 2021. Los resultados solo son válidos para dicho hospital y solo se considerarán los factores demográficos, sociales y psicológicos en relación al tratamiento durante ese período. Sin embargo, las conclusiones sobre los factores que influyen en la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con depresión pueden ser aplicables a la población estudiada.
- No se evaluarán los pacientes que hayan realizado sus controles en centros médicos distintos al Hospital San José del Callao.

1.6 Viabilidad

El proyecto es viable y será autorizado por la institución. Se cuenta con el apoyo de expertos y los recursos económicos y materiales necesarios para su realización. Además, se tendrá acceso a los registros clínicos en el Hospital San José del Callao. La investigación será llevada a cabo por la propia investigadora, asegurando así su eficacia.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

En esta parte se han encontrado investigaciones a nivel internacional como nacional, con todas las variables desarrolladas en esta investigación.

2.1.1. Internacionales

Stentzel et al. realizaron un estudio en Alemania con una muestra de 127 participantes, todos mayores de 18 años con una edad promedio de 42 años (Desviación estándar 12,9). El género más representado fue el masculino con un 57% y 33 participantes tenían un diagnóstico de trastorno afectivo. El objetivo era identificar los determinantes de la no adherencia al tratamiento en los principales diagnósticos en salud mental dentro del espectro depresivo y psicótico. Se encontró una media del 24% en cuanto a adherencia. El 54% de los participantes reportaron algún tipo de no adherencia. El estudio arrojó que el tipo de empleo tenía un Odds Ratio (OR) de 2.463 para la falta de adherencia al tratamiento, y el otro factor con un OR=2.839 fue la misma medicación como motivo para abandonar el tratamiento.³

Torres Saldaña et al. realizaron un estudio con una muestra de 33 pacientes con edades entre 40 y 59 años. Se encontró que las mujeres tenían menos adherencia y conformaban el 66,7% del grupo. No hubo una asociación por la procedencia geográfica ($\chi^2=2,582$ p: 0,108), el nivel escolar ($\chi^2 =7,187$ p: 0,304), la ocupación ($\chi^2= 2,649$ p: 0,618), los recursos económicos ($\chi^2= 1,056$ p: 0,590), y el conocimiento de la enfermedad por el paciente ($\chi^2= 0,589$ p: 0,745).⁴

Semahegn et al. realizaron un metanálisis con el objetivo de identificar los factores asociados con la falta de adherencia en los trastornos mentales. Incluyeron 4504 estudios en inglés obtenidos de diferentes bases de datos, como PubMed, Embase, CINAHL, PsycINFO, Web of Science, entre otras. De estos, 16 estudios con un total de 42 255 participantes fueron seleccionados para analizar

la población con depresión. Los resultados indicaron que la edad, siendo mayor de 60 años o menor de 34 años, se asoció con la falta de adherencia, así como también el Trastorno por Uso de Sustancias (TUS). La "actitud" del paciente y el estigma hacia el tratamiento fueron identificados como factores cruciales en la falta de adherencia.⁵

De la cruz et al. realizaron un estudio en una población que tenía hospitalización domiciliaria. La muestra de participantes fueron 30, con una edad media de 47.1 años y una desviación estándar de 15.1. El 50% de la muestra presentaba trastornos afectivos. El resultado indicaba que solo el 20% de las personas con un cuadro afectivo cumplía con el tratamiento. Las personas entre 19 y 39 años no cumplían el tratamiento debido al olvido. Mientras que, entre los 40 y 59 años era debido a efectos adversos (40%).⁶

Marasine et al. realizaron un meta-análisis que tenía como objetivo conocer las principales causas de la suspensión de tratamiento antidepresivo. Se incluyeron 21 estudios. Los resultados indican que la edad menor de 40 años, haber tenido experiencias previas con antidepresivos y sus efectos adversos son factores importantes. Las mujeres son menos adherentes que los varones. El estigma y las creencias parecen tener una mayor influencia en el tratamiento.⁷

Solmi et al. realizaron un estudio donde el resultado indicaba factores que se retroalimentaban en el abandono de los tratamientos como la inflexibilidad cognitiva, la desesperanza y la falta de energía de la depresión, lo que limitaba la continuidad del tratamiento. El estudio demuestra que la no adherencia al tratamiento es 3 veces mayor en trastornos depresivos comparado con otras condiciones.⁸

Velásquez et al. realizó una revisión sistemática con el objetivo de obtener la incidencia de los factores de riesgo que disminuyen la adherencia al tratamiento. La muestra incluyó 15 estudios con un total de 5 387 personas. El estudio reveló que solo el 66,7% cumplía moderadamente con el tratamiento. La falta de adherencia tenía resultados muy amplios que iban desde el 7,7% hasta el 60,6%.

El factor que tuvo más influencia fue la falta de conocimiento y aceptación. Continuó con el soporte social y la alianza terapéutica.⁹

Sirey et al. realizaron un estudio cuyo objetivo era determinar la dosis adecuada que permitía una buena adherencia al tratamiento antidepresivo sin dejar de lado la respuesta terapéutica en adultos de mediana edad y mayores. Los datos se extrajeron de una muestra de 187 participantes de un ensayo clínico. Los resultados arrojaron un OR = 2,63 (intervalo de confianza del 95%, 1,19-5,84) de mayor adherencia al tratamiento cuando se recibía una dosis adecuada.¹⁰

2.1.2 Nacionales

Jonis et al. realizaron un estudio cuya finalidad era determinar si la presencia de síntomas depresivos estaba relacionada con el abandono y la mala adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis sensible atendidos en la estrategia de tuberculosis. La muestra incluyó 153 participantes, y los resultados mostraron que la frecuencia de abandono del tratamiento fue del 18,3% (n=28), de no adherencia 42,5% (n=65) y la depresión 53,6% (n=82). Los síntomas depresivos se asociaron con el abandono del tratamiento [RR= 2,16; IC95% (1,01-4,60)] y la mala adherencia al tratamiento [RR=2,09; IC95% (1,36-3,22)]. Esto sugiere que la presencia de síntomas depresivos podría ser un factor importante en el abandono y la mala adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis sensible.¹¹

Bastida et al. realizaron un estudio en el que se analizaron las relaciones entre la ansiedad, la depresión y el cumplimiento del tratamiento nutricional en pacientes con diabetes tipo 2. Se encontró que la incidencia de diabetes mellitus tipo 2 ha aumentado en los últimos años debido a factores como la falta de adherencia al tratamiento nutricional, la cultura alimentaria y los alimentos industrializados. La salud mental también es un factor importante en la enfermedad, ya que el estrés, las relaciones sociales y las decisiones pueden afectar la adherencia al tratamiento. Es fundamental un enfoque multidisciplinario en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes, ya que los factores psicológicos como la

ansiedad y la depresión pueden afectar negativamente la adherencia al tratamiento nutricional y farmacológico.¹²

Accinelli et al. realizaron un estudio con el objetivo de determinar la frecuencia de depresión en pacientes con diabetes mellitus y cómo ambas afecciones afectan la calidad de vida. Se analizaron 471 pacientes con diabetes mellitus registrados en una base de datos. La frecuencia de depresión actualmente fue del 5,9%, anualmente del 8,6% y a lo largo de la vida del 31,8%. Las mujeres presentaron una mayor frecuencia de depresión en todas las categorías. No hubo diferencias en la depresión entre grupos de edad en las diferentes categorías, excepto en los adultos de 45-60 años (36.57%) tuvieron una mayor frecuencia que los mayores de 60 años (26.99%). Los pacientes diabéticos que vivían juntos presentaron una mayor frecuencia de depresión que los solteros, mientras que las personas casadas tuvieron una frecuencia menor que las separadas, viudas o divorciadas. No se encontraron diferencias en la depresión según el nivel educativo. Los pacientes diabéticos con depresión actual presentaron una menor calidad de vida (6.7 vs. 7.6 $p < 0.0001$).¹³

Darihana et al. investigaron la relación entre los niveles de depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. Evaluaron a 100 pacientes durante dos meses usando la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y el Test de Morisky-Green-Levine. Los resultados indican que existe una relación significativa entre la depresión y la adherencia al tratamiento en estos adultos mayores. El valor de p de la prueba de chi-cuadrado (0,016 y 0,025) es menor a 0,05, lo que apoya la aceptación de la hipótesis alternativa de una relación significativa entre la depresión y la adherencia al tratamiento.¹⁴

2.2 Bases teóricas

Depresión

1. Historia

Areteo de Capadocia, en el siglo I de nuestra era, da la primera referencia del padecimiento de depresión como uno de los extremos de una enfermedad

(manía-melancolía). Galeno hace referencia afectivas y somáticas de la melancolía. El concepto de depresión ha tenido un recorrido tortuoso a lo largo de la historia. Diferentes épocas y regiones le han otorgado diferentes connotaciones que en algunos lugares y cosmovisiones han persistido. Un problema fundamental era la diferenciación de los conceptos de afecto, sentimiento, emoción, etc. Además, estaba el problema de establecer las formas patológicas de las alteraciones de estos conceptos. En el siglo XIX, el concepto se dicotomizó en dos grandes grupos: la manía y la melancolía. Finalmente, la propuesta de Angst y Perris de separar la depresión unipolar y el trastorno bipolar fue aceptada en 1980 por el DSM-III.^{15,16}

2. Definición

La depresión es una enfermedad que está ganando terreno últimamente y que tiene varios factores que la predisponen. Los síntomas de la depresión pueden variar en intensidad y estar relacionados con la edad, género y nivel educativo de la persona afectada. Por ello, es fundamental contar con un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado para mejorar la calidad de vida de las personas que la padecen.¹

La guía NICE (National Institute for Health and Care Excellence) de 2022, la Clasificación Internacional de Enfermedades de Trastornos Mentales (CIE-11) y Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5-TR) describen la depresión como un trastorno del estado de ánimo que incluye una amplia gama de problemas de salud mental caracterizados por la falta de un afecto positivo, un estado de ánimo bajo y una serie de síntomas asociados que incluyen emociones, pensamientos, conducta y funcionamiento físico. Diferenciar los cambios de estado de ánimo que son clínicamente significativos de los que ocurren de manera normal puede ser complicado.^{17,18,19}

El diagnóstico de depresión mayor se basa en la gravedad, persistencia y presencia de otros síntomas, así como en el grado de discapacidad funcional y social. No hay un límite claro entre los grados de depresión, y cuanto mayor sea

la gravedad de la enfermedad, más graves serán sus efectos negativos. El estado de ánimo puede variar entre individuos y puede ser reactivo o no reactivo a las circunstancias. Los síntomas conductuales y físicos típicos incluyen llanto, irritabilidad, retirada social, exacerbar dolores existentes, falta de libido, fatiga y disminución de la actividad, aunque también puede haber agitación y ansiedad marcada. También puede haber una reducción en el sueño y el apetito, pero en algunas personas puede haber un aumento de estos síntomas. La depresión puede estar acompañada de ansiedad y los síntomas pueden variar con la edad, siendo los jóvenes los que presentan más síntomas conductuales y los adultos mayores los que presentan más síntomas físicos y menos quejas de estado de ánimo bajo.^{17,18,19}

3. Etiología

3.1 Factores biológicos

Durante años se habló de la teoría de la neurotransmisión serotoninérgica como el origen de la depresión. Sin embargo, las investigaciones posteriores han identificado aspectos epigenéticos, moleculares e inmunológicos en la etiología de este complejo síndrome. Según un estudio de Hao et al., las influencias genéticas representan entre el 40% y el 50% del origen de la depresión. Los modelos animales nos brindan información sobre las rutas heterogéneas que llevan a la enfermedad, como el agotamiento de monoaminas, la reducción del ácido gamma aminobutírico (GABA) en áreas del hipocampo ventral y la corteza frontal en modelos animales con depresión, la reducción de la proteína de la vesícula sináptica transportadora de glutamato vesicular -1 (VGLUT-1) en la región CA1 del hipocampo, las alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHH) con especial atención en la hormona liberadora de corticotropina (CRH) y la arginina vasopresina (AVP) y el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF). Además, otras investigaciones mencionan las influencias del sistema inmunológico y del sistema de estrés oxidativo.²⁰

La principal área involucrada, como centro regulador, es el núcleo accumbens. Esta área articula las señales de la región límbica, la corteza prefrontal, el

hipocampo y la amígdala. El núcleo accumbens contiene neuronas glutamatérgicas y gabaérgicas, con proyecciones hacia las áreas tegmental ventral, cuerpo estriado y corteza prefrontal, y la disfunción de estas áreas está relacionada con los comportamientos observados en la depresión y las alteraciones en los sistemas de recompensa. Otras áreas mencionadas de manera secundaria incluyen la corteza prefrontal dorsal y medial, el lóbulo insular, la corteza orbitofrontal, la amígdala, el hipocampo y la corteza cingulada.²¹

- **Modelos animales**

El modelo de la Depresión Inducida por Reserpina^{22,23,24} que disminuye la recaptación de las vesículas presinápticas causando una menor producción de monoamina conllevando a la replicación de los síntomas depresivos. La indefensión aprendida es otro modelo en el que las ratas son expuestas a estímulos aversivos dolorosos sin posibilidad de escape. En las evaluaciones, estos animales muestran una disminución de las catecolaminas asociadas a la depresión.²⁵ Otro modelo es el de estrés crónico leve, en el que se desarrolla una serie de estímulos sistematizados y repetidos en la rata. Este modelo evalúa posteriormente el consumo de sacarosa y observa el desarrollo conductual de la anhedonia, que es un síntoma nuclear de la depresión.²⁶

Continuando con los modelos animales está el de Estrés de la Derrota Social, que al igual que el modelo anterior, se aplican estímulos repetidos y crónicos que se ejercen desde el contexto y que tienen en cuenta la ausencia de alguna disfunción primaria del Sistema Nervioso Central (SNC). En este modelo, las ratas son expuestas a una disminución del contacto social y una disminución de la conducta sexual en los machos. En las hembras, se modifican ciertas áreas del cerebro para hacerlas más agresivas con su entorno. Estos animales presentan conductas depresivas que suelen remitirse con el uso comprobado de fármacos aprobados para tratar la depresión.²⁷

3.2 Factores genéticos

Se han realizado estudios para establecer los genes relacionados con la depresión, pero la búsqueda ha sido infructuosa debido a los factores

contextuales que influyen en su aparición. No obstante, tener una madre con depresión aumenta en un 40% la probabilidad de padecer un trastorno depresivo y un 68% más de probabilidad de presentar síntomas de internalización en comparación con las madres que no sufren depresión. Recientes investigaciones mencionan los fenotipos por género de la depresión, y parece ser que los hombres exhiben una sintomatología diferente. Sus síntomas se asocian con comportamientos más externalizantes, como impulsividad e irritabilidad, lo que explicaría la estadística más alta de suicidios entre los hombres con métodos más letales en comparación con las mujeres.²⁸

Los cambios en la estructura cerebral a causa de la condición depresiva han sido recogidos por Lima Ojeda et al. quienes indican a la depresión como un síndrome complejo donde se detectarían un volumen del hipocampo disminuido y un transportador de serotonina (5-HTT) disfuncional.²⁹ Otros estudios han encontrado expresiones anormales de ARNm en muestras de células mononucleares de sangre periférica que podrían estar relacionadas con la patogénesis de la depresión mayor debido a los cambios moleculares celulares que ocurren. Se ha identificado un estrés local inflamatorio, apoptótico y oxidativo que termina afectando la conductancia de las monoaminas.³⁰

- **Biomarcadores**

Aún no se han establecido biomarcadores de diagnóstico en psiquiatría que cumplan los criterios necesarios para considerarse como tal. Sin embargo, algunos factores de crecimiento alterados en la depresión han sido corregidos con el tratamiento antidepresivo. El factor de crecimiento más investigado es el BDNF, que juega un papel en la plasticidad neuronal y que se ve afectado por el estrés. Se ha demostrado que existe una disminución de la expresión del BDNF en el hipocampo y que es reversible con el tratamiento antidepresivo.³¹

Se han identificado biomarcadores de mediadores inflamatorios, como las citocinas proinflamatorias IL-1, IL-6 y el factor de necrosis tumoral alpha (TNF α), que interrumpen la conducción nerviosa de los circuitos neuronales relacionados con el estado de ánimo. La conducción de las monoaminas y la toxicidad de los

estados inflamatorios crónicos en la membrana neuronal pueden ser caminos subyacentes a los déficits de los estados de ánimo. La activación de estas citoquinas inflamatorias afecta la neurogénesis y la neuroplasticidad, especialmente en el hipocampo.³¹

El estudio de Kennis et al. buscó biomarcadores que pudieran predecir el inicio, la recaída y la recurrencia del trastorno depresivo mayor (TDM) y evaluó 75 estudios. Sin embargo, los resultados mostraron poca evidencia y heterogeneidad en la identificación de los biomarcadores predictivos. El único biomarcador significativo fue el cortisol, pero su relación con el TDM fue influenciada por el diagnóstico clínico previo. Por lo tanto, se concluye que se requiere una investigación de alta calidad para encontrar biomarcadores efectivos para TDM.³²

3.3 Factores demográficos

Se menciona que la depresión es más común en adultos jóvenes en comparación con adultos mayores, aunque algunos grupos de adultos mayores tienen tasas más altas de depresión. En Perú, un estudio de Hernández et al. determinó la prevalencia de síntomas depresivos y los factores relacionados en la población peruana. Utilizaron datos secundarios de la encuesta demográfica y de salud familiar 2018, la cual incluyó a 31 996 participantes mayores de 18 años. La prevalencia global de síntomas depresivos fue del 6,4%, con sintomatología moderada y grave en el 3,9% y 2,5%, respectivamente. Los resultados indican que los factores de riesgo incluyen ser mujer (OR=2.25, 95% CI: 1.93-2.63), pertenecer a los grupos de edad de 45-64 años o 65 años y más, vivir en la región andina (OR= 1.75, 95% CI: 1.46-2.09), tener hipertensión arterial (OR=1.35, 95% CI: 1.14-1.60), tener antecedentes de diabetes mellitus (OR=2.06, 95% CI: 1.49-2.84%) y tener antecedentes de discapacidad (OR=2.40, 95% CI: 1.65-3.49). Por otro lado, los factores que disminuyen el riesgo de tener síntomas depresivos incluyen estar casado o conviviente (OR = 0,76, IC 95%: 0,60-0,96), tener estudios secundarios (OR = 0,72, IC 95%: 0,52-0,99) o un nivel educativo alto (OR = 0,44, IC 95%: 0,31-0,63), pertenecer a un buen nivel económico (quintil 3-5) y consumir 5 o más frutas o verduras (OR = 0,64, IC 95%: 0,47-0,87). El estudio tiene limitaciones y requiere una evaluación adicional para confirmar el

diagnóstico, pero sugiere que las estrategias para abordar la depresión en Perú deben considerar subgrupos específicos.³³

3.4 Factores socioeconómicos

El estudio de Buckman et al. tiene como objetivo determinar si los factores socioeconómicos, como la situación laboral, la tensión financiera, la situación de la vivienda y el nivel educativo, influyen en el pronóstico de los pacientes con depresión tratados en atención primaria. Es una revisión sistemática y metanálisis de datos de pacientes individuales, y se informaron de acuerdo con las pautas Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). El estudio incluyó 9 ensayos controlados aleatorios del Reino Unido y los datos se recopilaron de 4 864 pacientes (edad media 42,5 años, con un 67,4% de mujeres y un 32,6% de hombres). Los resultados muestran que las puntuaciones de la escala de síntomas depresivos eran un 28% más altas en los pacientes desempleados en comparación con los empleados y un 18% más bajas en los dueños de casa en comparación con aquellos que vivían con familiares, amigos, en albergues o sin hogar. La tensión financiera y el nivel educativo también afectaron el pronóstico, pero no así la situación laboral y de vivienda. Estos factores se pueden evaluar fácilmente y su consideración antes del tratamiento puede ser útil para guiar el manejo futuro de la depresión. Las intervenciones para mejorar la situación laboral y de vivienda han demostrado ser efectivas para reducir los síntomas de depresión.³⁴

4. Diagnostico

La depresión mayor se diagnostica cuando hay un estado de ánimo persistente y bajo, ausencia de afecto positivo y una serie de síntomas. El número y combinación necesarios para hacer el diagnóstico están definidos operacionalmente.

Según el DSM-5-TR, para hacer un diagnóstico de trastorno depresivo mayor se necesitan cinco o más síntomas durante un período de dos semanas, con al menos uno de ellos siendo un estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o

placer. Estos síntomas no deben ser causados por otra condición médica o por el uso de sustancias, y deben causar sufrimiento significativo o dificultad en áreas importantes de la vida. Además, no debe haber un episodio maníaco o hipomaníaco. El código diagnóstico se basa en si es un episodio único o recurrente, la gravedad actual, la presencia de características psicóticas y el estado de remisión.¹⁸

Según el CIE-11, el diagnóstico de trastorno depresivo incluye un estado de ánimo depresivo (tristeza, irritación, vacío) o es pérdida de placer, junto con otros síntomas cognitivos, conductuales o neurovegetativos que afectan significativamente la capacidad del individuo para funcionar caracterizado por una o más de las siguientes características:

- Un estado de ánimo triste o vacío
- Pérdida de interés o placer en las actividades cotidianas
- Un cambio significativo en el apetito o el peso
- Problemas de sueño
- Fatiga o pérdida de energía
- Dificultad para concentrarse
- Sensación de culpa o inutilidad
- Pensamientos de muerte o suicidio

Para ser diagnosticado con depresión, estos síntomas deben estar presentes durante al menos dos semanas y causar una discapacidad significativa en el funcionamiento diario. El concepto depresión se basa en estos criterios de diagnóstico para determinar si una persona tiene depresión y para clasificar la gravedad de su trastorno.¹⁹

5. Especificador de la gravedad

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), el especificador de gravedad de la depresión se refiere a la severidad de los síntomas y su impacto en la vida del individuo.¹⁹ Los especificadores de gravedad incluyen:

- Depresión leve: Síntomas leves que no interfieren significativamente con la capacidad del individuo para llevar a cabo sus actividades diarias.
- Depresión moderada: Síntomas moderados que causan una cierta dificultad para llevar a cabo las actividades diarias, pero el individuo todavía es capaz de funcionar de manera independiente.
- Depresión grave: Síntomas graves que causan una gran dificultad para llevar a cabo las actividades diarias y pueden requerir hospitalización.
- Depresión grave con síntomas psicóticos: Síntomas graves que incluyen síntomas psicóticos, como alucinaciones o delirios.

6. Tipos de depresión

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades de Trastornos Mentales (CIE-11), los trastornos depresivos incluyen el trastorno depresivo episódico único, el trastorno depresivo recurrente y el trastorno distímico. El trastorno depresivo episódico único se caracteriza por un episodio depresivo sin antecedentes de episodios previos, mientras que el trastorno depresivo recurrente se caracteriza por al menos dos episodios depresivos separados por varios meses sin perturbación significativa del estado de ánimo. El trastorno distímico se caracteriza por un estado de ánimo depresivo persistente que dura al menos dos años. Estos trastornos se deben diferenciar de los trastornos bipolares y otros trastornos relacionados.¹⁹

7. Tratamiento

El objetivo principal del tratamiento es lograr la remisión, el control de los síntomas y la recuperación de la funcionalidad. APA (Asociación Americana de Psicología, 2019) y NICE (Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Cuidado, 2022) son dos organizaciones importantes que han elaborado guías para el tratamiento de la depresión en adultos.^{17,35}

La guía APA (2019) recomienda un enfoque integral para el tratamiento de la depresión, que incluya terapia psicológica, medicación y terapias complementarias, según sea necesario. Las terapias psicológicas recomendadas

incluyen la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia interpersonal (IPT), terapia psicodinámica y terapia centrada en la solución. La guía también incluye la estimulación magnética transcraneal (TMS) y la estimulación eléctrica transcraneal (ECT) como opciones de tratamiento efectivas en casos graves de depresión que no responden a otros tratamientos, y la medicación recomendada son los antidepresivos.³⁵

La guía NICE (2022) recomienda un enfoque integral para el tratamiento de la depresión en adultos, que incluya terapia psicológica, medicación y tratamientos complementarios. La terapia psicológica recomendada incluye terapia cognitivo-conductual, terapia interpersonal y terapia de solución de problemas. La medicación recomendada incluye antidepresivos, que deben ser prescritos y supervisados por un profesional de la salud. Los tratamientos complementarios incluyen ejercicio regular y terapia de luz. La guía incluye una lista de tratamientos recomendados para depresión leve y grave, y destaca la importancia de tener en cuenta la igualdad de acceso, provisión, resultados y experiencia.¹⁷

Ambas guías destacan la importancia de una evaluación exhaustiva del paciente y de un enfoque personalizado para el tratamiento, teniendo en cuenta factores como la gravedad de los síntomas, la presencia de condiciones médicas coexistentes y las preferencias personales del paciente.^{17,35}

7.1 Tratamiento Farmacológico

La guía APA (American Psychological Association) de 2019 y la Guía NICE (National Institute for Health and Care Excellence) de 2022 recomiendan el tratamiento farmacológico de la depresión como una opción eficaz para tratar la depresión en adultos con depresión moderada a grave. Ambas guías se basan en evidencia científica y recomiendan el uso de medicamentos antidepresivos como primera línea de tratamiento para la mayoría de los pacientes con depresión.^{17,35}

La guía APA recomienda el uso de antidepresivos seleccionados, como la fluoxetina o la sertralina, como primera opción de tratamiento. También indica que, en algunos casos, la combinación de antidepresivos y terapia puede ser más

efectiva que cualquiera de los dos tratamientos por separado. Algunos de los antidepresivos mencionados en la guía incluyen inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), antidepresivos tricíclicos (TCA) y antidepresivos atípicos.³⁵ La guía NICE recomienda la consideración de antidepresivos seleccionados, como la fluoxetina, la sertralina y la venlafaxina, para el tratamiento de la depresión. También se recomienda la monitorización de las reacciones adversas y la evaluación regular del tratamiento. Además, indica que, en algunos casos, la combinación de antidepresivos y terapia puede ser más efectiva que cualquiera de los dos tratamientos por separado.¹⁷

En conclusión, ambas guías recomiendan el uso de antidepresivos seleccionados como tratamiento primario para la mayoría de los pacientes con depresión, y destacan la importancia de una evaluación cuidadosa y un monitoreo regular durante el tratamiento.^{17,35}

7.2 Tratamiento psicológico

La guía APA destaca la eficacia de varios tipos de terapia psicológica para tratar la depresión.³⁵ Algunas intervenciones psicológicas son:

- **Terapia cognitivo-conductual (TCC):** Se basa en la idea de que los pensamientos, emociones y comportamientos están interrelacionados. Ayuda a los pacientes a identificar y cambiar patrones de pensamiento y comportamiento negativos. La TCC es un tratamiento efectivo y ampliamente utilizado para la depresión.
- **Terapia interpersonal (TIP):** Se centra en mejorar las habilidades sociales y las relaciones interpersonales del paciente. La terapia puede incluir trabajo sobre la mejora de habilidades sociales y de comunicación, así como también resolución de conflictos y mejora en las relaciones.
- **Terapia de tercera generación:** Es un enfoque más amplio que combina elementos de la TCC y otras terapias psicológicas. La terapia puede incluir técnicas de mindfulness y de aceptación para ayudar a las personas a manejar sus emociones y pensamientos de manera más efectiva.

- Terapia psicodinámica breve: Se basa en la teoría de que los problemas emocionales están relacionados con experiencias y conflictos inconscientes. La terapia busca ayudar a las personas a comprender y resolver estos conflictos para mejorar su bienestar emocional.
- Terapia de apoyo: Brinda a los pacientes un espacio seguro para hablar sobre sus pensamientos y sentimientos y para recibir apoyo y comprensión.

La guía NICE recomienda las siguientes terapias psicológicas para tratar la depresión: Terapia cognitivo-conductual (TCC), Terapia de Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT), Terapia interpersonal (IPT), Terapia psicodinámica breve y Terapia de apoyo. Cada una de ellas se enfoca en diferentes aspectos de la depresión y se adapta a las necesidades individuales de cada paciente. Además, señala que la TCC es una forma eficaz de tratar la depresión y puede ser utilizada sola o en combinación con tratamiento farmacológico.¹⁷

Ambas guías advierten la importancia de un enfoque personalizado y basado en la evidencia para tratar la depresión, y destacan que la terapia psicológica y el tratamiento farmacológico pueden ser más efectivos cuando se utilizan juntos.^{17,35}

En el estudio de Tanguay et al., se buscó identificar predictores de respuesta a tratamientos psicológicos a nivel individual para el trastorno depresivo mayor. Se realizaron búsquedas en bases de datos para encontrar revisiones sistemáticas y se identificaron 3113 resúmenes, de los cuales se evaluaron 300 artículos. Se identificaron 74 predictores para varios tratamientos psicológicos, principalmente terapia cognitivo-conductual, terapia interpersonal y terapia cognitiva basada en la atención plena. Estos predictores podrían ayudar en la elección de terapias psicológicas para pacientes con trastorno depresivo mayor y también podrían ser utilizados en modelos de aprendizaje automático. Sin embargo, se menciona que la escasez de estudios y las diferencias metodológicas limitan la fuerza de los predictores identificados.³⁶

Karyotaki et al. en este estudio el objetivo fue proporcionar estimaciones de la eficacia de la terapia cognitivo conductual basada en internet (iCBT) guiada y no

guiada para la depresión, utilizando información a nivel del paciente. Se realizaron búsquedas en diferentes bases de datos para identificar ensayos clínicos aleatorios (ECA). Se llevó a cabo un estudio que incluyó 42 ensayos clínicos aleatorios (ECA) para evaluar la eficacia de la iCBT guiada y no guiada en pacientes con depresión. Se encontró que tanto la iCBT guiada como la no guiada se asociaron con una mejoría en los síntomas de depresión en comparación con los tratamientos de control. Además, se encontró que la iCBT guiada tuvo una mayor eficacia que la no guiada, especialmente en pacientes con depresión moderada a grave. La selección personalizada del tratamiento resultó ser importante para asegurar la mejor asignación de recursos para el tratamiento de la depresión.³⁷

7.3 Tratamiento físico:

La guía NICE también recomienda ciertos tratamientos físicos para la depresión.¹⁷ Aquí hay una descripción de cada uno:

- **Ejercicio:** Se ha demostrado que el ejercicio regular puede ser efectivo para mejorar los síntomas de la depresión. Se recomienda hacer ejercicio de moderado a vigoroso durante al menos 30 minutos, al menos tres veces por semana.
- **Luz artificial:** La exposición a la luz artificial puede ser útil para tratar la depresión en personas que experimentan trastornos afectivos estacionales o depresión invernal. La terapia con luz artificial implica sentarse cerca de un dispositivo que emite luz brillante durante un período determinado de tiempo cada día.
- **Terapia Electroconvulsiva (ECT):** La ECT es un tratamiento que involucra la aplicación de corriente eléctrica controlada a la cabeza para producir una convulsión. Se utiliza en casos graves de depresión que no han respondido a otros tratamientos, como la medicación o la terapia psicológica.

La guía APA no incluye una sección específica sobre terapias físicas para la depresión, pero menciona que el ejercicio regular y la terapia con luz artificial

pueden ser útiles como complementos a otras terapias, como la terapia psicológica o la medicación, en el tratamiento de la depresión.³⁵

Es importante señalar que estas terapias físicas deben ser consideradas como complementos a otros tratamientos y que es necesario trabajar con un profesional de salud mental para determinar el tratamiento más adecuado para las necesidades individuales de cada persona.^{17,35}

7.4 Tratamiento combinado

La guía NICE específicamente recomienda la combinación de terapia psicológica y medicación como tratamiento de primera línea para la mayoría de las personas con depresión. También menciona que, en casos graves de depresión, puede ser necesaria la combinación de terapia psicológica, medicación y terapias físicas, como la terapia electroconvulsiva (ECT).¹⁷

La guía APA también reconoce la eficacia de la terapia combinada y sugiere que el tratamiento se personalice para cada persona en función de sus necesidades y preferencias.³⁵

En resumen, ambas guías reconocen la importancia de la terapia combinada en el tratamiento de la depresión y sugieren trabajar con un profesional de la salud mental para determinar el tratamiento más adecuado para las necesidades individuales de cada persona.^{17,35}

7.5 Adherencia al tratamiento en depresión

González de León et al. el objetivo del estudio fue revisar y analizar los estudios existentes sobre métodos para aumentar la adherencia al medicamento antidepressivo en adultos con trastornos depresivos. Se seleccionaron 46 estudios (publicados en 51 artículos) que fueron publicados entre 1976 y 2021, principalmente en forma de ensayos controlados aleatorios. Los resultados mostraron que las intervenciones tenían un efecto positivo en la adherencia al medicamento a los 6 meses después de la intervención en comparación con el tratamiento habitual, pero este efecto se disminuyó a los 12 meses después de la intervención. El Modelo de Atención Colaborativa (CCM) mostró un aumento

significativo en la adherencia en comparación con el grupo de control, pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para otras formas específicas de intervención. Los hallazgos respaldan la noción de que las intervenciones para mejorar la adherencia a la medicación son efectivas para mejorar los resultados de adherencia en pacientes con trastornos depresivos, pero el efecto disminuye con el tiempo.³⁸

González de León et al. en su estudio tiene como objetivo examinar las experiencias y expectativas de pacientes con trastornos depresivos en relación a la enfermedad y los antidepresivos, así como también analizar los obstáculos y elementos positivos que pueden influir en su adherencia al tratamiento. Se llevó a cabo un estudio cualitativo exploratorio con grupos focales de pacientes y cuidadores y entrevistas con psiquiatras. Los resultados encontrados mostraron que las creencias negativas sobre los efectos secundarios de los medicamentos y el estigma asociado a los antidepresivos, se presentaron como barreras para la adherencia al tratamiento. Por otro lado, la colaboración de los familiares y la motivación del paciente para participar activamente en su proceso de recuperación, se destacaron como factores facilitadores. El estudio sugiere la importancia de brindar información precisa para disminuir las creencias negativas y la necesidad de llevar a cabo un seguimiento continuo para ayudar a los pacientes a cumplir con su tratamiento.³⁹

McClintock et al. en su estudio se enfoca en la adherencia a los antidepresivos (AD) entre los pacientes hispanos que buscan servicios de salud mental en una clínica comunitaria de atención primaria en Texas. Se recopilaron datos sobre la adherencia a los AD durante un período de dos años (febrero de 2016 a febrero de 2018). La adherencia se midió con un cuestionario validado de dos ítems y se comparó entre varias características demográficas. Sesenta y nueve pacientes fueron incluidos en el estudio, y la adherencia se midió en dos momentos clave: 4 y 13 semanas después del inicio del tratamiento. Los resultados mostraron que la falta de adherencia a los AD fue del 49,3% a las 4 semanas y del 57% a las 13 semanas después del inicio del tratamiento. La edad resultó ser el único predictor significativo de la falta de adherencia a la terapia de AD, con una mayor

probabilidad de cumplimiento a medida que aumentaba la edad. Se concluye que es esencial realizar más investigaciones para comprender mejor la adherencia a la terapia de AD en los pacientes hispanos y para abordar los problemas de la falta de adherencia a través de la atención médica integrada.⁴⁰

Simón et al. llevó a cabo un estudio para investigar si la falta de adherencia a la medicación antidepresiva por parte de los pacientes refleja la calidad de la atención médica. Se analizaron registros electrónicos de salud y datos de seguros de cinco sistemas de salud en diferentes estados para identificar 150 318 adultos que comenzaron un nuevo tratamiento antidepresivo. Los resultados indican que la probabilidad de adherencia temprana a la medicación antidepresiva es del 82% para psiquiatras y del 74% para médicos de atención primaria. Sin embargo, la tasa de adherencia varía entre los médicos individuales, con una tasa ajustada de adherencia temprana que varía del 74% al 79% para psiquiatras y del 66% al 71% para médicos de atención primaria. En conclusión, se encontró que la adherencia temprana a la medicación antidepresiva varía poco entre los médicos que la recetan, por lo que no es un indicador adecuado del desempeño del médico. En lugar de enfocarse en el desempeño individual de los médicos, se debe enfocar en intervenciones a nivel del sistema para mejorar la adherencia.⁴¹

Depresión y Covid-19

Lu et al. en el estudio tuvo como objetivo evaluar el estado psicológico de personal médico y administrativo durante la pandemia de COVID-19 en el Hospital Provincial de Fujian. El estudio incluyó a 2 042 miembros del personal médico y 257 miembros del personal administrativo. Se llevó a cabo una encuesta transversal a través de cuestionarios en línea para medir el miedo, ansiedad y depresión. El análisis estadístico se llevó a cabo utilizando el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Los resultados mostraron que el personal médico tenía una mayor proporción de miedo moderado y severo que el personal administrativo, y una mayor proporción de ansiedad leve a moderada. No hubo diferencias significativas en la gravedad de la depresión entre los dos grupos. Los factores que contribuyeron a la presión psicológica incluyeron el trabajo en la sala de aislamiento, la preocupación por infectarse, la escasez de

equipo de protección, la creencia de que la epidemia nunca sería controlada, frustración con resultados insatisfactorios en el trabajo y sentirse solo al estar aislado de los seres queridos.⁴²

Santomauro et al. en el estudio tiene como objetivo cuantificar el impacto de la pandemia de COVID-19 en la prevalencia y la carga del trastorno depresivo mayor y los trastornos de ansiedad a nivel mundial en 2020. El estudio realizó una revisión sistemática de los datos publicados entre enero de 2020 y enero de 2021, y utilizó metarregresión para estimar el cambio en la prevalencia de los trastornos antes y durante la pandemia. Los resultados mostraron que la pandemia se asoció con una mayor prevalencia de trastornos depresivos y de ansiedad, y que las mujeres se vieron más afectadas que los hombres. El estudio concluye que es importante tener información actualizada sobre los impactos del COVID-19 en la salud mental para informar las respuestas del sistema de salud.⁴³

Falade et al. en el estudio tuvo como objetivo evaluar el impacto psicológico del bloqueo de COVID-19 en los trabajadores esenciales en el estado de Ekiti, Nigeria, es un estudio transversal descriptivo. Los participantes del estudio fueron trabajadores esenciales que trabajaron durante el bloqueo 588 en total. Los datos se recopilaron a través de cuestionarios en línea enviados a los participantes a través de WhatsApp. Los factores asociados con los síntomas depresivos entre los encuestados incluyeron tener 35 años o menos, insatisfacción con las políticas gubernamentales y ser cristiano. El estudio se llevó a cabo de marzo a julio de 2020. El resultado del estudio encontró altos niveles de ansiedad y síntomas depresivos (93,4% y 64,3%) respectivamente entre los trabajadores esenciales. El estudio destaca la importancia de implementar medidas para mitigar los efectos psicológicos del confinamiento en los trabajadores esenciales.⁴⁴

2.3 Definiciones conceptuales

2.3.1 Depresión:

La depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una tristeza persistente, pérdida de interés o placer en actividades cotidianas, y una variedad de síntomas físicos y cognitivos. Los síntomas comunes de la depresión incluyen:

alteraciones del sueño, alteraciones del apetito, cansancio, dificultad para concentrarse, sentimientos de culpa o inutilidad, y pensamientos recurrentes sobre la muerte o el suicidio. La depresión es un trastorno común y grave que puede afectar a personas de todas las edades, y puede tener un impacto significativo en la calidad de vida. Es tratable con terapia psicológica y/o medicación.

2.3.2 No adherencia: al tratamiento en depresión

La no adherencia al tratamiento se refiere a la falta de cumplimiento por parte del paciente de las recomendaciones de tratamiento establecidas por un profesional de la salud. La no adherencia puede incluir no tomar medicamentos según lo recetado, no seguir las recomendaciones de seguimiento o no asistir a las citas médicas programadas. La no adherencia al tratamiento puede tener un impacto negativo en la efectividad del tratamiento y en la salud del paciente. Puede ser causada por una variedad de factores, como la falta de comprensión de la enfermedad o el tratamiento, la falta de acceso a los recursos necesarios, problemas económicos, y los efectos secundarios del tratamiento. Puede ser abordada mediante la comunicación eficaz entre el paciente y el profesional de la salud, y mediante la educación y el apoyo del paciente.

2.3.4 Factores asociados a la depresión:

Los factores asociados son aquellos factores que están relacionados o vinculados con un determinado evento o condición. Pueden ser factores de riesgo o protectores, es decir, pueden aumentar o disminuir la probabilidad de que se desarrolle una determinada enfermedad o trastorno. Por ejemplo, los factores asociados con el desarrollo de un trastorno depresivo pueden incluir factores biológicos, como una predisposición genética, factores psicológicos, como el estrés crónico, y factores sociales, como la falta de apoyo social. Identificar y comprender los factores asociados con una condición o evento puede ayudar a desarrollar estrategias de prevención o intervención efectivas.

2.3.5 Pacientes:

Un paciente es una persona que busca o recibe atención médica o tratamiento por una enfermedad o trastorno. El término se utiliza comúnmente en el contexto de la salud, y se refiere a un individuo que se presenta a un profesional de la salud para recibir atención médica, ya sea para una condición aguda o crónica.

2.4 Hipótesis

2.4.1 Hipótesis general

- Existen factores asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con depresión en el servicio de psiquiatría del Hospital San José Del Callao durante los años 2020-2021.

2.4.2 Hipótesis específico

- Los pacientes con depresión que no adhieren al tratamiento tienen una mayor frecuencia de depresión que aquellos que sí lo hacen.
- La combinación de factores demográficos, incluyendo edad, género y nivel de educación, tiene un efecto significativo en la no adherencia al tratamiento en pacientes con depresión.
- No existe una relación significativa entre el nivel de depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes con depresión.
- Los factores sociales, económicos y psicológicos tienen un impacto en la percepción de los pacientes sobre el tratamiento y su relación con la no adherencia al mismo.
- Se espera que los pacientes con una percepción positiva del tratamiento tengan una mayor adherencia al mismo.

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

Este estudio será un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, analítico, transversal y de enfoque cuantitativo de los pacientes con depresión en el Servicio de Psiquiatría del Hospital San José-Callao durante los años 2020-2021.

3.2 Diseño de investigación

Es un estudio descriptivo porque su objetivo es identificar los factores asociados con la no adherencia al tratamiento en pacientes con depresión, que se describirán mediante la aplicación de diferentes técnicas estadísticas. Es un estudio observacional, donde se busca identificar estos factores sin manipular o intervenir en los resultados. Es un estudio retrospectivo, ya que su diseño consiste en revisar y analizar los datos obtenidos de pacientes que han recibido tratamiento para la depresión en el Servicio de Psiquiatría del Hospital San José-Callao durante los años 2020-2021, con el fin de identificar los factores asociados con la no adherencia al tratamiento. Es un estudio transversal, ya que se lleva a cabo un análisis en un momento específico y se recopilan datos sobre las variables de interés en una muestra representativa de pacientes con depresión que han recibido tratamiento en dicho servicio. Finalmente, es un estudio cuantitativo, ya que se enfoca en medir y analizar datos numéricos y estadísticos para describir las características de la población estudiada y los factores relacionados con la no adherencia al tratamiento en pacientes con depresión.

- Según intervención del investigador: observacional
- Según grupo analizado: descriptivo.
- Según la perspectiva es un estudio cuantitativo.
- Por el momento de obtención de datos: retrospectivo
- Por la direccionalidad: Transversal.

3.3 Población y muestra

3.3.1 Población:

La población de este estudio serán los pacientes con diagnóstico de depresión que recibieron tratamiento en el Servicio de Psiquiatría del Hospital San José-Callao durante los años 2020-2021.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con edad comprendida entre 18 y 65 años.
- Pacientes diagnosticados con depresión por un profesional de la salud.
- Pacientes que han recibido tratamiento en el Servicio de Psiquiatría del Hospital San José-Callao durante los años 2020-2021.
- Pacientes que han cumplido con al menos una consulta de seguimiento después del inicio del tratamiento.
- Pacientes que han dado su consentimiento informado para participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con CI menor a 70.
- Gestantes
- Pacientes con antecedentes de otras enfermedades psiquiátricas (ansiedad, esquizofrenia, entre otros).
- Pacientes que no han sido diagnosticados con depresión.
- Pacientes que no recibieron tratamiento en el Servicio de Psiquiatría del Hospital San José-Callao durante los años 2020-2021.
- Pacientes que no han cumplido con al menos una consulta de seguimiento después del inicio del tratamiento.
- Pacientes que han sido tratados por una condición médica subyacente en el mismo período de tiempo en que han recibido tratamiento antidepresivo.

3.3.2 Tamaño de la muestra

La muestra de este estudio lo conforma el total de pacientes con diagnóstico de depresión que cumplieron con criterios de inclusión y exclusión durante los años 2020-2021.

3.3.3 Selección de la muestra

Se utilizará una muestra probabilística o aleatoria simple. Esto significa que seleccionará pacientes al azar de una lista de pacientes que recibieron tratamiento para la depresión en el Servicio de Psiquiatría del Hospital San José-Callao durante los años 2020-2021.

3.4 Operacionalización de variables (ver anexo 01)

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para evaluar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento de pacientes con depresión, utilizaremos una lista de verificación, conocida como "Checklist", que se utiliza para evaluar si se cumplen ciertos criterios. Los pacientes responden a las preguntas o afirmaciones marcando si son verdaderas o falsas (ver anexo 03).

3.6 Procesamiento y plan de análisis de datos

Luego de juntar los datos de las historias médicas y la lista de verificación, se copian en Microsoft Excel 365 versión 2016 en hojas de cálculo. Se analizarán estos datos con el programa estadístico SPSS versión 25 y se encuentran los valores de frecuencia de todas las variables investigadas para elaborar tablas y gráficos relacionados con los objetivos planteados.

3.7 Aspectos éticos

La investigación contará con la aprobación de la Dirección del Hospital San José del Callao y la autora se compromete a mantener la confidencialidad y proporcionar un informe de resultados al final del estudio. Se obtendrá el permiso explícito y escrito de los pacientes antes de comenzar la investigación. Los datos recopilados serán confidenciales y protegidos adecuadamente y no causarán daño o sufrimiento a los pacientes. Los datos recogidos de las historias clínicas y de la lista de verificación del estudio actual son anónimos y no se revelará información personal de los participantes para evitar cualquier tipo de violación a su derecho a la privacidad.

IV. RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1 Recursos

Para el desarrollo de la investigación, se contarán con los siguientes recursos.

4.1.1. Humanos

- Personal responsable de la investigación (1)
- Personal de apoyo para la toma de encuestas (1)
- Personal para el tratamiento de datos (1)
- Personal de apoyo administrativo (1)

4.1.2. Físicos

- Material de escritorio.
- Computadora portátil.
- Sistema operativo Windows 10.
- Paquete office 2016 para Windows.

4.1.3. Recursos Financieros

- Recursos de la propia autora.

4.2 Cronograma

N°	ETAPAS	2022												2023		
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	
1	Elaboración del proyecto	x	x													
2	Aprobación del proyecto		x	x												
3	Reajustes al proyecto			x	x											
4	Permisos administrativos/				x	x										
5	Coordinaciones					x	x									
6	Aprobación institucional							x	x							
7	Selección de la población y recolección de datos									x	x					
8	Análisis de datos										x	x				
9	Elaboración del informe								x	x	x	x				
10	Reajuste del informe											x	x			
11	Elaboración del informe final												x	x		
12	Impresión, empaste y remisión del trabajo de investigación															x

4.3 Presupuesto

Concepto		Cantidad	Precio unitario	Total S/
Bienes	Materiales de escritorio(Lapiceros, resaltador, corrector, perforador, engrapador, folders, espiralado, etc.).	10	5	50
	Impresión y copias de hojas de datos	100	0.5	50
	Impresión y encuadernación de copias de la investigación	5	70	350
Servicios	Personal de recolección de datos	1	200	200
	Personal para procesamiento de datos	1	100	100
	Personal de apoyo	1	100	100
	Internet y telefonía	2	100	200
	Transporte(recolección de datos, etc.)	10	40	400
Total S/				1450

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Depresión. [Internet]. [citado el 7 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Sabaté E, Sabaté E, editors. Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization; 2003
3. Stentzel U, van den Berg N, Schulze LN, Schwaneberg T, Radicke F, Langosch JM, Freyberger HJ, Hoffmann W, Grabe HJ. Predictors of medication adherence among patients with severe psychiatric disorders: findings from the baseline assessment of a randomized controlled trial (Tecla). BMC psychiatry. 2018 Dec;18(1):1-8.
4. Saldaña AT, Sánchez YO, Suárez HM, Corrales YN, Ballester DP. Factors associated with adherence to treatment in patients with depression. Multimed. 2019;23(1):1-0.
5. Semahegn A, Torpey K, Manu A, Assefa N, Tesfaye G, Ankomah A. Psychotropic medication non-adherence and its associated factors among patients with major psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. Systematic reviews. 2020 Dec;9(1):1-8.
6. De la Cruz Varo V, de Paz AM, Vendrell EI, Valverde JD, Florensa RM, Sancho JB, Lázaro AG. Adherencia al tratamiento en usuarios de hospitalización domiciliaria de salud mental (HDOM). Revista de enfermería y salud mental. 2020(16):6-16.
7. Marasine NR, Sankhi S. Factors associated with antidepressant medication non-adherence. Turkish journal of pharmaceutical sciences. 2021 Apr;18(2):242.

8. Solmi M, Miola A, Croatto G, Pigato G, Favaro A, Fornaro M, Berk M, Smith L, Quevedo J, Maes M, Correll CU. How can we improve antidepressant adherence in the management of depression? A targeted review and 10 clinical recommendations. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2020 Jun 1; 43:189-202.
9. Velásquez MJ, Carrión IP. Adherencia al Tratamiento Psicofarmacológico de los Pacientes con Trastornos Mentales Graves y Persistentes: Revisión Sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2022 Mar 2.
10. Sirey JA, Woods A, Solomonov N, Evans L, Banerjee S, Zanotti P, Alexopoulos G, Kales HC. Treatment adequacy and adherence as predictors of depression response in primary care. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2020 Nov 1;28(11):1164-71.
11. Jonis-Jiménez M, Guzman-Reinoso RS, Llanos-Tejada FK. Síntomas depresivos, riesgo de abandono y mala adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis sensible en un centro de salud de Lima, 2016-2020. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 2021 Oct;84(4):297-303.
12. Bastida-Reyes M, Pérez-Jaimes AK, Estrada-Reyes CU. Depresión relacionada a la adherencia al tratamiento nutricional en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Revista Metropolitana de Ciencias Aplicadas*. 2023 Jan 9;6(1):178-83.
13. Accinelli RA, Arias KB, Leon-Abarca JA, López LM, Saavedra JE. Frecuencia de depresión y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus en establecimientos de salud pública de Lima Metropolitana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2021 Oct 1;50(4):243-51.
14. Darihana Rodas Viera CV, Vargas Caycho MC. Depresión y adherencia al tratamiento en adultos mayores con enfermedades crónicas. Universidad Ricardo Palma; 2019.

15. Benavides P. La depresión, evolución del concepto desde la melancolía hasta la depresión como enfermedad física. *revistapuce*. 2017 Oct 30.
16. Kendler KS. The origin of our modern concept of depression—The history of melancholia from 1780-1880: A review. *JAMA psychiatry*. 2020 Aug 1;77(8):863-8.
17. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: recognition and management. NICE Clinical Guideline CG90. London, UK: NICE; 2022 Jun 29. Available from: www.nice.org.uk/guidance/ng222.
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed., Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2022. Depressive Disorders, p. 177-215.
19. Organización Mundial de la Salud (OMS). CIE-11 - Clasificación Internacional de Enfermedades 11ª Revisión. Trastornos Depresivos. [Internet]. [citado el 11 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fclid%2fentity%2f334423054>.
20. Hao Y, Ge H, Sun M, Gao Y. Selecting an appropriate animal model of depression. *International journal of molecular sciences*. 2019 Sep 28;20(19):4827.
21. Song J, Kim YK. Animal models for the study of depressive disorder. *CNS Neuroscience & Therapeutics*. 2021 Jun;27(6):633-42.
22. Ruiz P, Calliari A, Pautassi RM. Reserpine-induced depression is associated in female, but not in male, adolescent rats with heightened, fluoxetine-sensitive, ethanol consumption. *Behavioural brain research*. 2018 Aug 1; 348:160-70.
23. Park BK, Kim YR, Kim YH, Yang C, Seo CS, Jung IC, Jang IS, Kim SH, Lee MY. Antidepressant-like effects of gyejibokryeong-hwan in a mouse model of

- reserpine-induced depression. *BioMed research international*. 2018 Jun 26;2018.
24. Sousa FS, Birman PT, Baldinotti R, Fronza MG, Balaguez R, Alves D, Brüning CA, Savegnago L. α -(phenylselanyl) acetophenone mitigates reserpine-induced pain–depression dyad: Behavioral, biochemical and molecular docking evidences. *Brain Research Bulletin*. 2018 Sep 1; 142:129-37.
25. Yang SJ, Song ZJ, Wang XC, Zhang ZR, Wu SB, Zhu GQ. Curculigoside facilitates fear extinction and prevents depression-like behaviors in a mouse learned helplessness model through increasing hippocampal BDNF. *Acta Pharmacologica Sinica*. 2019 Oct;40(10):1269-78.
26. Villas Boas GR, Stefanello da Silveira AP, Feitosa Farinelli BC, Lima Cardoso CA, Arce E, Oesterreich SA. The ethanolic extract obtained from *Campomanesia pubescens* (DC) O. BERG fruits exerts anxiolytic and antidepressant effects on chronic mild stress model and on anxiety models in Wistar rats: Behavioral evidences. *Nutritional Neuroscience*. 2020 Jan 2;23(1):16-26.
27. Williams AV, Laman-Maharg A, Armstrong CV, Ramos-Maciel S, Minie VA, Trainor BC. Acute inhibition of kappa opioid receptors before stress blocks depression-like behaviors in California mice. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2018 Aug 30; 86:166-74.
28. Oliffe JL, Rossnagel E, Seidler ZE, Kealy D, Ogrodniczuk JS, Rice SM. Men's depression and suicide. *Current psychiatry reports*. 2019 Oct; 21:1-6.
29. Lima-Ojeda JM, Rupprecht R, Baghai TC. Neurobiology of depression: A neurodevelopmental approach. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2018 Jul 4;19(5):349-59.

30. Zeng D, He S, Ma C, Wen Y, Xie Y, Zhao N, Sun X, Wang D, Shen Y, Yu Y, Li H. Co-expression network analysis revealed that the ATP5G1 gene is associated with major depressive disorder. *Frontiers in genetics*. 2019 Aug 2; 10:703.
31. Hacimusalar Y, Eşel E. Suggested biomarkers for major depressive disorder. *Archives of Neuropsychiatry*. 2018 Sep;55(3):280.
32. Kennis M, Gerritsen L, van Dalen M, Williams A, Cuijpers P, Bockting C. Prospective biomarkers of major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Molecular psychiatry*. 2020 Feb;25(2):321-38.
33. Hernández-Vásquez A, Vargas-Fernández R, Bendezu-Quispe G, Grendas LN. Depression in the Peruvian population and its associated factors: analysis of a national health survey. *Journal of Affective Disorders*. 2020 Aug 1; 273:291-7.
34. Buckman JE, Saunders R, Stott J, Cohen ZD, Arundell LL, Eley TC, Hollon SD, Kendrick T, Ambler G, Watkins E, Gilbody S. Socioeconomic indicators of treatment prognosis for adults with depression: A systematic review and individual patient data meta-analysis. *JAMA psychiatry*. 2022 Mar 9.
35. American Psychological Association. (2019). Guideline recommendations for the treatment of depression in children and adolescents, adults, and older adults. [Guía de Recomendaciones para el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes, adultos y adultos mayores]. *Journal of Clinical Psychology*, 75(9), 1141-1159. [Internet]. [citado el 7 de septiembre de 2022]. Disponible en: [Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts \(apa.org\)](https://www.apa.org/clinical-practice-guidelines/depression)
36. Tanguay-Sela M, Rollins C, Perez T, Qiang V, Golden G, Tunteng JF, Perlman K, Simard J, Benrimoh D, Margolese HC. A systematic meta-review of patient-

level predictors of psychological therapy outcome in major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2022 Aug 24.

37. Karyotaki E, Efthimiou O, Miguel C, genannt BERPohl FM, Furukawa TA, Cuijpers P, Riper H, Patel V, Mira A, Gemmil AW, Yeung AS. Internet-based cognitive behavioral therapy for depression: a systematic review and individual patient data network meta-analysis. *JAMA psychiatry*. 2021 Apr 1;78(4):361-71.
38. González de León B, del Pino-Sedeño T, Serrano-Pérez P, Rodríguez Álvarez C, Bejarano-Quisoboni D, Trujillo-Martín MM. Effectiveness of interventions to improve medication adherence in adults with depressive disorders: a meta-analysis. *BMC psychiatry*. 2022 Dec;22(1):1-21.
39. González de León B, Abt-Sacks A, Acosta Ariles FJ, del Pino-Sedeño T, Ramos-García V, Rodríguez Álvarez C, Bejarano-Quisoboni D, Trujillo-Martín MM. Barriers and Facilitating Factors of Adherence to Antidepressant Treatments: An Exploratory Qualitative Study with Patients and Psychiatrists. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022 Jan;19(24):16788.
40. McClintock HF, BeKampis AN, Hartmann E, Bogner HR. Adherence to antidepressants in underserved communities: a comparison of electronic monitoring and self-report measures. *Community mental health journal*. 2020 May; 56:727-34.
41. Simon GE, Johnson E, Stewart C, Rossom RC, Beck A, Coleman KJ, Waitzfelder B, Penfold R, Operskalski BH, Shortreed SM. Does Patient Adherence To Antidepressant Medication Actually Vary Between Physicians?. *The Journal of clinical psychiatry*. 2018 May;79(3).

42. Lu W, Wang H, Lin Y, Li L. Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry research*. 2020 Jun 1; 288:112936.
43. Santomauro DF, Herrera AM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, Abbafati C, Adolph C, Amlag JO, Aravkin AY, Bang-Jensen BL. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*. 2021 Nov 6;398(10312):1700-12.
44. Falade J, Oyebanji AH, Oshatimi AM, Babatola AO, Orekoya A, Eegunranti BA, Falade OO. The prevalence and correlates of anxiety and depression amongst essential workers during the COVID-19 lockdown in Ekiti State, Nigeria. *South African Journal of Psychiatry*. 2022 Feb 24; 28:1610.

VI. ANEXOS

ANEXO N°01: Operacionalización de variables

VARIABLES		DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE RELACION Y NATURALEZA	CATEGORÍA O UNIDAD
Depresión		Trastorno mental donde subyacen trastornos estructurales y funcionales en la neurona que conlleva a la disminución del estado de ánimo, alteraciones cognitivas y de la actividad.	Trastorno mental mayor de 2 semanas en el que se presenta alteraciones del ánimo, energía, actividad, sueño, peso, estima personal, e ideas tanaticas.	Nominal	Independiente cualitativa	Si/No
Factores asociados a la adherencia al tratamiento	Edad	Edad del paciente en el momento en que respondió al cuestionario.	Edad señalado por el participante en su respuesta al cuestionario.	Razón discreta	Independiente cuantitativa	Años cumplidos
	Sexo	Género orgánico	Género indicado en la historia clínica.	Nominal Dicotómica	Independiente cualitativa	Femenino Masculino
	Grado de instrucción	Grado de educación formal completado.	Nivel de educación registrado en el cuestionario.	Ordinal Politómica	Independiente Cualitativa	Primaria, secundaria, superior técnico, superior universitario.
	Estado civil	Estado civil del paciente en el momento en que respondió al cuestionario.	Estado civil señalado por el participante en su respuesta al cuestionario.	Nominal Politómica	Independiente Cualitativa	Soltero, casado, divorciado, viudo.
	Economía	Ingreso económico del paciente en el momento en que respondió al cuestionario.	Ingreso económico señalado por el participante en su respuesta al cuestionario.	Nominal Politómica	Independiente Cualitativa	A(>=S/13,000), B(>=S/7,230), C(>=S/4,160), D(>=S/2,760) y E(S/1,977)
	Demográfico	Domicilio del paciente en el momento en que respondió al cuestionario.	Domicilio señalado por el participante en su respuesta al cuestionario.	Nominal Politómica	Independiente Cualitativa	Costa, sierra, selva
	Comorbilidades	Comorbilidades médicas en el momento en que respondió al cuestionario.	Comorbilidades medicas señalado por el participante en su respuesta al cuestionario.	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	Si/No

No adherencia al tratamiento en pacientes con depresión	Falta o incumplimiento por parte del paciente en seguir las recomendaciones o indicaciones del tratamiento recibido para su trastorno depresivo.	Consignado en la historia clínica	Nominal Dicotómica	dependiente cualitativa	Si/No

ANEXO N°02: Matriz de consistencia

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICA E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS
<p>¿Cuáles son los factores asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con depresión en el Servicio de Psiquiatría del Hospital San José del Callao durante los años 2020-2021?</p>	<p>Objetivo general</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con depresión en el Servicio de Psiquiatría del Hospital San José del Callao durante los años 2020-2021. <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar la frecuencia de la no adherencia al tratamiento en pacientes con depresión. <ul style="list-style-type: none"> Identificar los factores demográficos asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con depresión, incluyendo la edad, género y nivel de educación. Evaluar la relación entre el nivel de depresión y la no adherencia al tratamiento en pacientes con depresión. Investigar la influencia de los factores sociales, económicos y psicológicos en la no adherencia al tratamiento en pacientes con depresión. Describir la percepción de los pacientes sobre el tratamiento y su relación con la no adherencia al mismo. 	<p>Hipótesis general:</p> <p>Existen factores asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con depresión en el Servicio de Psiquiatría del Hospital San José Del Callao durante los años 2020-2021.</p> <p>Hipótesis específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los pacientes con depresión que no adhieren al tratamiento tienen una mayor frecuencia de depresión que aquellos que sí lo hacen. <ul style="list-style-type: none"> La combinación de factores demográficos, incluyendo edad, género y nivel de educación, tiene un efecto significativo en la no adherencia al tratamiento en pacientes con depresión. No existe una relación significativa entre el nivel de depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes con depresión. Los factores sociales, económicos y psicológicos tienen un impacto en la percepción de los pacientes sobre el tratamiento y su relación con la no adherencia al mismo. Se espera que los pacientes con una percepción positiva del tratamiento tengan una mayor adherencia al mismo. 	<p>Variable independiente</p> <ul style="list-style-type: none"> Depresión <ul style="list-style-type: none"> Edad Sexo Grado de instrucción Estado civil Economía Demográfico comorbilidades <p>Variable dependiente</p> <ul style="list-style-type: none"> No adherencia al tratamiento en pacientes con depresión 	<p>Descriptivo Observacional Retrospectivo analítico Transversal Cuantitativo</p>	<p>Población: La población de este estudio serán los pacientes con diagnóstico de depresión que recibieron tratamiento en el Servicio de Psiquiatría del Hospital San José-Callao durante los años 2020-2021.</p> <p>Muestra: La muestra de este estudio lo conforma el total de pacientes con diagnóstico de depresión que cumplieron con criterios de inclusión y exclusión durante los años 2020-2021.</p>	<p>Revisión de historias clínicas y utilización de una lista de verificación, conocida como "Checklist", el cual los pacientes responderán a las preguntas o afirmaciones marcando si son verdaderas o falsas.</p>	<p>Luego de juntar los datos de las historias médicas y la lista de verificación, se copian en Microsoft Excel 365 versión 2016 en hojas de cálculo. Se analizarán estos datos con el programa estadístico SPSS versión 25 y se encuentran los valores de frecuencia de todas las variables investigadas para elaborar tablas y gráficos relacionados con los objetivos planteados</p>

--	--	--	--	--	--	--	--

ANEXO N°03: Instrumentos de recolección de datos

Lista de verificación (Checklist)

Complete la siguiente información

1. ¿Cuál es su edad?
2. Sexo ¿Es hombre o mujer el paciente?
3. ¿Es soltero, casado, divorciado, viudo?
4. ¿Cuál es su nivel de educación primaria, secundaria, universitaria, etc.?
5. ¿Esta con trabajo, y cual es actualmente?
6. ¿Vive en costa, sierra o selva?
7. ¿Qué nivel económico considera que se encuentra A(\geq S/13,000), B(\geq S/7,230), C(\geq S/4,160), D(\geq S/2,760) y E(S/1,977) de acuerdo al perfil socioeconómico de lima metropolitana del 2020?

Depresión (Si/No)

8. ¿Se ha sentido triste, deprimido o sin esperanza en los últimos 14 días?
9. ¿Ha perdido interés o placer en actividades que antes disfrutaba en los últimos 14 días?
10. ¿Ha experimentado cambios en el apetito o en el peso (sin intentarlo) en los últimos 14 días?
11. ¿Ha experimentado cambios en el patrón de sueño (dificultad para dormir o dormir demasiado) en los últimos 14 días?
12. ¿Se siente cansado o sin energía en los últimos 14 días?
13. ¿Se siente inútil o con culpa en los últimos 14 días?
14. ¿Tiene dificultad para concentrarse o tomar decisiones en los últimos 14 días?
15. ¿Ha experimentado pensamientos recurrentes de muerte o suicidio en los últimos 14 días?
16. ¿Ha notado un cambio en su nivel de actividad (aumento o disminución) en los últimos 14 días?

8	SI	NO
9	SI	NO
10	SI	NO
11	SI	NO
12	SI	NO
13	SI	NO
14	SI	NO
15	SI	NO
16	SI	NO

Factores asociados a la no adherencia al tratamiento en depresión (Si/No)

Barreras sociales:(Si/No)

- 17. Falta de apoyo del entorno
- 18. Discriminación o estigma social

Barreras económicas: (Si/No)

- 19. Falta de acceso a los servicios de salud
- 20. Costos elevados del tratamiento
- 21. Falta de seguro médico

Barreras de accesibilidad: (Si/No)

- 22. Dificultad para llegar a las citas médicas
- 23. Inconvenientes en horarios de citas
- 24. Falta de recursos o transporte adecuado

Barreras psicológicas: (Si/No)

- 25. Dificultad para confiar en el tratamiento
- 26. Ansiedad o miedo a los efectos secundarios
- 27. Desmotivación o falta de interés en el tratamiento

Barreras relacionadas con la medicación: (Si/No)

- 28. Olvido de tomar la medicación
- 29. Dificultad para conseguir la medicación
- 30. Efectos secundarios incómodos

Barreras relacionadas con la atención médica: (Si/No)

- 31. Falta de comunicación clara con el proveedor de atención médica
- 32. Problemas de calidad en la atención médica
- 33. Falta de tiempo o dedicación del proveedor de atención médica

17	SI	NO
18	SI	NO
19	SI	NO
20	SI	NO
21	SI	NO
22	SI	NO
23	SI	NO
24	SI	NO
25	SI	NO
26	SI	NO
27	SI	NO
28	SI	NO
29	SI	NO
30	SI	NO
31	SI	NO
32	SI	NO
33	SI	NO

ANEXO N°04: Solicitud de permiso institucional

SOLICITO: AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Dra. N. Pamela Bravo Chirre
Directora de Investigación

Yo,, identificado con DNI N°....., AUTORA CORRESPONSAL y (mencione ocupación), (mencione profesión)de la universidad/hospital/otra institución(mencione), ante usted me presento y expongo:

Que, se presenta el proyecto de investigación ttitulado: "....."

En tal sentido, solicito aprobación y autorización para ejecución del proyecto de investigación. Así mismo me comprometo a cumplir con las buenas prácticas de investigación, las recomendaciones de los comités revisores y con el cronograma de supervisión de la ejecución según corresponda. Se adjunta:

- 01 cd conteniendo el proyecto de investigación
- 01 juego impreso según enfoque
- Copia de constancia de revisor metodológico o su equivalente
- Constancia de Aprobación ética
- Boucher de pago o copia de fotocheck/documento

Atentamente,
Callao, de..... Del 2023

Nombre:
Firma: _____
DNI N°: _____

ANEXO N°05: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

"Yo, identificado con el documento de identidad N°....., con residencia en manifiesto mi acuerdo para participar en este proyecto de investigación cuya finalidad es identificar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento de la depresión en el hospital San José del Callao mediante la aplicación de una lista de verificación brindado por la psiquiatra residente del tercer año, Nancy Pamela Bravo Chirre de la Universidad Ricardo Palma. La investigadora me ha explicado cómo completar el cuestionario para su evaluación, y yo lo he comprendido bien. Me han asegurado que la información que brindaré es verdadera y concuerda con mi situación actual, ya que a partir de ella se formularán propuestas y/o sugerencias. Además, se considerará confidencial esa información y solo se utilizará con fines académicos. He leído y comprendido por completo este documento, por lo que doy mi consentimiento y acepto su contenido y cualquier consecuencia que pueda resultar de ello."

.....

Firma del participante

Fecha

.....

Firma del investigador

Fecha

ANEXO N°06: consentimiento comité de ética



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N° 004-2016 SUNEDU/CD

Facultad de Medicina Humana

Manuel Huamán Guerrero

ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN

53 años

Lima, 27 de Enero 2023

Oficio Múltiple N° 002-2023-ERME

Estimados Médicos Residentes
Escuela de Residentado Médico y Especialización
Facultad de Medicina Humana
Universidad Ricardo Palma
Presente.-

Asunto: Carta de aprobación del Comité de Ética

Ref.: Correo electrónico de fecha 24 de enero del 2023

De mi mayor consideración

Es grato honor dirigirme a Usted para informarles que por error de personal administrativo se remitió el correo de fecha 24 de enero del 2023. Queda sin efecto el correo mencionado. Continúa vigente el Oficio electrónico N° 3143-2022-FMH-D.

Asimismo, se hace de su conocimiento que debe darse cumplimiento al Reglamento de la Ley N° 30453, Ley del Sistema Nacional de Residentado Médico (SINAREME), Artículo 46.- PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: "Los médicos residentes de especialidad, presentarán al inicio del primer semestre del segundo año, un proyecto de investigación de la especialidad, el que deberá ser evaluado y aprobado por la instancia correspondiente de la institución formadora universitaria de ser el caso, durante el segundo semestre del segundo año"

Alguna consulta dirigirse a la Escuela de Residentado Médico y Especialización de lunes a viernes de 8:00 a 14:00 horas; asimismo, a través del correo electrónico residentado.medico@urp.edu.pe; celular 985601683; teléfono 7080000 anexo 6066, 6012 y 6004,

Sin otro particular, es propicio la oportunidad para testimoniarle los sentimientos de mi especial deferencia y estima personal



Atentamente,


Dr. Filomeno Teodoro Jáuregui Francia
Director(e)
Escuela de Residentado Médico y Especialización

FTJF/cdl

C.c: - Defensoría Universitaria
- Decanato de la Facultad de Medicina Humana
- Aseoría Legal de Secretaría General - Srta. Angie Rivera

"Formamos seres humanos para una cultura de Paz"

Av. Benavides 5440 Santiago de Surco Lima - Perú Central: 7080000 Anexos: 6004 - 6012
E-mail: residentado.medico@urp.edu.pe / www.urp.edu.pe

ANEXO N°07: Reporte de Turnitin (Mínimo <25%, Ideal: <10%)



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Nancy Pamela Bravo Chirre
Título del ejercicio: Proyectos de investigación Residentado
Título de la entrega: Factores asociados a la no adherencia al tratamiento en dep...
Nombre del archivo: BRAVOCHIRREC.docx
Tamaño del archivo: 503.34K
Total páginas: 48
Total de palabras: 11,606
Total de caracteres: 66,245
Fecha de entrega: 26-abr.-2023 08:40a. m. (UTC-0500)
Identificador de la entre... 2076110931



Factores asociados a la no adherencia al tratamiento en depresión en el Servicio de Psiquiatría del Hospital San José-Callao, 2020-2021

INFORME DE ORIGINALIDAD

17 %	16 %	9 %	7 %
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	2 %
2	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	1 %
3	1library.co Fuente de Internet	1 %
4	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	1 %
5	www.researchgate.net Fuente de Internet	1 %
6	repositorio.upt.edu.pe Fuente de Internet	1 %
7	www.cambio16.com Fuente de Internet	1 %
8	Submitted to CONSORCI MAR PARC DE SALUT DE BARCELONA Trabajo del estudiante	<1 %

9	anambarrios.wordpress.com Fuente de Internet	<1 %
10	dspace.uib.es Fuente de Internet	<1 %
11	www.sefh.es Fuente de Internet	<1 %
12	academianacionaldemedicina.org Fuente de Internet	<1 %
13	repositorio.upsjb.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
14	remca.umet.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
15	vbook.pub Fuente de Internet	<1 %
16	www.nutricionhospitalaria.org Fuente de Internet	<1 %
17	produccioncientificaluz.org Fuente de Internet	<1 %
18	vdocuments.es Fuente de Internet	<1 %
19	www.well-connected.com Fuente de Internet	<1 %
20	observatorio.campus-virtual.org Fuente de Internet	<1 %

21	biblioteca.medicina.usac.edu.gt Fuente de Internet	<1 %
22	idoc.pub Fuente de Internet	<1 %
23	revistas.ucv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
24	worldwidescience.org Fuente de Internet	<1 %
25	revistanutricionclinicametabolismo.org Fuente de Internet	<1 %
26	Submitted to Universidad del Istmo de Panamá Trabajo del estudiante	<1 %
27	repositorio.iberopuebla.mx Fuente de Internet	<1 %
28	dspace.unl.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
29	Submitted to Consorcio CIXUG Trabajo del estudiante	<1 %
30	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
31	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	<1 %

32	repositorio.unid.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
33	Submitted to ucol Trabajo del estudiante	<1 %
34	www.funlam.edu.co Fuente de Internet	<1 %
35	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	<1 %
36	atodotrance.wordpress.com Fuente de Internet	<1 %
37	Submitted to consultoriadeserviciosformativos Trabajo del estudiante	<1 %
38	repositorio.uigv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
39	www.minsalud.gov.co Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 20 words

Excluir bibliografía

Activo