



Universidad Ricardo Palma

Facultad de Psicología

**DEPRESIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADULTOS MAYORES
CON ENFERMEDADES CRÓNICAS.**

**Para optar el Título Profesional de
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

Presentado por:

Bach. Claudia Veronika Darihana Rodas Viera

Bach. Myriam Carmen Vargas Caycho

Lima, 2019

DEDICATORIA

A Dios, por permitirnos la salud y el día a día para avanzar con nuestro proyecto.

A nuestros padres y hermanos, por apoyarnos en el transcurso de nuestra carrera, por ser nuestra guía y por la paciencia en todas y cada una de las etapas de este proceso.

A nuestra Profesora y asesora Liliana Pando, por la paciencia y dedicación, por cada una de las palabras de aliento y motivación, por el buen humor y los múltiples aportes para poder culminar con nuestro proyecto.

A los profesores que nos apoyaron en diferentes momentos de nuestra tesis, por el cariño y la disposición que mostraron siempre.

Al director del Seguro Social de Pisco por la oportunidad y la colaboración, y a todos y cada uno de los pacientes que nos apoyaron en la aplicación de nuestro proyecto.

INTRODUCCION

En la actualidad la salud en la población geriátrica es un tema de vital importancia al cual muchos no le prestan la debida atención. En un informe emitido por la oficina de censos de EE. UU se calcula que para el año 2050, este grupo etario presentará un 15.6% de la población mundial. En lo que respecta a nuestro país, indican que en los próximos quince años el Perú representará el 14%, superando así los más de los 5 millones de la población total. Es por ello, por lo que nuestra investigación se realiza con la finalidad de estudiar las reacciones emocionales en algunas enfermedades crónicas, de esta manera se busca aportar al tratamiento una mejoría en la valoración y el cumplimiento de los debidos cuidados que merecen los adultos mayores con estas afecciones.

El primer capítulo, comprende el planteamiento del estudio destacando la significatividad de este. Del mismo modo, se consideran algunas investigaciones relacionadas con el tema de estudio, se plantean los objetivos generales y específicos. Culminando con las limitaciones del estudio.

En el segundo capítulo se muestra el marco teórico relacionado con el tema de investigación y se definen los términos importantes del estudio.

En el tercer capítulo se mencionan los supuestos científicos básicos, se exponen las hipótesis planteadas y se definen las variables del estudio.

En el cuarto capítulo se desarrolla el método y procedimientos empleados, esto es, el tipo y diseño de investigación empleado, la población y muestra de estudio. Asimismo, se definen los instrumentos de recolección de datos y el procedimiento seguido para llevar a cabo este estudio. Finalmente se desarrolla el procesamiento de datos.

En el capítulo quinto, se presentan y analizan los resultados, para seguidamente discutir los mismos.

Finalmente, en el capítulo sexto, se presentan los hallazgos principales y las recomendaciones. Se realiza un resumen del estudio concluyendo con las referencias bibliográficas y anexos.

INDICE

DEDICATORIA	
LISTA DE TABLAS	6
CAPITULO I:	8-14
Planteamiento del Estudio	10
1.1. Formulación del Problema	8
1.2. Objetivos	11
1.2.1. General	11
1.2.2. Específicos	11
1.3. Importancia y Justificación del Estudio	12
1.4. Limitaciones del Estudio	13
CAPITULO II	15-46
Marco Teórico	15
2.1. Investigaciones Relacionadas con el Tema	15
2.1.1. Internacionales	15
2.1.2. Nacionales	17
2.2. Bases Teórico-Científicas del Estudio	20
2.2.1. Enfermedades Crónicas	20
2.2.1.1. El Impacto de las Enfermedades Crónicas	21
2.2.1.2. Reacciones Emocionales	21
2.2.1.3. Calidad de Vida y Enfermedad Crónica	23
2.2.2. Adulto Mayor	23
2.2.2.1. Factores Asociados al Envejecimiento	25
2.2.3. La Depresión	27
2.2.3.1. Trastornos Depresivos Debido a Otra Afección Médica	29
2.2.3.1.1. Diagnóstico Diferencial	29

2.2.3.1.2. Especificador de la Gravedad	30
2.2.4. Adherencia al Tratamiento	31
2.2.4.1. Algunas Condiciones que Permiten Predecir la Adherencia	33
2.2.5. Hipertensión Arterial	35
2.2.5.1. La Presión Arterial	36
2.2.5.2. Concepto de Hipertensión Arterial	37
2.2.5.3. Clasificación y Factores de Riesgo	37
2.2.5.4. Consecuencias y Tratamiento	39
2.2.6. Diabetes Mellitus Tipo 2	40
2.2.6.1. Factores de Riesgo	42
2.2.6.2. Consecuencias y Tratamiento	42
2.2.7. Modelo Biomédico y Biopsicosocial	43
2.3. Definición de Términos Básicos	45
2.3.1. Adulto Mayor	45
2.3.2. Depresión	45
2.3.3. Adherencia al Tratamiento	45
2.3.4. Hipertensión Arterial	46
2.3.5. Diabetes Mellitus Tipo 2	46
CAPITULO III	47-51
Hipótesis y Variables	47
3.1. Supuestos Científicos	47
3.2. Hipótesis	50
3.2.1. General	50
3.2.2. Específicas	51
3.3. Variables de Estudio	51

CAPITULO IV	52-56
Método	52
4.1. Diseño de Investigación	52
4.2. Población de Estudio	52
4.3. Muestra de Investigación	53
4.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	53
4.4.1. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage	54
4.4.2. Test de Morisky-Green-Levine	54
4.5. Procedimientos para la Recolección de Datos	56
4.6. Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos	56
CAPITULO V	57-66
Resultados Obtenidos	57
5.1. Presentación y Análisis de Datos	57
5.2. Discusión de Resultados	62
CAPITULO VI	67-70
Conclusiones y Recomendaciones	67
6.1. Conclusiones Generales y Específicas	67
6.2. Recomendaciones	68
6.3. Resumen del estudio	69
6.4. Abstract. Key words	70
Referencias	71-76
Anexos	77-78
• CONSENTIMIENTO INFORMADO	78

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. *Frecuencia de los niveles de depresión y la adherencia al tratamiento en adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II.* 57

Tabla 2. *Relación entre el nivel normal de depresión y la adherencia al tratamiento en adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II utilizando la prueba de Chi – Cuadrado.* 58

Tabla 3. *Frecuencia de los niveles leve, moderado y severo de depresión y la adherencia al tratamiento en adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II.* 58

Tabla 4. *Frecuencia de los niveles de depresión y la adherencia al tratamiento en adultos mayores con hipertensión arterial.* 59

Tabla 5. *Relación entre el nivel normal de depresión y la adherencia al tratamiento en adultos mayores con hipertensión arterial utilizando la prueba de Chi – Cuadrado.* 59

Tabla 6. *Frecuencia de los niveles leve, moderado y severo de depresión y la adherencia al tratamiento en adultos mayores con hipertensión arterial.* 60

Tabla 7. *Frecuencia de los niveles de depresión y la adherencia al tratamiento en adultos mayores con diabetes mellitus tipo II.* 60

Tabla 8. *Relación entre el nivel normal de depresión y la adherencia al tratamiento en adultos mayores con diabetes mellitus tipo II utilizando la prueba de Chi – Cuadrado.* 61

Tabla 9. *Frecuencia de los niveles leve, moderado y severo de depresión y la adherencia al tratamiento en adultos mayores con diabetes mellitus tipo II.* 62

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1. Formulación del Problema

En esta última década, el Perú ha experimentado una progresiva transformación etaria, la cual compromete a todos los grupos poblacionales, afectando especialmente a personas mayores de 65 años. Esta población se ha convertido en un importante foco de atención, ya que dicha población va en aumento.

Dentro de los últimos años, el INEI muestra que en el 2016 la población adulta mayor era de 9.7%, y para diciembre del 2017 aumentó a 10.1%, en las cuales se muestra una población femenina del 84.6% y masculina con 73.8% con algún problema crónico.

En un documento de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se muestra que uno de los motivos más importantes de discapacidad en adultos mayores es en la salud mental, por ello se estima que para el 2020, la depresión estará incluida como una de las razones principales de discapacidad de manera universal.

Asimismo, en un documento del INEI en el 2017, muestran a la población de 60 años y más, en un progresivo declive de sus funciones, ya sea orgánica o psicológica.

Dentro de las cinco enfermedades más comunes presentadas en el adulto mayor se encuentran la hipertensión y la diabetes mellitus; para la OMS la hipertensión es considerada como una mayor probabilidad de riesgo para enfermedades cardiovasculares, las estadísticas nos muestran que el 29.7% tiene diagnóstico de hipertensión, de ellos, el 74.8% tiene un tratamiento médico y el 25.2% no lleva dicho tratamiento, esta enfermedad se presenta en su mayoría en mujeres, de las cuales el 32.9% fueron declaradas con hipertensión, llevando una diferencia significativa de un 7% más que en los hombres.

Sucede lo mismo con la diabetes mellitus, enfermedad crónica que afecta al páncreas en la producción de insulina o cuando no se utiliza esta de manera apropiada. El 8.2% de la población adulta mayor padece diabetes, los cuales han sido separados en grupos de la siguiente manera; un primer grupo de 65 a 69 años un 8.8% tiene diagnóstico de la enfermedad, de 70 a 74 años un 8.6%, y un grupo de 75 a 79 años un 10%.

Como podemos observar, estudios importantes revelan el incremento de dichas enfermedades crónicas que vamos a tratar más adelante; las cuales no solo necesitan el cumplimiento de los fármacos brindados, sino requieren una atención multidimensional, que comience desde la prevención primaria hasta el establecimiento de un tratamiento que evite la aparición de complicaciones futuras, para lo cual se necesita un enfoque biopsicosocial, el cual debe brindar soporte emocional al paciente, además de conocer la conducta que adquiere frente al tratamiento y todo lo

relacionado al curso del mismo, como por ejemplo optar por una vida saludable.

Por otra parte, la medicina ha ido logrando grandes avances en distintos tratamientos para las diferentes enfermedades crónicas. Sin embargo, muchas personas enfrentan un desafío diario para controlar la salud mental y emocional ante estas enfermedades, siendo así estos factores psicológicos capaces de influir en el comienzo y progreso de la afección, por ende, el mantenimiento de la salud.

De esta manera, afecciones no transmisibles como la hipertensión arterial y diabetes, presentan muchos cambios de estilo de vida, muchos de ellas estresantes ya que deben adaptar su vida diaria a diferentes y nuevas necesidades.

Asimismo, con el transcurso del tiempo, estas enfermedades crónicas pueden resultar difíciles, ya que con el pasar de los días, aparecen pensamientos negativos, tensión, miedo, los mismos que pueden absorber las energías y fuerzas necesarias para continuar en el día a día. Es así como el impacto psicológico puede afectar en el progreso de su recuperación y a la vez ir desencadenando pensamientos distorsionados, los cuales muchas veces aumentan la ansiedad, tristeza y frustración, que frecuentemente llevan al paciente a presentar síntomas depresivos.

Por tanto, conocer los niveles de depresión y actuar ante ello nos ayudará a prevenir la complicación en la recuperación de la enfermedad crónica y

así obtener una mejor adherencia al tratamiento. Ante ello, surge la siguiente interrogante:

¿Qué relación existe entre los niveles de depresión y la adherencia al tratamiento en adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II de un centro de salud de Pisco?

1.2. Objetivos

1.2.1. General

Determinar la relación entre los niveles de depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II de un Centro de Salud de Pisco.

1.2.2. Específicos

Establecer la relación entre el nivel de depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial de un Centro de Salud de Pisco.

Establecer la relación entre el nivel de depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II de un Centro de Salud de Pisco.

1.3. Importancia y justificación del estudio

Habiendo observado las estadísticas y el panorama que nos muestra nuestra sociedad actual, podemos darnos cuenta de que, el tener más de 60 años, representa no solo cambios físicos, sino también psicológicos, sociales y económicos. De la misma forma, el llevar una enfermedad de larga data o crónica se vuelve muchas veces un factor importante y quizá desencadenante de muchas molestias, entre ellas la depresión y la ansiedad, las cuales afectan el comportamiento y el desarrollo de las personas.

En la mayoría de las investigaciones estudiadas, se menciona que el adulto mayor de por sí, sufre a causa de su entorno ya que existe una tendencia de exclusión y descalificación social, lo cual genera sentimientos de depresión constante.

Es así como la depresión independientemente de su nivel puede alterar la conducta del ser humano respecto a su bienestar, influyendo de esta manera en el retraso o descuido de las medidas que se toman para prevenir el bienestar de alguna enfermedad crónica. Como, por ejemplo, se han encontrado investigaciones donde los síntomas depresivos tienen un mayor riesgo aproximadamente los dos primeros años, esto en pacientes que han sido diagnosticados recientemente con alguna enfermedad crónica.

Por otro lado, se sabe que uno de los factores ligados a la morbimortalidad en los adultos mayores, es la hipertensión arterial. Factor tratable de riesgo cardiovascular en esta población. Asimismo, mostrando una prevalencia muy alta en la diabetes mellitus tipo II.

El presente estudio es de tipo descriptivo correlacional enfocada a la población de adultos mayores (siendo esta edad la más proclive a presentar enfermedades crónicas). Asimismo, deben de cumplir el criterio de inclusión de presentar una enfermedad crónica (siendo en este caso hipertensión arterial o diabetes mellitus tipo II).

A la vez, permitirá determinar desde una perspectiva psicológica la influencia de los niveles de depresión en la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas como hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II, a fin de contribuir con una adecuada atención multidisciplinaria en la población de estudio.

Además, ello serviría para desarrollar estrategias de prevención e intervención para afrontar la enfermedad, que no sólo fortalecerá la adherencia al tratamiento, sino que además favorecerá a su realización en la vida pese a cualquier limitación física.

1.4. Limitaciones del estudio

Un limitante sería el poco acceso a instrumentos validados a una de las variables de estudio.

Otro aspecto por tomar en cuenta es la generalización, ya que no sería posible extender los resultados que se obtendrán en el estudio.

El ser adulto mayor genera pérdidas sensoriales que interfieren en la óptima aplicación de los instrumentos.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Investigaciones relacionadas con el tema

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

2.1.1. Internacionales

Ramos Rangel Yamila, Morejón Suarez Roilán, Gómez Valdivia Maidelis, Reina Suarez María Elena, Rangel Díaz Caridad, Cabrera Matías Yolanda (2017) presentaron una investigación, la cual tuvo por objetivo la estimación de aquellos elementos importantes que intervienen en la adhesión al régimen terapéutico en pacientes diabéticos. Para lo cual participaron personas diagnosticadas con diabetes mellitus tipo 2 pertenecientes a Cartagena. Se analizaron variables sociodemográficas, de la enfermedad y del tratamiento. Se aplicaron diversas técnicas para la obtención de datos respecto a la enfermedad, tratamiento y su adherencia al mismo. Se concluye la reafirmación respecto a tener en cuenta las conductas en el cumplimiento de un tratamiento y dar una mayor importancia a aquellos elementos implicados en el comportamiento de estas personas ante un régimen terapéutico.

Escandón-Nagel Neli, Azócar Bárbara, Pérez Cristhian, Matus Viviana (2015) realizaron una investigación teniendo como finalidad representar la correlación

del régimen terapéutico con el bienestar social y síntomas depresivos, en donde los participantes eran adultos de entre 45 a 65 años. Se utilizó, el Inventario de Depresión de Beck, en la segunda versión (BDI-II), y un Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (OMS). De los resultados resaltaron una exitosa adhesión al tratamiento terapéutico, mínimos síntomas depresivos y un exitoso bienestar social en los participantes. Determinaron que el cumplimiento terapéutico tiene una relación no favorable con la sintomatología depresiva y es favorable con el bienestar social.

Azzollini Susana, Bail Pupko Vera, Vidal Victoria, Benvenuto Analía, Ferrer Ludmila (2015) presentaron un estudio teniendo como objetivo identificar la correlación entre síntomas depresivos y ansiosos con los recursos de afrontamiento y la adherencia al régimen terapéutico en una muestra de pacientes diabéticos. Utilizaron como instrumentos: El Cuestionario de Datos Personales, Escala de adhesión al tratamiento, el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de ansiedad de Beck y el Inventario de valoración y afrontamiento de Cano Vindel y Miguel Tobal. Los resultados que se obtuvieron arrojaron una asociación existente y significativa entre estas variables e inversa y significativa con el cumplimiento terapéutico. Por el contrario, las estrategias de enfrentamiento activas se asocian con una importante adherencia terapéutica.

En una revisión de artículos, Lemos Maríantonía y Agudelo Vélez Diana María (2015) abordaron el tema en la depresión y las enfermedades cardiovasculares. En donde se concluye que los trastornos depresivos tienen

un pronóstico negativo en estos pacientes, especialmente cuando se evidencia luego de un evento cardíaco. Asimismo, se halló mayor efecto de síntomas depresivos que son resistentes al tratamiento.

Moral de la Rubia José y Alejandra Cerda María Teresa (2014) diseñaron una investigación que tuvo como objetivos estimar el predominio de pacientes no adherentes al tratamiento farmacológico, teniendo como referencia los motivos para la no adhesión y variables de apreciación de la afección, entre otras. Se utilizó la escala de adherencia a la medicación, el cuestionario de percepción de la afección y dos escalas de apoyo social. Los resultados refieren que el elemento más predominante en el cumplimiento terapéutico es la percepción de mejora que tiene el paciente ante el consumo del medicamento.

2.1.2. Nacionales:

Quinto Diaz Julio Jorge (2018), realizó un estudio en adultos mayores en un Hospital Nacional del Perú, teniendo como objetivo establecer el nivel de depresión de los adultos mayores del mismo hospital. El estudio fue de tipo descriptivo y transversal, para lo cual se usó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Se concluye que el 28% de esta población tienen depresión leve y del mismo modo el 28% tiene depresión severa. Asimismo, las afecciones médicas más frecuentes con depresión fueron la insuficiencia cardíaca, la diabetes mellitus tipo II y la hipertensión arterial.

Damián Foronda Jorge Luis, Vera Guerra Luis Benjamín, Falcon Povis Miguel Ángel, Miñano Bolaños Juan Carlos, Baca Corales Peter Alberto, (2017)

diseñaron una investigación con el propósito de establecer la influencia de diferentes factores en el no cumplimiento terapéutico en personas con diabetes e hipertensión arterial de un Policlínico de Essalud en Chimbote, 2016. Para ello, se utilizaron los test de Morisky – Green, el test de Batalla, el test de Hermes y un test de actitud ante el tratamiento. Se concluye que hay diversos factores relevantes (edad, percepción y conocimiento de los medicamentos y de la enfermedad) a la adhesión al tratamiento.

Miranda Asencio Karen Stefani (2017) realizó una investigación en adultos mayores pertenecientes a un hospital público de Perú, con el objetivo de demostrar si la diabetes mellitus tipo II estaba asociada a la depresión en esta muestra. La investigación fue de tipo descriptivo, observacional, prospectivo y transversal. Se utilizó como instrumento el Inventario de Depresión de Beck, concluyendo que la diabetes mellitus tipo II si es un factor que se asocia a la depresión en esta población.

Urbina Azabache Víctor Arturo (2017) realizó una investigación en pacientes hipertensos en un hospital público del Perú, teniendo como objetivo demostrar si la depresión está asociada a la no adherencia terapéutica en dichos pacientes. El estudio fue de tipo analítico, observacional y transversal, aplicándose la prueba de la Chi Cuadrada y el cálculo de odds ratio. Los resultados concluyen que la depresión es factor de no adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos en un hospital público del Perú.

Córdova Arévalo Jhoanna Verónica (2016) realizó una investigación teniendo como objetivo establecer el predominio de la depresión en la adhesión al

tratamiento en la diabetes. Los participantes fueron pacientes del EsSalud de Pucallpa. Se aplicó la Ficha de Recolección de Datos, el Cuestionario de Zung y el Cuestionario validado de SMAQ (SIMPLIFIED MEDICATION ADHERENCE QUESTIONNAIRE). Los resultados obtenidos refieren que hay una significativa relación entre variables de estudio. Concluyendo que la depresión influye en la adherencia al tratamiento de pacientes con diabetes, debido a que en los pacientes no deprimidos existe un elevado porcentaje de adhesión al tratamiento.

Constantino-Cerna Antero, Bocanegra-Malca Milagros, León Jiménez Franco, Díaz-Vélez Cristian (2014) presentaron un estudio cuyo objetivo era evaluar la frecuencia de depresión y ansiedad, de igual forma la relación con el control glicémico en personas que presentan diabetes mellitus tipo II de un hospital en Chiclayo. Se aplicaron los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck y una Ficha de Recolección de Datos, teniendo como resultado la elevación de frecuencia de ansiedad y depresión en estos pacientes, más no hubo relación en ambas enfermedades (ansiedad y depresión) con el control glicémico.

Patilla Vila Cecilia (2011) realizó un estudio buscando establecer las diferencias existentes entre depresión, ansiedad, y las situaciones estresantes en pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II adherentes y no adherentes al régimen terapéutico, pertenecientes al Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú. Se aplicaron los siguientes instrumentos: Cuestionario de Salud, Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), la Escala Auto aplicada de Zung y el Diabetes Distress Scale (DDS17) versión en español. En

donde se concluye la existencia de altas probabilidades de presentar estrés, depresión y ansiedad, comparado con los pacientes adherentes.

2.2. Bases teórico-científicas del estudio

2.2.1. Enfermedades Crónicas

En muchos contextos se habla acerca de enfermedades crónicas incluso con diferentes nombres. Para Beratarrechea (2010), el término “enfermedades no comunicables” se usa con la finalidad de crear una marcada diferencia con las enfermedades infecciosas o “comunicables”; las cuales también se las menciona como “enfermedades relacionadas con el estilo de vida o el comportamiento”. Es así como señala que, hablar de una enfermedad crónica es hacer referencia a aquella que tiene una duración de tres meses a más y no es auto limitante.

Estas enfermedades se diferencian de otras por la prevalencia y el malestar que representan. De esta forma, podemos comentar entre ellas a las afecciones cardiovasculares, el cáncer, afecciones crónicas respiratorias, ya sea enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el asma, y la diabetes.

Como lo señala un documento de la OMS (2014), las enfermedades no transmisibles son un desafío del presente siglo para la salud y el desarrollo, básicamente por el padecimiento que provocan en el ser humano. A consecuencia de ello, se propone que los países prioricen las intervenciones a la reducción nociva del consumo de bebidas alcohólicas, la ausencia de

deporte, el consumo de sal, el consumo de tabaco y la hipertensión; del mismo modo hacer un alto en el aumento de la obesidad y la diabetes.

2.2.1.1. El impacto de las enfermedades crónicas

Según Leventhal y colaboradores (1984), las personas tienen un concepto de enfermedad como infecciosa y no como crónica. Ellos establecen a los pacientes que presentan una afección no transmisible, por ejemplo, en la hipertensión, se ha mantenido un concepto de enfermedad como infecciosa, es decir, creen que no tendrían que someterse a tratamiento de por vida, sino que se curarían en un tiempo determinado. Esta manera de pensar resulta correcta cuando se trata de una enfermedad aguda o infecciosa, no obstante, representa una incorrecta visión de enfermedad crónica como la hipertensión. Por lo cual, estas investigaciones sugieren que las personas tienen una mala comprensión en la naturaleza de sus enfermedades crónicas y que la misma continúa indeterminada.

2.2.1.2. Reacciones emocionales

Como lo señala Oblitas (2004), las reacciones emocionales están asociadas con problemas cognitivos, conductuales, físicos y sociales. La depresión y la ansiedad es la consecuencia negativa que surge como una reacción no adaptativa a dicha enfermedad.

En este estudio se señala también que, en el paciente diabético, el desarrollo psicológico ocupa el quinto lugar entre las causas de muerte de esta

enfermedad, ya que en esta población se evidencia síntomas depresivos relevantes, por lo cual tendrá un estado de ánimo triste y desanimado, afectando de esta manera su nivel de autocuidado personal, así como también al no cumplimiento terapéutico y fallas en su control metabólico. Por lo cual podemos determinar que las razones para que un paciente diabético sea referido a un tratamiento psicológico, se deben a: un pobre acuerdo con la enfermedad, pobre adhesión al régimen terapéutico, trastornos psiquiátricos (entre ellos la depresión), efectos fisiológicos del estrés y trastornos de alimentación.

Asimismo, en una investigación realizada por Pérez (2011) informa que hay evidencias que demuestran que, en la enfermedad coronaria, la depresión es un factor de riesgo, así como también en el infarto de miocardio y mortalidad cardiaca, siendo este un estudio más consistente. Es así como las personas que padecen de síntomas depresivos, luego de un infarto de miocardio tienen probabilidades más altas de mortalidad que las que no padecen de estos síntomas.

Otros estudios realizados por Amigo y colaboradores (2011), tratan de aclarar la importancia de diferentes factores que se asocian con síntomas depresivos, estos pueden ser: el fracaso a la adhesión del régimen terapéutico, al incremento del uso de sustancias, el decremento en el estilo de vida y los trastornos en el nivel de neurotransmisores, ya que podrían influir negativamente en la función cardiaca.

Del mismo modo está relacionada la ansiedad y la aflicción con los trastornos cardiovasculares, siendo el estrés el predisponente a la enfermedad cardiovascular según lo detalla Pérez (2011).

2.2.1.3. Calidad de vida y enfermedad crónica

Las afecciones no transmisibles aquejan al estilo de vida de los individuos que la adquieren, pudiendo generar cambios en los diferentes contextos de su vida, ya sea afectivo, social, conductual y cognitivo. (Oblitas, 2004).

Así, por ejemplo, en una investigación realizada por el autor citada línea arriba, se observó que hubo un decremento en la calidad de vida en diabéticos de ambos tipos, en contraste con personas sanas. Lo cual se vincula con el hallazgo de Wells et al. (1988) en el que menciona y demuestra en una investigación psiquiátrica comunitaria que en las personas diabéticas la depresión alcanzaba niveles más altos que en personas sanas de la comunidad, lo cual guarda relación con la investigación realizada por Jacobson (1994), en la cual demuestra que la calidad de vida disminuye en pacientes los diabéticos, a medida que aumente las complicaciones médicas de la enfermedad.

2.2.2. El Adulto Mayor

Según señala un escrito de la OMS (2018), por causa del aumento de la expectativa de vida y a la disminución de la tasa global de fecundidad, la

población adulta mayor a 60 años se está incrementando velozmente a diferencia de cualquier otro grupo etáreo en casi todos los países.

De acuerdo con la estadística mostrada por el INEI (2018), la población peruana de adultos mayores se ha incrementado en proporción de 5.7% en el año 1950 a 10.4% en el año 2018. Estos datos resaltan que en las últimas décadas la población peruana se ha incrementado paulatinamente, como resultado de los cambios demográficos, la estructura por edad y sexo, ya que, una comunidad envejece cuando hay un aumento en la cantidad de adultos mayores y a la vez hay una disminución en la cantidad de niños y jóvenes, dando como resultado una media mayor.

Estadísticas de Adultos Mayores de la Región:

Según los datos estadísticos mostrados del MIMDES (2015), el Departamento de Ica estima una población de 787 710 habitantes, en el cual el 10.5% está representada por el adulto mayor (82 695). Asimismo, en la Provincia de Pisco hay una población de 12 525 adultos mayores, de los cuales 5 533 representan al Distrito de Pisco.

Por otro lado, es importante dar a conocer que en el 2013, por decreto supremo se aprobó el Plan Nacional para las personas Adultas Mayores 2013-2017 que está bajo la coordinación, seguimiento y evaluación del MIMDES (Ministerio de Promoción de la Mujer y Desarrollo Humano) teniendo como propósito la implementación de actividades reguladas entre organizaciones gubernamentales y la sociedad civil, y de esta manera fomentar la colaboración

e integración social de las personas de la tercera edad, a través del aumento en la calidad y cobertura de los servicios de salud, entre otros.

2.2.2.1. Factores asociados al Envejecimiento

Desde un punto de vista biológico, la OMS por medio de un documento emitido en el 2018, nos indica que el envejecimiento es un resultado de acumulación de daños celulares que van encaminado por el proceso de la vida, teniendo como resultado un decremento de las capacidades físicas y mentales, probabilidad de padecer enfermedades y llegando a la muerte como consecuencia.

a) Factores Sociodemográficos

Es importante envejecer de forma saludable y activa optimizando las oportunidades de participación social, salud y seguridad con el apoyo de la sociedad. De esta manera se obtendrá como resultados una mejor condición de vida deseado en este periodo, siendo así uno de los mejores logros en la humanidad.

En un estudio realizado por Estela, Martínez y Núñez (2003) acerca de las características biopsicosociales de una población anciana, comentan que las personas de la tercera edad son más vulnerables a presentar alteraciones de ánimo acompañados de síntomas depresivos debido a vivencias negativas, pérdidas o abandono de sus familiares. Entre estos hallazgos se destacó un

predominio de la hipertensión y diabetes. Asimismo, las enfermedades cardiovasculares y respiratorias fueron la principal causa de muerte.

b) Factores Psicológicos

El envejecimiento, según lo menciona Ardilla y Rosseli (2007) implica un periodo de sucesos psicológicos, sociales y físicos. Menciona también que el adulto mayor transita ante el padecimiento de afecciones, la pérdida del cónyuge, separación de familiares allegados y restricciones físicas en general. Por lo cual, los síntomas depresivos y la población adulta mayor están relacionadas, ya que remotamente estos síntomas eran considerados como parte del proceso de envejecer. Sin embargo, en la actualidad esto no es así, sino como consecuencia de diferentes factores de riesgo psicosociales y biológicos propios de la vida.

Se concluye que en dicha población la enfermedad mental mas frecuente es la depresión. La falta de aceptación de las personas de la tercera edad a las diferentes e innumerables perdidas, ya sea de la salud, económicas, sociales y físicas, son las causas que propician el aumento de la enfermedad.

c) Factores biológicos asociados a historia de enfermedades

Taylor (2007), menciona que antes de los 50 años, las personas del sexo masculino tienen más riesgo a presentar hipertensión arterial. De manera simultánea, las del sexo femenino no están en riesgo mientras estén con el ciclo menstrual activo, ya que la influencia hormonal les sirve de protección. No

obstante, al comienzo de la menopausia las mujeres son más propensas a padecer esta afección que el hombre.

El mismo autor nos comenta que en comparación con mujeres blancas las personas de color y de origen latino poseen mayor riesgo de presentar hipertensión. Investigaciones americanas determinaron que la raza negra y de origen latino tiene tensión arterial más elevada, un mayor porcentaje de masa muscular, poca actividad física e índices más elevados de diabetes.

De acuerdo con lo mencionado, el autor indica que la diabetes tipo II se presenta con mayor probabilidad en el sexo femenino y en un nivel social y económico bajo. Asimismo, la mayoría de los diabéticos tiene sobrepeso. La diabetes es una enfermedad del envejecimiento, es así que, entre la población mayor a 65 años, más del 17% la padece en comparación a la población de entre 20 y 64 años con sólo el 1.2%. En los estadounidenses de raza negra la posibilidad de padecerla es de 1.7% mayor que en los estadounidenses de raza blanca, y en los estadounidenses de origen latino la probabilidad es casi el doble, según señala un documento emitido por la American Diabetes Association (2000).

2.2.3. La Depresión

La depresión es una de las enfermedades más frecuentes en salud mental en todo el mundo, y se estima que afecta aproximadamente a 300 millones de la población. Está considerada dentro de la categoría de trastornos del estado de ánimo de la Asociación Psiquiátrica Americana (1987), caracterizándose por

cambios diarios del estado de ánimo y de las formas de respuestas en el actuar frente a ciertas circunstancias que pasamos diariamente. Puede transformarse en una dificultad de la salud importante, en especial cuando la intensidad es moderada o grave, y cuando se presenta en periodos prolongados, pudiendo alterar diferentes actividades, ya sea personal, laboral, familiar y social, y en algunos casos según la gravedad de la enfermedad puede llevar al suicidio, según lo señala Oblitas (2004).

De acuerdo con el criterio que plantea el DSM-5 (2014), la depresión depende de la intensidad y al número de síntomas que se presentan, a su vez, pueden clasificarse como leves, moderados o graves. Los pacientes con episodios leves van a tener algunos problemas para realizar sus actividades diarias, ya sea social o laboral, aunque en algunos casos no sucede por completo. Caso contrario, durante los episodios graves, es casi imposible que el paciente mantenga sus actividades diarias, ya sea sociales, domésticas, familiares y laborales, ya que tienen grandes dificultades.

De acuerdo con Taylor (2007), la depresión es una reacción muy frecuente ante el diagnóstico de una afección no transmisible. Pone en riesgo el curso de varios problemas crónicos, siendo los más relevantes los de enfermedades cardiovasculares, complicando de esta manera la adhesión al tratamiento. De esta manera, su evaluación e intervención en enfermedades crónicas se considera como un aspecto muy importante en el manejo médico y psicológico.

2.2.3.1. Trastorno depresivo debido a otra afección médica

Según los criterios del DSM-5 (2014), se caracteriza por un periodo de tiempo persistente e importante de estado de ánimo deprimido o un decremento considerable del placer o interés de todas o la mayoría de todas las actividades que presenta el cuadro clínico, lo cual podría estar relacionado con los efectos fisiológicos de la otra afección médica. Se puede realizar un diagnóstico basado en establecer que la alteración del ánimo está asociada a la afección médica general mediante un mecanismo fisiológico. Para ello, debe considerarse la presencia de una asociación temporal entre el inicio, desarrollo y término de la afección médica en general y la alteración del ánimo. Asimismo, tener en cuenta la aparición de rasgos atípicos en los trastornos del ánimo primario, como, por ejemplo, la edad de inicio, un curso atípico o la ausencia de historia familiar.

2.2.3.1.1. Diagnóstico diferencial

Según los criterios del DSM-5 (2014) se debe considerar especialmente la diferencia de:

- a) Trastornos depresivos no debidos a otra afección médica: Básicamente depende de la ausencia de algún episodio depresivo antes del inicio de la afección médica, de la probabilidad de que la afección pueda ser la causa de un trastorno depresivo y la aparición de episodios depresivos poco después del inicio o desarrollo de la afección.

- b) Trastorno depresivo inducido por medicamentos: El clínico basándose en la ciencia debe establecer de la mejor forma la asociación de una afección médica frente a síntomas depresivos inducidos por sustancias, como, por ejemplo, los esteroides o el interferón-alfa.

- c) Trastornos de adaptación: Es relevante diferenciar la generalización del cuadro depresivo que el paciente presenta en el examen del estado mental. Asimismo, tener en cuenta el número y la cualidad de los síntomas depresivos.

2.2.3.1.2. Especificador de la gravedad

Del mismo modo, según los criterios del DSM-5 (2014), la gravedad está basada en el número de síntomas del criterio, la gravedad de estos síntomas y el grado de discapacidad disfuncional.

- a) **Leve:** Pocos o ningún síntoma más que los necesarios para cumplir los criterios diagnósticos, su intensidad causa malestar, pero puede manejarse, de la misma manera producen poco deterioro en el funcionamiento social o laboral.

- b) **Moderado:** El número de síntomas, su intensidad y/o el deterioro funcional están entre los especificadores “leve” y “grave”.

c) **Grave:** El número de síntomas supera notablemente a los necesarios para hacer el diagnóstico, su intensidad causa gran malestar siendo no manejable, a la vez, interfieren notablemente en el funcionamiento social y laboral.

Depresión: Según la Escala de Depresión Geriátrica (YESAVAGE)

Se considera:

Presencia de depresión Normal, puntaje igual o menor a 9. Se cataloga una depresión leve de 10-11 puntos, nivel moderado 12-19 y severo de 20 - 30 puntos.

Cabe resaltar que hay baremos según el autor teniendo en cuenta el sexo.

2.2.4. Adherencia al Tratamiento

Según lo propuesto por Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall, y Sykes (2008), el régimen terapéutico se detalla como la relación en la cual, el actuar de las personas responde a las indicaciones relacionadas con la salud y la capacidad que presenta el paciente para asistir a las consultas que se le programan, ingerir los medicamentos como se le indican (horarios programados), fomentar estilos de vida saludables y realizar estudios de laboratorio y/o exámenes que se solicitan.

En un texto mostrado por la OMS (2003), refiere que la mala adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas y las consecuencias negativas que esta

conlleva, es un tema de salud pública. Los pacientes deciden si cumplir o no el tratamiento, teniendo en cuenta las creencias personales con las cuales toman decisiones sobre su medicación, los antecedentes, percepción o la forma como debe manejar y/o hacerle frente a su enfermedad. Por ello, no se puede decir que estos pacientes cumplen las órdenes del médico, al contrario, son pacientes que toman decisiones por si solos, para lo cual el medico debería asegurar un buen rapport con ellos, para asegurar la efectividad del tratamiento, es ahí donde se conoce la adherencia al tratamiento y la secuencia de pasos que se siguen para lograrla.

A su vez, para Marks et al (2008), el término “adherente” impresiona hablar de compromiso por parte del cliente y le otorga responsabilidad al médico a realizar una labor para que el paciente entienda y se interese en mejorar su problema de salud, las consecuencias de ello, le sea más fácil tomar decisiones y que el resultado sea positivo. El término “adherente”, responsabiliza al paciente ya sea de manera intencionada, por olvido y/o por ignorancia.

Amigo, Fernández y Pérez, (2003), plantean que una mayor tendencia en estudios elaborados sobre la adherencia al tratamiento es acerca de enfermedades crónicas, las cuales al aparecer conllevan un alto costo para los pacientes, para el estado y para el sector salud. Los estudios fueron realizados en pacientes hipertensos, con tuberculosis, diabéticos, con dislipidemia y con VIH. Frecuentemente, la adherencia al tratamiento se ha medido con variables como: cumplidor/no cumplidor o si es adherente o no adherente un paciente, para lo cual se han determinado factores que las han separado en 4 áreas: la

relación médico paciente, paciente y entorno, enfermedad que padece el paciente, la terapia o tratamiento.

Es importante mencionar que, para Rubio en el 2005, pone en conocimiento que la depresión como causa importante de la falta de motivación y de adherencia al tratamiento. En un estudio elaborado en una clínica de hipertensión donde labora el autor citado, se encontraron hallazgos en donde los pacientes hipertensos con depresión presentaron un descontrol antihipertensivo en comparación con los pacientes sin depresión, por lo cual se sugiere aplicar una escala para la detección de depresión en pacientes hipertensos, previniendo de esta manera el no controlar su presión arterial.

Para Silva et al. (2005), algunos de los factores que intervienen negativamente en la adherencia encontramos a las pérdidas y deterioros sensoriales, alteraciones de ánimo pudiendo causar un mal procesamiento de la información. Asimismo, el aprendizaje incorrecto, muchas veces evitara que se emita de forma parcial o total la información que le dio su médico, y como consecuencia de ello, el incumplimiento del tratamiento.

2.2.4.1. Algunas condiciones que permiten predecir la adherencia

a) Regímenes de tratamiento largos y complejos

Haynes (1976), comenta que, en la mayoría de los casos, el mayor tiempo en que las personas son sometidas a un tratamiento o régimen preventivo, mayor

será la probabilidad de dejarlo. De acuerdo con la revisión de diversas investigaciones que comparaban el grado de adhesión con la duración del tratamiento, la falta de adherencia crece a la vez que se extiende la duración de las terapias. Sin embargo, la mayoría de los tratamientos extensos sirven para tratar enfermedades con ausencia de síntomas desagradables como la hipertensión.

Asimismo, cuanto más compleja es la medicación, más baja será la adhesión al tratamiento. Por ejemplo, en un estudio mencionado por Brannon y Feist (2000), descubrieron que la adhesión al tratamiento desciende mientras los pacientes recibían cuatro dosis diarias en comparación con aquellos que recibían dosis diarias que iban de aumento de una a tres.

b) Apoyo social

En una investigación experimental mencionada por Brannon y Feist (2000) se concluye que el apoyo por parte de personas cercanas aumenta el grado de cumplimiento a las citas médicas en combinación entre el recordatorio y la llamada telefónica en un grupo de pacientes con enfermedades crónicas, con bajos recursos y con ausencia de síntomas.

c) Creencias personales

Un estudio estableció que los pacientes diabéticos que tenían la creencia de ser responsables de su salud estaban más dispuestos a cumplir con el tratamiento médico que otros que no tenían esta creencia, según indican

Brannon y Feist (2000). De la misma manera, se señala que los pacientes que padecen hipertensión arterial se encuentran más propensos a la adhesión del tratamiento ya que consideran de manera personal cierto control de su presión sanguínea como sobre su salud.

d) Relación médico-paciente

Los principales componentes asociados a la adhesión del tratamiento son una buena comunicación y las actitudes del terapeuta según lo señala Amigo, Fernández y Pérez (2003).

Del mismo modo, Pérez (2011) comenta que mantener la empatía está relacionado con una mejor adherencia al tratamiento, a su vez, esta actitud es considerada como un elemento relevante para el cambio terapéutico.

2.2.5. Hipertensión Arterial

En el Perú, según el Ministerio de Salud - MINSA en el año 2012, mediante un artículo refiere que esta afección está considerada como un problema de salud pública debido a que cada año se presentan más de 120 mil casos en los establecimientos de salud del país. La prevalencia de la Hipertensión (HTA) en población peruana da a conocer significativas diferencias según estratos de pobreza ($p < 0.004$) observándose una relación inversa entre HTA y los niveles de pobreza. En el Perú, más del 60% de personas mayores de 65 años sufre de hipertensión arterial (presión sistólica igual o mayor a 120 mm Hg o la diastólica mayor o igual a 80 mm Hg), teniendo como consecuencia un alto

riesgo a padecer enfermedad cerebro y cardiovascular e insuficiencia renal. Es así como con el aumento de la edad se presenta una mayor población de hipertensos.

2.2.5.1. La Presión Arterial

Tal como lo plantea Arrivillaga et. al (2007), la presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias. De esta manera cumple una función muy importante en nuestro organismo ya que regula el flujo de sangre hasta el último rincón de nuestro cuerpo y de forma preponderante hasta el cerebro.

Se puede diferenciar entre presión y tensión arterial, siendo la primera, la fuerza con que el corazón impulsa la oleada sanguínea contra el torrente arterial, se trata de una fuerza que actúa desde adentro hacia fuera. Por otro lado, la tensión arterial, es la contrafuerza o resistencia que el continente vascular opone y es una fuerza que va de afuera hacia adentro, según lo indica Mohadeb (2004).

Para Rubio (2005) la presión arterial es una enfermedad que progresa con el avance de los años, se evidencia que existe un incremento en la presión sistólica, a diferencia de la diastólica la cual tiene un declive a los comienzos de los 50 años en el sexo masculino y en el femenino, aumentando la presión de las pulsaciones, lo cual es un factor importante en el proceso cardiovascular. Este incremento tiene que ver con la rigidez de la arteria aorta.

2.2.5.2. Concepto de Hipertensión Arterial

Según lo señala Rubio (2005), la HTA puede ser tomada en cuenta como una afección, un síndrome o un factor de riesgo, que por sí misma puede llevar a la muerte del paciente. Asimismo, menciona que tiene diversas etiologías, pero una misma fisiopatología, siendo a la vez una situación que aumenta la probabilidad de adquirir otras afecciones como: arterosclerosis, cardiopatía isquémica y evento cerebral vascular.

Esta afección constituye una gran dificultad para la salud, teniendo como causa al aumento de la esperanza de vida que se viene incrementando en los países más industrializados siendo a la vez equivalente en los países no industrializados, formándose un conjunto de personas con el mayor crecimiento proporcional. Se presenta de manera silenciosa, por lo cual no presenta síntomas. Según, la Organización Panamericana de la Salud (2003), expone en un artículo que más del 50% de las personas que la poseen ni siquiera lo saben.

2.2.5.3. Clasificación y Factores de Riesgo

Según las investigaciones mencionadas por Rubio (2005), la hipertensión arterial puede clasificarse de varias maneras:

- Hipertensión Esencial

Representan alrededor del 80% de los casos y cuya causa no es identificable.

- Hipertensión Secundaria

Hay una causa identificable y corresponde de 10 a 15% de los casos de hipertensión.

- Hipertensión Sistólica Aislada

Cifras de presión sistólica mayores de 140 mm Hg, con cifras diastólicas normales. Es común después de los 60 años.

- Seudohipertensión

Es necesario aplicar la maniobra de Osler (palpación del pulso radial para detectar inicio y fin del latido), así como fijar las cifras sistólicas en el momento en el cual se siente por primera vez el latido arterial.

- Hipertensión de Bata Blanca

Esta variedad se presenta cuando el médico registra cifras tensionales mayores a las manejadas de manera ambulatoria, sin presentar de manera habitual daño orgánico a órgano blanco.

-Hipertensión Acelerada

Este término se utiliza cuando el paciente cursa con cifras muy elevadas de presión arterial (suelen ser mayores de 21/120 mm Hg) las cuales no se instalan de manera brusca (pues en este caso se convierte en una emergencia hipertensiva) se acompaña de daño a órgano blanco.

Tal como señala Arrivillaga et. al (2007), entre los principales factores de riesgo se pueden mencionar:

- El sobrepeso
- Alta ingesta de sal
- Ingesta de alcohol
- La vida sedentaria
- Falta de actividad física
- Problemas psicológicos (el estrés, la ansiedad, la ira y el estilo de vida)

2.2.5.4. Consecuencias y Tratamiento

Las principales consecuencias de esta enfermedad son la insuficiencia renal crónica, disección aórtica, arteriopatía periférica, infarto cardíaco, insuficiencia cardiaca y las enfermedades cerebrovasculares. Tal como lo señala Taylor (2007), cuando no es tratada puede afectar de manera adversa el funcionamiento cognitivo, causando así problemas en el aprendizaje, la memoria, la atención, la flexibilidad mental, el razonamiento abstracto y en otras habilidades cognitivas.

Según menciona Rubio (2005) esta afección es una de las enfermedades no transmisibles más ocurrentes y su continuidad se incrementa con el pasar de los años, contribuyendo a ser una condición de riesgo para el desarrollo de la cardiopatía isquémica, por lo cual es problema de importancia en la salud pública. De la misma manera es afectado el cerebro, el riñón y prácticamente cualquier órgano.

En una de sus investigaciones, Taylor (2007) señala que el tratamiento está basado en una dieta baja en sodio, la restricción en el consumo de cafeína (ya que ésta, junto con el estrés, eleva la respuesta de la presión arterial), la disminución del consumo de alcohol, disminución de masa corporal (en pacientes con exceso de peso) y el ejercicio.

También menciona el uso de medicinas que en general se toman diariamente y de manera indefinida. Deben considerarse a los β bloqueadores, los diuréticos, los vasodilatadores, los bloqueadores de receptores periféricos, los inhibidores de la enzima convertidora (enalapril, captopril, entre otros) y los bloqueadores del receptor de angiotensina II (Losartan o Candesartán)

A su vez, el autor refiere que existen evidencias recientes en la que se consideran a los diuréticos como el tratamiento más efectivo y tradicional para disminuir la presión arterial.

2.2.6. Diabetes Mellitus Tipo 2

La American Diabetes Association ADA (2005), muestra en una de sus investigaciones que esta, es una afección crónica que se produce por el mal funcionamiento del páncreas, el cual produce una alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono, lo cual impide el aprovechamiento de la azúcar en el cuerpo. Se considera como criterios para diagnosticarla, un nivel elevado de glucosa de 126 mg/dl en ayunas o una medida mayor a 200 mg/dl si estuviera acompañada de síntomas según lo indica Correa y Salazar (2007).

Siguiendo lo mencionado por el autor, hasta el momento la diabetes mellitus se clasifica en: Tipo I y II.

Tipo I: Presente y con mayor frecuencia en niños y jóvenes de 30 años o menos, debido a que no hay producción de insulina por las células beta del páncreas, ya sea por factores genéticos o ambientales. Este tipo se presenta en menos del 10% de los casos.

Tipo II: Presente en personas adultas, mayores de 40 años, en donde las células son resistentes para utilizar la insulina que el organismo produce, debido a la presencia del tejido adiposo, ya que es producida por factores conductuales que conducen a la obesidad. Puede controlarse con hipoglicemiantes, con un régimen de dieta y ejercicio.

Yanes et al. (2008), mencionan en su investigación que la diabetes mellitus (DM) es entre los adultos mayores, una de las enfermedades crónicas más comunes y frecuentes, lo cual aumenta de acuerdo con la edad. Aproximadamente a los 75 años, el 20% de las personas posee dicha enfermedad y el 44% de pacientes con diagnóstico de diabetes son mayores de 65 años. Las estadísticas muestran no solo el envejecimiento de la población mundial, sino también que a mediados del siglo XXI el 16% de las personas a nivel mundial será anciano, lo cual muestra un contraste con el año 1950, ya que en esta época solo el 5% de la población alcanzaba los 65 años.

2.2.6.1. Factores de Riesgo para la Diabetes Mellitus Tipo II

Para Taylor (2007), la población con esta enfermedad está en aumento debido a un estilo de vida inadecuado y a la obesidad, siendo estos los factores de riesgo para su desarrollo.

Según señala la American Diabetes Association, (1999), una persona se encuentra en riesgo de padecer esta enfermedad si:

- Tiene exceso de peso
- Realiza poco ejercicio
- Padece de hipertensión arterial
- Alguno se sus familiares padecen diabetes (hermano o padre)
- Tiene un hijo que ha nacido con más de 4kg de peso
- Pertenece a un grupo étnico de alto riesgo (estadounidenses de origen africano, latino, indio americano).

2.2.6.2. Consecuencias y Tratamiento

Taylor (2007) refiere que la diabetes está relacionada con la causa principal de ceguera en los adultos y responsable del 50% de personas que requieren diálisis por insuficiencia renal. Asimismo, está implicada en el daño al sistema nervioso, asociado al dolor y a la falta de sensibilidad. Teniendo como consecuencias en casos muy graves, la amputación de ciertas extremidades

implicadas. En consecuencia, estos pacientes tienen una menor esperanza de vida que los no diabéticos.

Este autor nos indica que dicha enfermedad es vinculada con ciertas dificultades en el funcionamiento psicosocial, asociándose a trastornos de alimentación, disfunción sexual en ambos sexos, así como la depresión, entre otros problemas.

De acuerdo con Pérez et. al (2011), el tratamiento de la diabetes mellitus tipo I requiere la administración externa de insulina, una sana y estricta alimentación y una planificación en la actividad física y el ejercicio. Adicionalmente un control médico periódico y la supresión de ciertos elementos de riesgo como el consumo de tabaco y el consumo de alimentos ricos en colesterol, esto por el mayor riesgo cardiovascular que se presentan en los pacientes diabéticos. Del mismo modo, el tratamiento de la diabetes mellitus tipo II es similar, excepto en el empleo de hipoglucemiantes en lugar de insulina.

2.2.7. Bases teórico-científicas del estudio

MODELO BIOMEDICO Y BIOPSIICOSOCIAL

Dentro de las diferentes etapas de la vida; los cambios y el proceso de adaptación que sufrimos los seres humanos es una constante. Sucede lo mismo en la última etapa, la cual no solo pasa por este proceso, sino también por innumerables enfermedades que han asolado a la humanidad. De acuerdo con Brannon y Feist (2001), las enfermedades crónicas han sustituido a las

enfermedades infecciosas respecto a los motivos principales de enfermedad y muerte. Muchas de estas enfermedades son de larga data, como las cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, diabetes y cáncer que afecta a adultos, producto muchas veces de factores relacionados con el comportamiento individual.

A comienzos de las civilizaciones, como señala Fraile (2015), hace mención que Hipócrates, hace 2500 años aproximadamente, consideraba que toda enfermedad tenía un origen natural y no era un castigo divino, lo cual nos muestra que la medicina separaba a la mente del cuerpo y se pensaba que los males tenían fundamentos únicamente biológicos. Alude también que conforme han pasado los años el investigador contemporáneo Thomas Szasz (1970), expresa en una exploración que sólo hay una forma de controlar el problema en una enfermedad, ya que de manera particular cada una tiene un solo elemento que es capaz de dominar a los restantes.

En relación con ello, el modelo biomédico define la salud de manera exclusiva en términos de ausencia de enfermedad, es permisible el desarrollo desde el diagnóstico hasta la parte farmacológica de una enfermedad. A la misma vez que resalta la curación de esta en vista de un deterioro por parte de la prevención, (Amigo, 2016).

Caso contrario, el autor ya mencionado y colaborador, plantea que en todas las fases de una enfermedad persisten diferentes causas como las biológicas, las psicológicas y las sociales.

De esta forma, el modelo biopsicosocial según refiere Brannon y Feist (2001) incorpora las condiciones biológicas, psicológicas y sociales, resaltando la salud como una condición positiva y contemplando de manera particular la enfermedad crónica, como consecuencia de la interacción de las condiciones ya mencionadas.

Dentro de estas perspectivas, Arrivillaga, Correa y Salazar (2007) plantea que la mayoría de las enfermedades crónicas pueden estar relacionadas a diversos factores y a la vez a malas conductas obtenidas a lo largo de los años, por lo cual la psicología se ha visto relacionada con la salud. De esta manera la psicología contribuye con diversas técnicas en la modificación de conductas inadecuadas ante el impacto psicológico del diagnóstico y a la adhesión del tratamiento de enfermedades crónicas.

2.3. Definición de términos básicos

2.3.1. Adulto Mayor

Persona mayor de 60 años.

2.3.2. Depresión

Estado de ánimo variable, tristeza, melancolía, pérdida de interés.

2.3.3. Adherencia al tratamiento

Ejecución favorecedora de las prescripciones médicas.

2.3.4. Hipertensión

Situación que presentan las personas cuando la presión está mayor a 140/90 mm Hg.

2.3.5. Diabetes Mellitus Tipo II

Enfermedad sistémica crónica que influye de manera determinante en el estilo de vida del paciente, no necesitando la administración externa de insulina.

CAPITULO III

HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1. Supuestos científicos

Según Oblitas (2004) una persona que adquiere una enfermedad crónica presenta cambios significativos cuando afronta el hecho, la duración y las consecuencias de esta. De esta manera, los pacientes que tienen conocimiento que sufren una afección de esta magnitud, reaccionan con actitudes similares a una persona que se enfrenta inicialmente a una situación de pérdida. A ello, se le denomina “duelo”, la cual consta de cinco fases: la negativa, la ira, la de negociar la realidad, la tristeza y abatimiento y la de renunciar a una realidad que ya no es posible.

Como ya se señaló, para el autor antes citado, la persona que se entera que padece de alguna afección de esta magnitud, experimenta una carencia, en donde inicialmente reaccionará negando la enfermedad (es ahí donde buscará una segunda opinión, no hablará del tema, etc.) tratando de ocultar lo que padece actualmente. Asimismo, manifestará irritación por el hecho de estar enfermo. Por lo cual, en ese preciso momento la persona ha “aceptado” que tiene la enfermedad, es decir, ya no la niega, pero a la vez, le parece injusto que le haya sucedido precisamente a él. Tendrá que pasar tiempo para aceptar sin enojo su enfermedad.

Es así como, hay una mayoría de personas que ponen en riesgo sus vidas, ya que presentan síntomas depresivos, los cuales necesitan un tratamiento psicológico o psiquiátrico, debido a que pueden surgir pensamientos suicidas, ideas de muerte, que por lo cual será necesario remitirlo a un internamiento hospitalario. Asimismo, hay ocasiones en que la persona acepta su situación de padecer esta afección. Como también hay personas que demoran más tiempo en llegar a esta etapa de aceptación, por lo cual “el duelo no está resuelto”, es en donde no se evidenciará adhesión al régimen terapéutico y a un bienestar social adecuado, siendo así necesario un tratamiento psicológico.

Se pueden ver que los síntomas depresivos y ansiosos son los que más destacan y los cuales están relacionados ante el curso de una enfermedad crónica según refiere el autor.

Cabe señalar que, un paciente con diabetes mellitus, que padece síntomas depresivos, expresará que se siente triste y desanimado, por lo cual esto afectará su autocuidado personal apego al tratamiento y por consecuente a su control metabólico. También refiere que, para el paciente diabético, el estado psicológico es la quinta causa de muerte de esta enfermedad, y la mejor entre las diversas variables fisiológicas y clínicas.

Como ha sido mencionado por Oblitas (2004), se pretende resaltar la importancia de la aceptación de la realidad (donde se encuentran las quejas emocionales de un paciente con enfermedad crónica) y la adhesión al régimen terapéutico, ya que esta no se da de la misma manera para todas las personas, por lo cual afecta su estado mental y bienestar social. Los síntomas depresivos

incrementan la probabilidad de poseer diabetes mellitus tipo II, por lo cual padeciendo estas dos afecciones se incrementa la posibilidad a obtener una enfermedad cardiovascular.

Por otra parte, en el estudio de Constantino et al. (2014) se estimó la frecuencia de depresión y ansiedad asociada con el control glicémico en diabéticos tipo II. Los resultados según las pruebas aplicadas presentan una elevada frecuencia de depresión y ansiedad en diabéticos tipo II, más no hubo relación con el control glicémico. Por consiguiente, el diabético tipo II presenta una muy mala adherencia al tratamiento siendo este paciente el menos adherente.

De acuerdo con lo planteado por Pérez et al (2011), un mal uso de la dieta en pacientes diabéticos (como por ejemplo tomar algún alimento del que se tenía prohibido), provocará consecuencias aversivas automáticas típicas relativas a la salud (como el dolor, el malestar, etc.), como también es muy probable que las provocará del tipo positivo (las propias de consumir un alimento deseado y del cual se tenía no permitido, y las sociales o verbales con relación a la sensación de sentirse “algo más normal”, “descubrir que no pasa nada”, etc.). De esta manera es frecuente encontrar que la presión social fomentada por la ignorancia o el conformismo hace que la ruptura a la adherencia del tratamiento se una al natural deseo de recuperar la normalidad.

De esta manera se han realizado numerosos estudios de intervención psicológica con el fin de facilitar la adhesión al régimen terapéutico de las personas con diabetes mellitus tipo II, teniendo como característica esencial la

aplicación de contingencias ante el cumplimiento o no del tratamiento, ya sea sobre la realización de conductas relacionadas con la adhesión al régimen terapéutico, así como las conclusiones de diferentes medidas bioquímicas que se relacionan con el control metabólico, como la glucosa en la sangre, la hemoglobina glicosilada o de las pruebas de orina, tal como lo señala Pérez et. al (2011).

Por otra parte, en un texto citado por Amigo (2016) se realizó una investigación longitudinal, teniendo como resultados que los síntomas que presenta la depresión influían de manera independientes y relevante al progreso de una enfermedad cardiovascular, considerando a la depresión como un factor de riesgo clásico tanto como el colesterol como la hipertensión. Además, hay evidencias que los pacientes cardiacos con signos depresivos tienden a sufrir un incremento de nuevos episodios cardiocoronarios a comparación de los no deprimidos.

3.2. Hipótesis

3.2.1. General

H₁: Existe relación entre los niveles de depresión y la adherencia al tratamiento en Adultos Mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus de un centro de salud de Pisco.

3.2.2. Específicas

H2: Existen relación estadísticamente significativa entre los niveles de depresión y la adherencia al tratamiento en Adultos Mayores con hipertensión arterial de un centro de salud de Pisco.

H3: Existe relación estadísticamente significativa entre los niveles de depresión y la adherencia al tratamiento en Adultos Mayores con diabetes mellitus tipo II de un centro de salud de Pisco.

3.3. Variables de estudio

- Adulto mayor
- Depresión
- Adherencia al tratamiento
- Hipertensión Arterial
- Diabetes Mellitus tipo II
- Hipertensión Arterial

CAPITULO IV

MÉTODO

4.1. Diseño y tipo de investigación

La investigación pertenece al diseño descriptivo correlacional tal como lo señalan Hernández et al. (2003), obteniendo datos importantes con la finalidad de establecer el grado de asociación no causal o el grado de relación entre 2 o más variables. Es así como inicialmente medimos las variables y posteriormente se estima la correlación teniendo en cuenta las pruebas de hipótesis correlacionales y a la vez aplicando las técnicas estadísticas.

El tipo de investigación es de tipo básica, tal como lo indican Sánchez y Reyes (2015), en la proporción de obtener datos realistas enriqueciendo así nuestros conocimientos.

4.2. Población de estudio

La población es de 500 pacientes de ambos sexos con edades mayores a 60 años, los cuales pertenecen al “Programa de Hipertensión y Diabetes”, los mismos que cumplen criterios diagnósticos de patologías crónicas ya mencionadas, durante un periodo de 2 meses de un Centro de Salud de Pisco.

4.3. Muestra de investigación

Se consideró a 100 pacientes de ambos sexos con edades mayores a 60 años, que cumplen criterios diagnósticos de patologías crónicas de hipertensión arterial (61) y de diabetes mellitus tipo II (39), evaluados durante 2 meses en un Centro de Salud de Pisco.

La muestra de investigación presentada es de carácter intencional, tal como lo precisan Sánchez y Reyes (2015). Este muestreo se realizó por carácter de conveniencia por lo cual es no probabilística. Se consideró asimismo como criterio de selección lo siguiente:

- Criterios de Inclusión: el diagnóstico de diabetes mellitus tipo II y ser paciente de Essalud de Pisco, Departamento de Ica.
- Criterios de Exclusión: pacientes con déficit sensorial marcado que no puedan llenar los cuestionarios.

4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se aplicaron la Escala de Depresión Geriátrica (YESAVAGE) y el Test de Morisky – Green – Levine.

4.4.1. Escala de Depresión Geriátrica (GDA) YESAVAGE

La Escala de Depresión Geriátrica de YESAVAGE fue elaborada por Brink y Yesavage en el año 1982 para la evaluación de la vida afectiva de los adultos mayores. Inicialmente constaba de 100 ítems, de los cuales se escogieron los que tenían más relación con los totales, evidenciando así una mayor autenticidad. Asimismo, se han considerado versiones más abreviadas de (15, 10, 5 y 4 ítems). Finalmente, la Escala de Depresión Geriátrica comprende 30 preguntas, la puntuación es de 0 a 30. Se presentan en forma de SI / NO, siendo las puntuaciones de 0 (ausencia de depresión) y 1 (presencia de depresión).

Para esta investigación, se analizó la validez del instrumento con la investigación desarrollada por Delgado (1993), en donde la prueba presenta alta validez y confiabilidad de 0.81 (Spearman-Brown – Dos mitades) y 0.86 (Kuder Richardson – Consistencia Interna). Asimismo, se encontró una correlación entre la GDS y la Escala de Depresión de Beck de 0.67.

4.4.2. Test de Morisky-Green-Levine

Fue elaborado por Morisky-Green y Levine en 1986 para verificar el cumplimiento y la toma de la medicina en pacientes con hipertensión arterial.

Limaylla y Ramos (2016) realizaron una investigación documental de las maneras en las que se valora el régimen de tratamiento, con el objetivo de mostrar a la comunidad de salud, las acciones apropiadas para la efectividad

del tratamiento. En donde se concluye que el Test de Morisky-Green-Levine es efectivo para detectar al paciente no cumplidor con diabetes mellitus II e hipertensión arterial.

Se analizó la validez del instrumento con la investigación nacional desarrollada por Dávila et al. (2013) en donde el Test de Morisky-Green-Levine es aplicado para establecer los factores que influyen en la adhesión al tratamiento en personas diabéticas mayores de 60 años de un centro de salud. Se concluye que hay un porcentaje mayor al 50% de pacientes diabéticos mayores de 60 años que no cumplen el régimen terapéutico.

Tiene una precisión alfa de 0.61, basada en la relación entre un puntaje elevado del test y buen control de presión arterial a los 5 años, y a su vez, un puntaje bajo en el test con un mal control de la presión arterial a los 5 años. Es corto y fácil de realizar, a la validez predictiva a largo plazo y la identificación de problemas específicos que surgen de las respuestas del test como la corrección de errores en la toma de medicamentos (si en algún momento se siente mal, deja de tomarlos), que los medicamentos sean tomados según el horario del paciente para evitar que se olvide (relacionar la toma de la medicina al horario de las comidas o lavado de dientes), o involucrar a algún miembro de la familia como parte del apoyo a largo plazo.

De este modo, se utilizará el test de Morisky-Green-Levine para determinar la adherencia al tratamiento. Desde que el test fue considerado, ha sido utilizado en diversas afecciones: hipertensión arterial, sida, diabetes, cáncer, etc.

Es un método no directo que se basa en la entrevista voluntaria, este cuestionario consta de cuatro preguntas con respuestas dicotómicas (sí/no), en

donde se refleja el actuar del paciente respecto al cumplimiento del tratamiento farmacológico. En el cual, se considera cumplidor si la persona responde completa y correctamente las cuatro preguntas.

4.5. Procedimientos para la recolección de datos.

Se solicitó por escrito al director del centro de salud de Pisco el permiso para administrar los test psicológicos. Al contar con la autorización, se procedió a la evaluación de los pacientes de ambos sexos, adultos, de 60 años a más. Se les aplicó de manera individual, completando inicialmente un formato de consentimiento informado (Ver Anexo A). En primer lugar, se aplicaba la Escala de Depresión Geriátrica (GDA) YESAVAGE y posteriormente se aplicaba a la misma persona el Test de Morisky-Green-Levine.

4.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Una vez finalizada las evaluaciones, los resultados fueron procesados por el programa SPSS Versión 24.

Se utilizó la prueba no paramétrica Chi - Cuadrado para determinar si existen relaciones estadísticamente significativas entre las proporciones del nivel de depresión con respecto a la adherencia al tratamiento, además los test tienen una medición nominal dicotómica. A la vez se elaboraron ayudas visuales como tablas y gráficos en relación con las hipótesis formuladas.

El nivel de significancia utilizado fue de 0.05.

CAPITULO V

RESULTADOS

5.1. Presentación y análisis de datos

Esta investigación nos llevó a ver la posibilidad de que exista relación entre los niveles de depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes adultos mayores de un centro de salud de Pisco, de acuerdo con la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y el Test de Morisky-Green-Levine. Los resultados se describen en tablas de acuerdo con las hipótesis planteadas. El nivel de significancia empleado en el procesamiento de datos es de 0.05.

En la tabla 1 se observan las frecuencias de los niveles de depresión y la adherencia al tratamiento con los puntajes obtenidos según la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en los pacientes adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II de un Centro de Salud de Pisco.

Tabla 1
Frecuencia de los niveles de depresión y la adherencia al tratamiento en adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II

Niveles de Depresión	Adherencia al Tratamiento		Total
	Adherente	No Adherente	
Normal	15	48	63
Leve	0	17	17
Moderado	0	13	13
Severo	0	7	7
Total	15	85	100

En la tabla 2 se observa la relación entre el nivel normal de depresión y la adherencia al tratamiento con los puntajes obtenidos según la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en los pacientes adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II de un Centro de Salud de Pisco, a la vez se muestra el p-valor (0.016) de la prueba estadística Chi Cuadrado que es menor a 0.05 rechazándose la H_0 por lo que aceptamos la hipótesis alternante H_1 : que hay relación estadísticamente significativa entre los niveles de depresión y adherencia al tratamiento en adultos mayores con Hipertensión arterial y Diabetes mellitus de un centro de salud de Pisco.

Tabla 2
Relación entre el nivel normal de depresión y la adherencia al tratamiento en adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II utilizando la prueba Chi-Cuadrado.

Nivel de Depresión	Adherencia al Tratamiento		Total	Chi Cuadrado
	Adherente	No Adherente		
Normal	15	48	63	10.36 ^a (p=0.016)

*p<0.05

En la tabla 3 se observa la frecuencia de los niveles leve, moderado y severo de depresión y la adherencia al tratamiento con los puntajes obtenidos según la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en los pacientes adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II de un Centro de Salud de Pisco.

Tabla 3
Frecuencia de los niveles leve, moderado y severo de depresión y la adherencia al tratamiento en adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II.

Niveles de Depresión	Adherencia al Tratamiento		Total
	Adherente	No Adherente	
Leve	0	17	17
Moderado	0	13	13
Severo	0	7	7

En la tabla 4 se observan las frecuencias de los niveles de depresión y la adherencia al tratamiento de los puntajes obtenidos según la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y el Test de Morisky-Green-Levine en los pacientes adultos mayores con hipertensión arterial de un Centro de Salud de Pisco.

Tabla 4
Frecuencia de los niveles de depresión y la adherencia al tratamiento en adultos mayores con hipertensión arterial.

Enfermedad	Nivel de Depresión	Adherencia al Tratamiento		Total
		Adherente	No Adherente	
Hipertensión Arterial	Normal	13	26	39
	Leve	0	9	9
	Moderado	0	8	8
	Severo	0	5	5
Total		13	48	61

En la tabla 5 se observa la relación entre el nivel normal de depresión y la adherencia al tratamiento de los puntajes obtenidos según la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y el Test de Morisky-Green-Levine en los pacientes adultos mayores con hipertensión arterial de un Centro de Salud de Pisco, a la vez se muestra el p-valor (0.025) de la prueba estadística Chi Cuadrado que es menor a 0.05 rechazándose la H_0 por lo que aceptamos la

hipótesis alternante H1: que hay relación estadísticamente significativa entre los niveles de depresión y adherencia al tratamiento en adultos mayores con Hipertensión arterial de un centro de salud de Pisco.

Tabla 5
Relación entre el nivel normal de depresión y la adherencia al tratamiento en adultos mayores con hipertensión arterial utilizando la prueba de Chi – Cuadrado.

Enfermedad	Nivel de Depresión	Adherencia al Tratamiento		Total	Chi Cuadrado
		Adherente	No Adherente		
Hipertensión Arterial	Normal	13	26	39	9.32 ^a (p=0.025)

*p<0.05

En la tabla 6 se observa la frecuencia de los niveles leve, moderado y severo de depresión y la adherencia al tratamiento de los puntajes obtenidos según la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y el Test de Morisky-Green-Levine en los pacientes adultos mayores con hipertensión arterial de un Centro de Salud de Pisco.

Tabla 6
Frecuencia de los niveles leve, moderado y severo de depresión y la adherencia al tratamiento en adultos mayores con hipertensión arterial.

Enfermedad	Nivel de Depresión	Adherencia al Tratamiento		Total
		Adherente	No Adherente	
Hipertensión Arterial	Leve	0	9	9
	Moderado	0	8	8
	Severo	0	5	5

En la tabla 7 se observan las frecuencias de los niveles de depresión y la adherencia al tratamiento de los puntajes obtenidos según la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y el Test de Morisky-Green-Levine en los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II de un Centro de Salud de Pisco.

Tabla 7

Frecuencia de los niveles de depresión y la adherencia al tratamiento en adultos mayores con diabetes mellitus tipo II.

Enfermedad	Nivel de Depresión	Adherencia al Tratamiento		Total
		Adherente	No Adherente	
Diabetes Mellitus tipo II	Normal	2	22	24
	Leve	0	8	8
	Moderado	0	5	5
	Severo	0	2	2
Total		2	37	39

En la tabla 8 se observa que no existe relación entre el nivel normal de depresión normal y la adherencia al tratamiento de los puntajes obtenidos según la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y el Test de Morisky-Green-Levine en los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II de un Centro de Salud de Pisco, a la vez se muestra el p-valor (0.725) que es mayor que 0.05 de la prueba estadística Chi Cuadrado que es mayor que 0.05 por lo que aceptamos la Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre los niveles de depresión y la adherencia al tratamiento en adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo II de un centro de salud de Pisco.

Tabla 8

Relación entre el nivel normal de depresión y la adherencia al tratamiento en adultos mayores con diabetes mellitus tipo II utilizando la prueba de Chi – Cuadrado.

Niveles de depresión	Adherencia al tratamiento			Chi cuadrado
	Adherente	No adherente	Total	
Normal	2	22	24	1.32 ^a (p=0.725)

*p<0.05

En la tabla 9 se observa la frecuencia de los niveles leve, moderado y severo de depresión y la adherencia al tratamiento de los puntajes obtenidos según la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y el Test de Morisky-Green-Levine en los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II de un Centro de Salud de Pisco.

Tabla 9

Frecuencia de los niveles leve, moderado y severo de depresión y la adherencia al tratamiento en adultos mayores con diabetes mellitus tipo II.

Niveles de depresión	Adherencia al tratamiento		Total
	Adherente	No Adherente	
Leve	0	8	8
Moderado	0	5	5
Severo	0	2	2

5.2 Discusión de resultados

La interrogante de esta investigación surge para dar a conocer las posibles relaciones entre los niveles de depresión y la adherencia al tratamiento en las enfermedades de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II según la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y el Test de Morisky-Green-Levine. Asimismo, se plantea las posibles relaciones entre los niveles de depresión y la de adherencia al tratamiento, teniendo en cuenta cada una de las enfermedades señaladas.

Los resultados que se han obtenido luego de aplicar la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y el Test de Morisky-Green-Levine, permiten mencionar que hay relación estadísticamente significativa entre los niveles de depresión

(normal, leve, moderada y severa) y la adherencia al tratamiento en ambas enfermedades.

En estas, se aprecia que la depresión es un factor determinante en el cumplimiento de un régimen terapéutico, siendo esta enfermedad la más frecuente en población adulta mayor, ya que el proceso de envejecimiento viene acompañado de diversos factores, coincidiendo así con Ardilla y Roselli (2007).

Es así que lo señalado en una investigación nacional realizada por Quinto (2018), encuentra que las enfermedades más frecuentes que presentan algún nivel de depresión eran la hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II y la insuficiencia cardiaca, siendo la hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II parte del presente estudio.

Del mismo modo una investigación nacional realizada por Patilla (2011), concluye que hay una mayor posibilidad de presentar síntomas depresivos, de ansiedad y estrés en pacientes que no cumplen el régimen terapéutico. Lo cual podemos observar en la Tabla 3, que detalla la presencia de pacientes no adherentes en los niveles leve, moderado y severo de depresión, encontrando así la relación entre depresión y adherencia al tratamiento en esta población.

Caso contrario, según lo planteado por Escandon-Nagel (2015), el éxito de la adherencia terapéutica no guarda relación favorable con la depresión, así mismo, establece la existencia de mínimos síntomas depresivos y una buena adherencia al tratamiento, lo cual guarda coherencia con lo reflejado en la

Tabla 1, donde la mayoría de los pacientes muestran un nivel de depresión normal con puntajes bajos, presentando así, pocos o ningún síntoma.

Para el caso de la hipótesis específica que busca saber si hay relación entre los niveles de depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial se hallaron evidencias estadísticamente significativas.

Uno de los riesgos de no adherirse al tratamiento puede desencadenar una enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal crónica, entre otras; también señala a la depresión como una reacción emocional propia de diagnósticos en enfermedades crónicas, siendo esta la que afecte de manera negativa a la adhesión al tratamiento, según indica Taylor 2007. De esta manera un artículo concluye que la presencia de síntomas depresivos tiene un peor pronóstico y por lo tanto una mayor resistencia al tratamiento tal como lo menciona Lemos y Agudelo (2015). Asimismo, un estudio más consistente realizado por Pérez (2011) muestra que la depresión es un factor significativo y determinante en las afecciones cardiovasculares.

Según menciona Rubio (2005), la depresión interviene de manera relevante en la falta de motivación y adherencia al tratamiento, ya que mediante un estudio se encontró que la depresión cumple una función importante en la regulación de la presión arterial. Lo cual afirma la relación que existe entre la depresión y la adherencia al tratamiento situando a la mayoría de los pacientes hipertensos entre los no adherentes; de manera similar otra investigación, realizada por Urbina (2017), señala que la depresión está asociada a la no adherencia terapéutica en pacientes hipertensos, como se ve plasmado en la Tabla 6.

Como señala Silva et. al (2005), los estados de ánimo intervienen de manera negativa al cumplimiento del tratamiento.

Por otra parte, en la segunda hipótesis específica se buscaba indagar acerca de la relación entre los niveles de depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II, encontrando como resultados que no hay una relación estadísticamente significativa.

Sin embargo, las teorías e investigaciones consideradas en nuestro estudio no tienen que ver con los resultados obtenidos. Tal como lo podemos observar en la investigación internacional de Constantino (2014), el cual halló que la depresión es una constante dentro de esta afección. Lo cual diferimos en esta teoría ya que cualitativamente en las diversas entrevistas hemos podido apreciar la falta de ánimo, frustración, resignación, propias de las características del curso de la enfermedad y no de una posible depresión, mucho menos en niveles mayores, lo cual podemos observar en la Tabla 8, que la mayoría de los pacientes no adherentes al tratamiento se sitúan en un nivel normal indicando así que poseen pocos síntomas dentro de la escala administrada. De la misma manera lo establece Oblitas, 2004, quien demuestra que la calidad de vida del paciente diabético disminuye conforme aumenta la sintomatología y las complicaciones dentro de la afección, esta investigación apoya a lo dicho anteriormente, confirmando así que la depresión no es un elemento que determine el cumplimiento al régimen terapéutico, sino más bien, los síntomas presentados son característicos de la afección médica.

Caso contrario podemos observar en la investigación nacional de Córdova (2016), el cual menciona un predominio de la depresión en la adhesión al

tratamiento, por lo que esta investigación difiere según lo evidenciado en la Tabla 7, encontrando que no existe una relación entre las variables, asimismo, la investigación menciona que hay una mayor proporción de adherencia en pacientes con ausencia de síntomas depresivos, lo que contrasta con el estudio planteado observándose la minoría de pacientes adherentes en bajos niveles de depresión.

Finalmente, otro estudio nacional realizado por Miranda (2017), resalta a la diabetes mellitus tipo II como factor asociado a la depresión en adultos mayores esto concuerda con lo señalado por Oblitas (2004), el cual describe a un paciente diabético con síntomas depresivos, afectando su autocuidado y apego al tratamiento, señalando a esta afección médica como el 5to predictor de mortalidad. Considerando de esta manera una evidencia a los niveles altos de depresión en estos pacientes, lo cual no resalta la Tabla 9, donde se observa que los niveles leve, moderado y severo de depresión tienen una menor población según la muestra obtenida, sucede lo contrario respecto a síntomas de un estado de ánimo triste, el cual interfiere en el autocuidado e incapacidad para realizar funciones básicas.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones generales específicas

A continuación, se exponen los hallazgos principales:

- Existe relación estadísticamente significativa en los niveles de depresión (normal, leve, moderada y severa) y la adherencia al tratamiento de ambas enfermedades (Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo II) según los instrumentos Escala de Depresión Geriátrica (GDA) YESAVAGE y el Test de Morisky-Green-Levine.
- Existe relación estadísticamente significativa en los niveles de depresión y la adherencia en la enfermedad de hipertensión arterial.
- No existe relación estadísticamente significativa en los niveles de depresión y el grado de adherencia en la enfermedad de diabetes mellitus tipo II.
- La depresión es un factor determinante en la adherencia a la enfermedad crónica, mas no se manifiesta del mismo modo de acuerdo al diagnóstico de la enfermedad.

- La depresión interviene de manera negativa en el cumplimiento al tratamiento al régimen terapéutico.
- La diabetes mellitus tipo II presenta síntomas muy similares a la depresión durante el curso de la enfermedad.

6.2. Recomendaciones

- Ejecutar estudios que exploren más detalladamente el perfil psicológico del paciente con enfermedad de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II.
- Incluir en las presentes investigaciones variables de control como por ejemplo el tiempo de enfermedad.
- Tomar conciencia de la importancia de la depresión durante el proceso de una enfermedad crónica ya que en un nivel alto puede interferir con el bienestar social del ser humano.
- Desarrollar instrumentos para la realidad del Perú.

6.3. Resumen del estudio

La presente investigación se centra en determinar si existe relación estadísticamente significativa entre los niveles de depresión y la adherencia al tratamiento en adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II.

Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Depresión Geriátrica (GDA) YESAVAGE y el Test de Morisky-Green-Levine, administrados en el orden respectivo.

La muestra estuvo conformada por 100 personas de ambos sexos, diagnosticados como una enfermedad crónica ya sea de hipertensión arterial o diabetes mellitus tipo II (61 pacientes y 39 respectivamente por cada enfermedad) que pertenecen al Centro de Salud de Pisco.

Se formuló una hipótesis general y dos específicas las cuales fueron analizadas y discutidas en los capítulos anteriores, y planteadas mediante la aplicación estadística de la Chi Cuadrado. Los resultados obtenidos muestran una relación significativa entre los niveles de depresión y la adherencia al tratamiento. De la misma manera hay una relación significativa entre los niveles de depresión y adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial. Por el contrario, no se evidencia relación significativa en pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Términos clave: depresión, adherencia, enfermedad crónica y adulto mayor.

6.4. Abstract. Key words

The present investigation focuses on determining if there is a statistically significant relationship in the levels of depression and adherence to treatment in older adults with hypertension and type 2 diabetes mellitus.

The instruments used were the Geriatric Depression Scale (GDA) YESAVAGE and the Morisky-Green-Levine Test, administered in the respective order.

The sample consisted of 100 people of both sexes, diagnosed as a chronic disease either hypertension or type 2 diabetes mellitus (61 patients and 39 respectively for each disease) belonging to the Pisco Health Center.

A general hypothesis and two specific hypotheses were formulated which were analyzed and discussed in the previous chapters, and raised by the statistical application of the Chi-square. The results obtained show a significant relationship between levels of depression and adherence to treatment. In the same way there is a significant relationship between levels of depression and adherence to treatment in patients with arterial hypertension. On the contrary, no significant relationship was found in patients with type 2 diabetes mellitus.

Key words: depression, adherence, chronic disease and older adult.

REFERENCIAS

- Amigo, I. (2016). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Amigo, I., Fernández, C. y Pérez, M. (2011). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Ardilla, A. y Rosselli, M. (2007). *Neuropsicología Clínica*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Arrivillaga, M., Correa, D. y Salazar, I. (2007). *Psicología de la Salud: Abordaje integral de la enfermedad crónica*. Bogotá: El Manual Moderno.
- Asociación Americana de Psiquiatría, APA. (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5ta Edición*. España: Editorial Médica Panamericana.
- Azzollini, S., Bail, V., Vidal, V., Benvenuto, A. y Ferrer, L. (2015). Diabetes Tipo 2: Depresión, Ansiedad y su Relación con las Estrategias de Afrontamiento utilizadas para la Adhesión al Tratamiento. *Anuario de Investigaciones*, XXII (2015), 287-291. Consultado en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369147944029>
- Beratarrechea, A. (2010). Las enfermedades crónicas (Primera Parte). *Evidencia- Actualización en la Práctica Ambulatoria*, 13 (2), 68-73. Consultado en: <https://studylib.es/doc/4771400/las-enfermedades-cr%C3%B3nicas--primera-parte->
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo Thomson Learning.
- Constantino, A., Bocanegra, M., León, F. y Díaz, C. (2014). Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en un hospital de Chiclayo. *Revista Médica Herediana*, 25, 196-203.

Consultado en:
<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view/2176>

Córdova, J.A. (2017). *Influencia de la depresión en la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos mayores de 40 años en el Hospital II Essalud Pucallpa en el año 2014* (Tesis para optar el Título de Médico Cirujano). Universidad Nacional de Ucayali, Pucallpa, Perú. Consultado en:
<http://repositorio.unu.edu.pe/handle/UNU/1609>

Damián, J., Vera, L., Falcón, M., Miñano, J y Baca, P. (2017). Factores de No adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos e hipertensos. Chimbote, 2016. (Informe de Investigación). Universidad San Pedro, Chimbote, Perú Consultado en:
<http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/USANPEDRO/332>

Dávila, R., García, N. y Saavedra, K. (2013). *Adherencia al Tratamiento de Diabetes Mellitus Tipo 2 en Adultos Mayores: Variables asociadas. Iquitos 2013*. (Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería). Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos, Perú. Consultado en:
<http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/3541>

Davis, W.K., G.E. Hess, R.G. y Hiss (1988). "Psychological correlates of survival in diabetes". *Diabetes Care*, 11.538-545.

Delgado, A. (1993). *La escala de depresión geriátrica (GDS) a la población anciana de Lima Metropolitana: Un estudio de adaptación*. (Tesis para optar el Grado de Licenciatura en Psicología). Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú.

- Escandón-Nagel, N., Azócar B., Pérez, C. y Matus, V. (2015). Adherencia al Tratamiento en Diabetes Tipo 2: Su Relación con Calidad de Vida y Depresión. *Revista de Psicoterapia*, 26 (101), 125-138.
- Estela, B., Martínez, A. y Núñez, V. (2003). Características biopsicosociales en una población anciana. *Revista Cubana*, 19 (3). Consultado en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192003000300007
- Fraile, M. (2015). "*Modelo Biomédico y Modelo Biopsicosocial*". Mayo de 2017, de Instituto de Formación Docente Continua San Luis – Argentina. Consultado en:
<https://ifdcsanluislu.infed.edu.ar/sitio/upload/MODELO%20BIOMEDICO%20y%20BIOPSICOSOCIAL.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P., (2003). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI (2018). *Situación de la población adulta mayor*. Consultado en:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/03-informe-tecnico-n03_adulto-abr-may-jun2018.pdf
- Lemos, M. y Agudelo, D. (2015). Consideraciones sobre la depresión como factor de riesgo en pacientes cardiovasculares. *Revista CES Psicología*, 8 (1), 192-206. Consultado en:
<http://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/3333/2320>
- Limaylla, M. y Ramos, N. (2016). Métodos indirectos de valoración del cumplimiento terapéutico. *Ciencia e Investigación*, 19(2), 95-101. Consultado en:

<http://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/3333>

Marks, D., Murray, M., Evans, B., Willig, C., Woodall, C. y Sykes, C. (2008).

Psicología de la Salud. Teoría, Investigación y práctica. México: El Manual Moderno.

Miranda, K. (2017). *“Diabetes mellitus tipo 2 como factor asociado a depresión*

en adultos mayores”. (Tesis para optar el Título Profesional de Médico

Cirujano). Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú.

Consultado en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2600>

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2012). *Plan Estratégico*

Institucional 2012-2016. Consultado en:

<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Transparencia/05PlanEstrategico/Archivos/pei/2012/PEI2012-2016MINSAReprog.pdf>

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2013). *Plan Nacional para las*

Personas Mayores 2013-2017. Consultado en:

<https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/planpam3.pdf>

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2015). Consultado en:

<https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/lca2.html>

Mohadeb, S. (2004). *Hipertensión Arterial desde el punto de vista psicológico*.

Argentina: Librería Akadia Editorial.

Moral de la Rubia, J. y Alejandra, M. (2014). Predictores Psicosociales de

Adherencia a la Medicación en Pacientes con Diabetes Tipo 2. *Revista*

Iberoamericana de Psicología y Salud, 6 (2015), 19-27. Consultado en:

<https://www.redalyc.org/html/2451/245132933003/>

Oblitas, L. (2004). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México: Thomsom.

Organización Mundial de la Salud. (2003). *El incumplimiento del tratamiento*

prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de

gran envergadura. Ginebra - Suiza: Ediciones de la OMS. Consultado en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Informe sobre la Situación Mundial de las enfermedades no transmisibles 2014*. Consultado en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf;jsessionid=63C489C97972DB8BB60B04CB586C046F?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Envejecimiento y Salud*.

Consultado en:

<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Envejecimiento*. Consultado en:

<https://www.who.int/topics/ageing/es/>

Patilla, C. (2011). “*Ansiedad, depresión y situaciones generadoras de estrés en pacientes diabéticos tipo 2 con adherencia y sin adherencia al tratamiento*”. (Tesis para optar el Título Profesional de Psicología). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Consultado en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/582>

Pérez, M., Fernández, R., Fernández, C. y Amigo, I. (2011). *Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces II – Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.

Quinto, J. (2018). “*Nivel de Depresión de la Población Adulta Mayor hospitalizada el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo*”. (Tesis para optar el Título de Médico Cirujano). Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú. Consultado en: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/1742>

- Ramos, Y., Morejón, R., Gómez, M., Reina, M., Rangel, C. y Cabrera, Y. (2017). Adherencia Terapéutica en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. *Revista Finlay*, 7 (2017), 89-98. Consultado en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/474>
- Rubio, A. (2005). *Hipertensión Arterial*. México: El Manual Moderno.
- Sánchez, H., y Reyes, C. (2015). *Metodología y Diseños en la Investigación Científica*. Lima: Business Support Aneth.
- Silva, G., Galeano, E. y Correa, J. (2005). Adherencia al tratamiento Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Médica Colombiana*. 30 (4), 268-273. Consultado en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163113820004>
- Urbina, V.A. (2017). “*Depresión como factor a no adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial en un hospital público del Perú*”. (Tesis para optar el Título de Médico Cirujano). Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú. Consultado en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2675>
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la Salud*. México: McGraw-Hill.
- Yanes, M., Cruz, J., Yanes, M., Calderín, R., Pardías, L. y Vásquez, G. (Febrero, 2008) Diabetes mellitus en el anciano, un problema frecuente. *Instituto Nacional de Endocrinología (INEN)*. La Habana, Cuba. Consultado en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol25_2_09/mgi11209.htm

ANEXOS

CONSENTIMIENTO DE PERMISO INFORMADO

Por la presente, declaro mi participación voluntaria para completar la prueba correspondiente a la Escala de Depresión de Yesavage y el Test de Morisky Green en la investigación conducida por el equipo de las Bachilleres en Psicología: Srta. Claudia Rodas Vera y Srta. Myriam Carmen Vargas Caycho como parte de su investigación de Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología. Asimismo, declaro, tener información sobre el objetivo y procedimiento referido a la administración de esta prueba, y en caso que requiera información sobre los resultados, se me ha proporcionado el medio por el cual puedo solicitarlos.

Del mismo modo, se me asegura la privacidad de la información proporcionada, que mi participación está libre de todo perjuicio a mi persona y que puedo dejar de participar o completar la prueba cuando así lo estime conveniente.

Estando de acuerdo con lo señalado, dejo la constancia de mi aceptación.

Surco, 16de 2018.

Firma o seudónimo (Opcional).

Acepto: _____ (Marcar)