

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO



**ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN
PACIENTES CON ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO, PERÚ, 2019**

SUSTENTACIÓN DE TESIS VIRTUAL

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA

PRESENTADO POR

LOURDES GLORIA KARLA CÁRDENAS CERDAN

ASESOR: Dr. FELIX LLANOS TEJADA

Lima, Perú 2021

Agradecimientos

A la vida quien me puso al frente de los prójimos para observarlos, entenderlos y poder brindarles mi ayuda mediante el conocimiento que se me ha permitido saber. Gracias porque este trabajo me ha permitido entablar una nueva perspectiva sobre el trato humano y las necesidades no explícitas de nuestros pacientes.

A mi asesor Félix Llanos, quien ha sabido ordenar mis ideas y que pueda ser posible transmitir las, por la paciencia y sus valiosos conocimientos.

Dedicatoria

A mi madre, por incubarme en su vientre y darme su salud desde el día que nací, por sus fuerzas imparables a pesar de su cuerpo frágil, por enseñarme la resiliencia y todo aquello que me ha traído hasta donde estoy y quien me ha encaminado en esta travesía la cual estoy por empezar.

Resumen

Objetivo: Determinar si existe asociación entre depresión y adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas que acuden a consultorio externo del Hospital Nacional Dos de Mayo en Lima durante el periodo 2019.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo transversal analítico para evaluar si los pacientes que tenían depresión también son no adherentes al tratamiento. La muestra final fue constituida por 222 pacientes, en ellos se diagnosticó depresión previamente con el test PHQ9 el cual consta de 9 preguntas escalonadas según frecuencia de los síntomas y que a su vez permite discernir entre depresión menor y depresión mayor, la adherencia al tratamiento se evaluó mediante el cuestionario de Morisky Green, que engloba 4 preguntas sobre el uso de sus medicamentos a diario. El análisis de los datos obtenidos se realizó mediante el programa SPSS versión 23, el valor de χ^2 para evidenciar la asociación entre depresión y adherencia al tratamiento y la asociación entre otras variables cualitativas, y el cálculo de la T de Student para la asociación de variables cuantitativas y cualitativas.

Resultados: En la evaluación de los 222 pacientes se obtuvo un valor de $p < 0.001$ para la asociación entre depresión y adherencia al tratamiento. Se describe también el hallazgo de adherencia (53.2%) y depresión en la población con enfermedades respiratorias crónicas (54.1%), cuya prevalencia resultó ser mayor que en las demás enfermedades no transmisibles con las cuales comparte grupo.

Conclusión: Existe asociación entre la presencia de depresión y la adherencia al tratamiento en aquellos pacientes con enfermedades respiratorias crónicas. Los pacientes con enfermedad pulmonar crónica con depresión tienen 5 veces más riesgo de ser no adherentes al tratamiento. Los pacientes con enfermedad pulmonar crónica son la población con mayor prevalencia de depresión dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Palabras claves: Enfermedad pulmonar crónica, adherencia al tratamiento, depresión.

Abstract

Objective: To determine if there is an association between the presence of depression and adherence to treatment in patients with chronic respiratory diseases who come to an external office of the Dos de Mayo National Hospital in Lima during the 2019 period.

Materials and methods: An observational, descriptive study of the association of analytical cross-sectional variables was carried out to assess whether patients suffering from depression are also non-adherent to the treatment. The final sample was made up of 222 patients. Assessed using the Morisky Green questionnaire, which includes 4 questions on the use of their medications on a daily basis. The analysis of the data obtained was carried out using the SPSS version 23 program, the Chi2 value to show the association between depression and treatment adherence and the association between other qualitative variables, and the calculation of the Student T for the association of variables. quantitative and qualitative.

Results: In the evaluation of the 222 intervening patients, the chi square found gives a value of $p < 0.001$ for the association between depression and treatment adherence, a value that makes this association statistically significant. The finding of adherence (53.2%) and depression in the population with chronic respiratory diseases (54.1%), whose prevalence turned out to be higher than in the other non-communicable diseases with which they share a group, are also described.

Conclusion: There is an association between the presence of depression and adherence to treatment in those patients with chronic respiratory diseases. Patients with chronic lung disease with depression are 5 times more likely to be non-adherent to treatment. Patients with chronic lung disease are the population with the highest prevalence of depression among chronic non-communicable diseases.

Key words: Chronic lung disease, adherence to treatment, depression.

ÍNDICE

Agradecimientos.....	2
Resumen.....	4
Abstract.....	5
1. CAPÍTULO I: Problema de investigación	7
1.1 Planteamiento del problema: general y específicos.....	7
1.2 Formulación del problema.....	8
1.3 Justificación de la investigación.....	9
1.4 Delimitación del problema: Línea de investigación.....	10
1.5 Objetivos de investigación.....	11
2. CAPÍTULO II: Marco teórico.....	12
2.1 Antecedentes de investigación.....	12
2.1.1 Antecedentes Internacionales.....	12
Antecedentes Nacionales.....	15
2.2 Bases teóricas.....	18
2.3 Definición de conceptos operacionales.....	43
3. CAPITULO III: Hipótesis y variables.....	44
3.1 Hipótesis: general y específica	44
3.2 Variables principales de investigación	45
4. CAPITULO IV: Metodología.....	47
4.1 Tipo y diseño de investigación	47
4.2 Población y muestra.....	48
4.3 Operacionalización de variables.....	48
4.3.1 Tamaño muestral.....	49
4.3.2 Tipo de muestreo.....	49
4.3.3 Criterios de selección de la muestra.....	49
3.3.2Criterios de inclusión.....	49
4.4.2Criterios de exclusión.....	49
4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	50
4.5 Recolección de datos.....	50
4.6 Técnica de procesamiento y análisis de datos	50
5 CAPÍTULO V: Resultados y discusión.....	51
5.1 Resultados.....	51
5.2 Discusión de resultados.....	59
6 CAPÍTULO VI: Conclusiones y recomendaciones.....	64
6.1 Conclusiones	64
6.2 Recomendaciones.....	65

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANEXOS

- Anexo 01: Acta de aprobación de proyecto de tesis firmado por asesor y director de la tesis.
- Anexo 02: Documento de registro por la facultad de medicina
- Anexo 03: Documento de autorización emitido por la institución o centro donde se realiza la tesis
- Anexo 04: Reporte de originalidad del turnitin
- Anexo 05: Matriz de consistencia
- Anexo 06: Instrumentos validados o ficha de recolección de datos
- Anexo 07: Consentimiento informado

Capítulo I

1.1 Planteamiento del problema

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son actualmente la principal causa de muerte a nivel mundial, están compuestas principalmente por cuatro grupos de patologías: cardiovasculares, neoplasias, diabetes y las enfermedades respiratorias. La poca adherencia al tratamiento es un problema importante que preocupa en este grupo de patologías. En los pacientes con enfermedades respiratorias la adherencia al tratamiento y su asociación con factores emocionales intervinientes principalmente, los trastornos del ánimo como la depresión, han sido poco estudiadas.

Las enfermedades respiratorias crónicas son una de las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo, siendo el EPOC y el asma las enfermedades más representativas a nivel mundial. Cerca de 65 millones de personas sufren de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) 3 millones mueren anualmente y se será la cuarta causa de muerte en todo el mundo para el 2030¹. El asma es una de las principales enfermedades no transmisibles, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en la actualidad existen alrededor de 235 millones de personas padeciéndola y los casos de muerte aumentarán en los próximos 10 años si no se toman medidas al respecto².

Es por ello que la OMS lanzó la Alianza global Contra las Enfermedades Respiratorias (GARD) con el objetivo de coleccionar información, tomar medidas de acción multidisciplinarias para entender y atender en forma integral al paciente con patología pulmonar³ pues estamos en el siglo donde las ECNT son la principal causa de muerte a nivel mundial, sin contar además la repercusión que tiene en la persona como ser auto sostenible.

Otra patología importante dentro de este grupo es la Tuberculosis, infección cuya cronicidad se le atribuye a su gran estancia dentro del organismo humano y por su difícil erradicación. Esto le ha llevado a ser considerada una epidemia mundial hasta la actualidad y que está dentro de los objetivos para la OMS poder controlarlo en el 2030 pues es la segunda causa de muerte por enfermedad infecciosa detrás del VIH. Hasta el 2015 murieron de tuberculosis 1.8 millones de personas⁴. Si bien es una enfermedad curable y prevenible, el tratamiento específico no ha podido ser suficiente para erradicar la enfermedad.

Por otro lado, con el actual ascenso de los trastornos mentales, estos constituyen otro grupo de Enfermedades Crónicas No trasmisibles, la depresión es causa mundial de discapacidad y morbilidad, se estima que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo ⁵. En el Perú la depresión como comorbilidad en pacientes con enfermedades crónicas da síntomas en uno de cada cinco pacientes, de ahí que nace la necesidad de explorar la presencia de síntomas y trastorno depresivos para considerarlo como parte del tratamiento⁶.

Durante los últimos años se habla de la salud mental y su relación con las enfermedades crónicas, como el impacto de la percepción que tiene el paciente frente a su enfermedad puede condicionar fácilmente problemas en su estado de ánimo, pero hay ciertas características propias de las enfermedades pulmonares crónicas que favorecen y hacen más susceptible a la persona para que la ansiedad y la depresión cobren una mayor repercusión en su enfermedad como en su calidad de vida.

Existen diversos estudios que describen aisladamente que la presencia de depresión tiene una repercusión negativa en el control de la enfermedad y consecuentemente en la adherencia al tratamiento, pero aun su asociación no está del todo esclarecida por lo que determinar esta asociación e indagar características clínicas en este grupo de pacientes nos permitiría contribuir no solo a un mejor entendimiento, sino también a un mejor y exitoso manejo del paciente con enfermedad pulmonar crónica.

1.2 Formulación del problema:

¿Existe asociación entre depresión y adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas del Hospital Nacional Dos de Mayo, Perú durante el 2019?

1.3 Justificación del problema

Una enfermedad crónica se caracteriza por ser incurable, es decir el paciente se ve obligado en cierta forma a convivir con su enfermedad, en ese sentido las enfermedades respiratorias crónicas, a diferencia de las otras patologías con las que comparte grupo dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles, generan una inminente y progresiva pérdida de la capacidad para realizar sus actividades.

Muy poco se ha considerado el impacto de la evolución natural de la enfermedad y su repercusión en el paciente.

En la actualidad con tantas prioridades de salud pública en competencia, las enfermedades respiratorias crónicas no han recibido la atención que realmente merecen.

La Alianza Global contra Enfermedades Respiratorias (GARD) de la OMS, lanzada para reunir información de toda índole nacional e internacional para poder mejorar las vidas de las millones de personas con afecciones respiratorias tanto agudas y crónicas. Se está tomando consciencia de que “tratamiento” no solo es dar intervenciones terapéuticas con el fin de solo disminuir el evento agudo de la enfermedad o reducir las complicaciones de esta, sino darle un enfoque integral y multidisciplinario en la que el tratamiento le permite no solo controlar su condición de salud sino también poder tener una mejor calidad de vida.

La no adherencia al tratamiento es otra particularidad que comparte este grupo de enfermedades y es considerado en la actualidad como un problema de salud pública. La falta de adherencia representa una gran carga económica y social ya que se induce que una persona no adherente no está controlada, lo que hará que reciba más intervenciones terapéuticas y a su vez mayor discapacidad de la persona para desarrollar y re insertarse en sus actividades.

Múltiples estudios han encontrado que una persona con una enfermedad crónica tiene el doble de riesgo de sufrir trastornos anímicos como la depresión a comparación de otras condiciones clínicas⁶. La depresión en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas se favorece del curso de la enfermedad, pues la incertidumbre y la sensación de falta de aire en los cuadros de crisis aguda que ellos presentan, la restricción que tienen para realizar actividades que demandan esfuerzo físico fácilmente llevan a la frustración en su vida personal, haciendo que el paciente cuestione si realmente esa es la vida que quieren llevar, de modo que facilita el descuido del paciente en todos sus ámbitos.

Estas características descritas dan cabida a pensar en cómo puede la depresión estar asociada a la adherencia del tratamiento, cómo podríamos identificar a los pacientes cuyo estado de ánimo está repercutiendo en el control de su enfermedad, cuando es necesario tener la sospecha clínica para ofrecer un manejo integral del paciente.

El beneficio será para ambos, pues el médico tratante tendrá un paciente mejor controlado y de cooperación voluntaria para mantenerse así y del paciente tratado que tendrá una mejor calidad de vida y una visión optimista de sí mismo y pueda lograr su máxima reinserción como ser social y mejora en su vida personal.

1.4 Delimitación: Línea de investigación

El tema del presente trabajo se encuentra delimitado en el marco de la salud mental, centrándose principalmente en la depresión como factor en la no adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedades respiratorias crónicas del Hospital Nacional Dos de Mayo del Perú durante el año 2019.

El Presente protocolo de investigación sigue la línea de salud mental y de enfermedades no transmisibles: enfermedades respiratorias crónicas, consideradas dentro de las líneas prioritarias de investigación en salud brindada por el Instituto Nacional de Salud del Perú 2019-2023. De la misma forma, el Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas (INCIB) de la Universidad Ricardo Palma, donde encasillan en un eje prioritario de investigación.

La ejecución del presente protocolo de investigación será en las instalaciones de consultorio externo del Servicio de Neumología del Hospital Nacional Dos de Mayo.

1.5 Objetivos de investigación

1.5.1. Objetivo General

- Determinar la asociación entre depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el año 2020.

1.5.2 Objetivos Específicos

1. Determinar la frecuencia de depresión en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas.
2. Determinar la enfermedad con mayor frecuencia de depresión dentro de las enfermedades respiratorias crónicas.
3. Determinar si hay asociación entre el trastorno depresivo y tiempo de enfermedad.
4. Determinar la frecuencia de adherencia al tratamiento en los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas.
5. Determinar la asociación entre adherencia al tratamiento y tiempo de enfermedad
6. Determinar la prevalencia de depresión según el sexo de los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas.

Capítulo II: Marco teórico

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Coronel Pazos, C. y Fuentes Ortiz, K. (2019). Realizaron el trabajo titulado “Prevalencia de Exacerbaciones en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y depresión en comparación a pacientes con EPOC sin depresión en pacientes del Hospital San Francisco, Quito- Ecuador ,2018” estudio epidemiológico analítico transversal multicéntrico que evaluó a 289 pacientes a quienes se les aplicó la encuesta Patient Health Questionnaire-9 (PHQ- 9) para evaluar depresión y los criterios de Anthonisen para medir las exacerbaciones de EPOC , tuvieron como resultado que la mayor prevalencia de exacerbaciones de eventos agudos lo tuvo la población que dio positivo para depresión en comparación de aquellos pacientes que no presentaron depresión con un valor de $p < 0.05$. Estadística significativa. La prevalencia de depresión en pacientes con EPOC fue de 79.8% vs a un 50% que no presentó depresión.

Isaías V. Lugo Gonzales, Yuma Y. Pérez Bautista (2019) De la Universidad Autónoma de México, hicieron un estudio comparativo llamado “Representación de enfermedad y depresión en pacientes con ERCT y asma: comparación por enfermedad” de tipo observacional correlacional y de alcance descriptivo- comparativo con el fin de comprender, evaluar, comparar y relacionar el impacto del concepto de su enfermedad con síntomas de depresión, 90 personas fueron evaluadas con dichos padecimientos, los resultados que tuvieron indicaron que el 55% de pacientes presentaba síntomas de depresión estadísticamente significativa $p < 0.05$, no hubo relación al comparar ambas enfermedades, la razón de presencia de trastorno depresivo fue mayor de la mitad de los pacientes en ambos grupos (>50%). Concluyen y enfatizan que la forma de percibir la enfermedad puede ser un factor relevante para determinar la severidad de la enfermedad y sus consecuencias emocionales.

Amparo S. Cabrera y Jacinto H. Borge (2018) en su estudio “Ansiedad y Depresión en pacientes asmáticos” del Complejo Hospitalario Universitario Infanta Cristina de Bajadoz en España, tuvieron como objetivo ver la prevalencia de sintomatología ansioso- depresiva y las características de esta población mediante un diseño unicéntrico y prospectivo durante el periodo de tiempo comprendido de Enero de 2014 y Julio del 2015, tiempo en el cual se analizó 117 pacientes mediante el Test de Control del Asma (ACT test), el Cuestionario de Calidad de Vida en el asma (AQLQ) y la Escala de Hamilton e Inventario de Beck para detectar trastornos ansioso depresivos.

Este trabajo no solo planteo la depresión y ansiedad como causantes de un mal control de la enfermedad y por ende una mal adherencia al tratamiento sino que realizó intervenciones terapéuticas cognitivos conductuales en los pacientes con trastornos anímicos, fueron tres intervenciones en las cuales en tres meses se volvería a evaluar el número de crisis del paciente y si habían disminuido en número y si tenían repercusión en la calidad de vida del paciente y en su percepción de enfermedad, se comparó también un grupo a quien se le recomendó farmacoterapia depresiva y otro en el que se aplicó como parte del tratamiento rehabilitación respiratoria. El 43% de pacientes asmáticos mal controlados presentaron síntomas ansio- depresivo y el 86% fueron mujeres, los mismos pacientes que presentaron además peores datos de funcionalidad pulmonar (mediante FEV1 como FVC). Se encontró también que los pacientes con trastorno ansioso depresivo tenían un peor control de la enfermedad y peor calidad de vida en relación a los pacientes asmáticos que no presentaron dichos trastornos.

Roman Alejandra L. (2018) publicó para la Revista de Medicina de Chile un trabajo titulado “Association of asthma control with psychological factors in women” que investigó el Asma y la Salud Mental en mujeres en centros de atención primaria. Siguiendo un modelo transversal que analizó las historias clínicas de estas pacientes mujeres asmáticas que estaban bajo cuidados especiales en programas como Programas de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA) y el Programa de Salud Mental de los Centros de Salud de Atención Familiar en la ciudad de Arica. El resultado que obtuvieron fue que un total de 60 mujeres el 62% presentaba un asma mal controlada y los factores asociados con un mal control de asma fueron depresión moderada (odds ratio (OR) = 6.84; $p < 0.01$), entre otros psicológicos importantes como miedo, inestabilidad emocional, trastornos del sueño, trastornos ansioso depresivos y violencia doméstica.

Yadira Gonzales, P. y Esmeralda Herrera, M. (2016) presentaron una investigación titulada “Prevalencia de trastornos mentales en relación con la prevalencia de enfermedades médicas crónicas en mayores de 18 años, departamento de Francisco Morazán y Olancho, 2016” en Honduras, estudio que siguió un modelo cuantitativo correlacional transversal no experimental el cual encuestó a 300 pacientes de las áreas rurales mencionadas con la Escala de SRQ que hace tamizaje de posibles problemas mentales en adultos y la Encuesta OMS para detectar síntomas de enfermedades crónicas no transmisibles, la prevalencia final para la población con probables trastornos mentales en la población con enfermedades crónicas fue del 45% siendo la mayor prevalencia de depresión con 38.6% y ansiedad 29.2%. Se encontró también que un 55.7% de pacientes mayores de 18 años presentaba síntomas de estos trastornos mentales, por lo que se concluyó que es necesario implementar estrategias de prevención y mejora en los servicios de atención primaria para estos trastornos más frecuentes.

Sánchez C. Jeff y Mugárte A. Lorenzo (2016) publicaron un trabajo interesante sobre “Estrés y depresión asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2” con el objetivo de poder evidenciar la asociación que existe entre estas afectaciones mentales en estos pacientes con enfermedad no transmisible crónica, usando una encuesta transversal a 101 pacientes con Diabetes mellitus tipo 2, la encuesta de Holmes Rae para estrés, el test de Zung para depresión y el test de Morisky Green para adherencia al tratamiento, los resultados mostraron que un 65% de pacientes presentaba al menos estrés y depresión, 26% depresión y el 82% de estos pacientes no tenía adherencia al tratamiento. Se concluye entonces que factores emocionales tienen un rol importante en la adherencia y predicción terapéutica de los pacientes con este tipo de enfermedad.

Eli S. García, Germán U. Prado y Mauricio F. Mendoza (2015). En su publicación “Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles atendidos en la Uneme-ec de la ciudad de Xalapa “en la ciudad de México”, realizaron un estudio mediante el uso de la Escala de malestar Psicológico de Kessler 10 (autoaplicada) para determinar el riesgo de estos pacientes para tener trastornos ansioso depresivo en una muestra final de 65 pacientes que abarcaron los cuatro grupos de enfermedades no transmisibles, los resultados mostraron que el 54% presentó ansiedad y 52% depresión, otro factor importante fue encontrar el sexo femenino como un riesgo para trastornos del ánimo, pues en relación a los varones las mujeres presentaron un puntaje más alto en la escala de riesgo, 31% vs 12% en varones. También concluyeron que a mayor edad existe un mayor riesgo y que la aplicación de la escala de Kessler en la consulta diaria o en la atención del primer nivel de salud ayudaría en forma rápida a reconocer el riesgo de los pacientes atendidos.

Margarita G. Victoria Ferrer, Roca Miguel y Miguel Bernardo (2013) en su trabajo “Trastornos psiquiátricos y comorbilidad médica en un estudio epidemiológico comunitario” aplicados en las universidades de Illes Balears y Barcelona, España. Fueron analizados 242 pacientes con el fin de determinar la presencia de trastornos mentales y la presencia de otra enfermedad médica en base comparaciones entre cuatro grupos diferenciados entre personas sanas, personas con enfermedad adyacente, personas con patología mental y personas con patología mental y médica. Los resultados mostraron que comparando estos cuatro grupos en sus características sociodemográficas, los pacientes con enfermedad médica tenían síntomas y positividad en la prueba de depresión de Beck, de la misma forma un 28% de la población sana, los pacientes con ambas enfermedades, la enfermedad médica era con tendencia al mal control. Es de importancia implementar medidas de tamizaje para detectar síntomas psiquiátricos de una patología netamente médica.

Juan c. Fernández Rodríguez, Universidad de Barcelona (2012)” The experience and expression of anger, sadness and anxiety in bronchial asthma patients” es un estudio que habla sobre las diferencias entre grupos de pacientes asmáticos y un grupo control sano, se les midió las respuestas a ansiedad, depresión e ira mediante el uso del Inventario de Expresión de Ira Estado- Rasgo (ISRA) , los resultados obtenidos mostraron que los pacientes aceptaban ponerse ansiosos cuando se sentían en situaciones que sabían podían exacerbar su cuadro, como en eventos sociales donde deben limitarse en ciertas actividades, eso probablemente favorece la presencia del trastorno depresivo, que en este estudio resultó en un 64.3% de un total de 187 paciente ($p < .001$) estadísticamente significativo.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Claudia Rodas, V. y Carmen Vargas, C. (2019) en su trabajo “Depresión y adherencia al tratamiento en adultos mayores con enfermedades crónicas” durante el año 2019 cuyo diseño es descriptivo correlacional, encontraron que existe relación estadísticamente significativa entre los niveles de depresión y la adherencia al tratamiento al aplicar la Escala de Depresión Geriátrica (GDA) y el test de Morisky Green Levine para adherencia al tratamiento en 100 pacientes con enfermedades crónicas mayores de 60 años, en este caso la población fueron pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial, tomándose a la depresión como factor determinante en la adherencia de estos pacientes pero detallan que esta relación puede tener diferente impacto según el diagnóstico de la enfermedad.

Félix Llanos, T. y Cesar Ponce, Ch. (2019) publicaron el artículo de investigación llamado “Depresión y adherencia en personas afectadas con tuberculosis. Una exploración preliminar de datos” realizado en el Hospital Nacional Dos de Mayo, donde se quiso demostrar si existía una asociación significativa entre la los pacientes con tuberculosis que tenían positivo para depresión y su repercusión en la adherencia al tratamiento. La muestra fue conformada por 50 pacientes con diagnóstico de tuberculosis con tratamiento finalizado en su primera etapa y que fueron evaluados mediante el test PHQ9 para depresión. Sí se demostró asociación estadísticamente significativa para la adherencia y depresión ($p < 0.05$) siendo los pacientes no adherentes el 38.% y los deprimidos del 37%.

Pantani Romero, Francesco Adolfo y Rosas Matías (2019) en el proyecto de nombre “Frecuencia de depresión y ansiedad no diagnosticadas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2” de un hospital general de Lima, trato de ver la presencia de estas alteraciones del estado de ánimo en pacientes de consulta externa. Estudio transversal, descriptivo, donde fueron incluidos 337 pacientes con diagnóstico de DM2 y se les evaluó con la Escala de Psicopatología Depresiva y la Escala de Ansiedad de Lima de los cuales se obtuvieron que la frecuencia de depresión fue de 24% y ansiedad de 32% con un porcentaje de 8% de riesgo para suicidio, las mujeres presentaron la mayor frecuencia de depresión con un 40%

y por tanto encontrándose asociación estadística. Se concluyó por tanto que el sexo está relacionado con la ansiedad y la depresión, al igual que la edad y la ocupación.

Missael Roque A. y Damaris Quinteros Z. realizaron un estudio de tipo no experimental transversal “Relación entre depresión y calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este, 2018” que estudió a 90 pacientes con enfermedades crónicas y se les realizó los cuestionarios de estado de salud SF36 diseñado por el Health Institute New England Medical center de Boston y la escala de Hamilton para depresión obteniendo que si existe relación moderada, inversa y altamente significativa entre depresión y las ocho dimensiones de calidad de vida, estas son: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, rol emocional, función social, vitalidad y salud mental; con valores de $p < 0.01$, por tanto se concluyó que en los pacientes con enfermedades crónicas con mayores niveles de depresión tienen menor calidad de vida.

Valeria A. Castro, Fernando M. Runzer y José f. Parodi (2019) con el trabajo “Depresión en pacientes adultos mayores de comunidades de altura con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)” estudio descriptivo, retrospectivo y con acceso a base de datos secundarios, tuvo como objetivo determinar la frecuencia de depresión y características sociodemográficas, cognitivos, funcionales y emocionales en estos pacientes de aproximadamente 60 años de edad que provenían de once comunidades de áreas rurales, se les aplicó el Test de Yesavage para detectar depresión y los resultados mostraron que dentro de los factores emocionales predominantes, el 44% de pacientes presentaba depresión y el 56,2% referían sentirse frecuentemente deprimidos. Ellos concluyeron que en vista de la prevalencia de depresión en pacientes con EPOC estables va desde el 10% hasta el 57%, los pacientes con depresión perciben que su salud está más deteriorada con respecto a la población promedio, la presencia de depresión entre los pacientes con EPOC fue una de las correlaciones más fuertes con la autopercepción de su estado de salud.

Lissett I. Requena Raygada (2016) de la Facultad de Medicina San Fernando, en su trabajo de doctorado llamado “Factores emocionales que intervienen en la somatización de la enfermedad de los pacientes asmáticos que asisten al servicio de emergencia del Hospital Dos de Mayo”, en Lima, cuyo objetivo principal fue determinar los factores no orgánicos que intervienen en los síntomas del asma mediante un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 44 pacientes a quienes se le aplicaron el Inventario de Síntomas SCL- 90-R de L. Derogatis teniendo como resultado que 70% de pacientes que llegaban a la emergencia con síntomas de enfermedad mal controlada frecuentes tenían tendencia ansioso depresiva, solo el 34% estaba libre de síntomas, un 5% presento ideación paranoide y psicoticismo. Indican también que en cuanto al sexo, fue mayor en las mujeres.

Anduaga Alexander B, Maticorena Jesus Q. y Renato Beas en el año 2016 presentaron el trabajo “Factores de Riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de Salud de Atención Primaria, Lima, Perú”, un estudio de casos y controles retrospectivo no pareado, los controles fueron aquellos pacientes que si culminaron el tratamiento antituberculoso y casos aquellos que abandonaban el tratamiento antes de los 30 días, se apoyaron del puntaje de riesgo de abandono que se utiliza en el Centro de salud. Obteniendo como resultado que de los 34 controles y 102 casos, un porcentaje de 46% presento factores emocionales como descuido del tratamiento.

Morales M. Helen E. asesorada por el Dr. Apéstegui F. Henry en el año 2015 publicaron el trabajo titulado “Influencia de la depresión sobre la adherencia al tratamiento en pacientes TB- MDR- de la Red Almenara de EsSalud – Lima, año 2015” de modelo analítico transversal prospectivo donde la población seleccionada de 81 pacientes con diagnóstico de tuberculosis multidrogo resistente , se les aplico el Test de Depresión de Zung y para la medición de la adherencia al tratamiento antituberculoso se utilizó el Test de Morisky Green y la revisión de las Fichas de control del tratamiento que recibía cada paciente. Se obtuvo como los pacientes con síntomas depresivos (78%) el 53% era no adherente al tratamiento, un 15% tenía depresión y si cumplía el tratamiento eficazmente, cifras alarmantes en contraste a las personas que no tenían síntomas de depresión y si cumplían su tratamiento en forma correcta que representó el 34% del estudio.

Manuel R. Flores Onofre, en su proyecto de investigación titulado “Factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis mayores de 18 años en el Centro de salud San Francisco en el año 2015”, realizó un estudio de tipo observacional, retrospectivo, de corte transversal y analítico, el objetivo fue tratar de reconocer factores en general tanto clínicos como sociodemográficos que estén relacionados con aquellos pacientes que abandonan el tratamiento antituberculoso. Se evaluaron a 32 pacientes que se habían tratado en el establecimiento durante todo ese año, 15 mujeres y 17 varones de los cuales, 59.4% reconoció tener síntomas emocionales o sentirse deprimido, otro factores interesante fue hallar el 95% de mujeres con compromiso del estado anímico a diferencia del 63% de los varones, entre otros factores sociodemográficos importantes fueron el grado de instrucción, los que apenas acabaron primaria tenían un mayor impacto negativo de su enfermedad ($p < 0.02$).

2.2 Bases teóricas

❖ Enfermedad Respiratoria Crónica

Las enfermedades respiratorias crónicas (ERC) se definen como enfermedades que comprometen al pulmón y/o otras estructuras de las vías respiratorias en forma permanente, la cronicidad es por el tiempo de enfermedad que la persona lo padece, no tienen cura. Dentro de ellas podemos encontrar a un grupo de patologías de diferentes etiologías tales como: el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la fibrosis pulmonar, bronquiectasias y las infecciones crónicas como la tuberculosis pulmonar.

Las causas principales para desarrollarse suelen ser en su mayoría prevenibles, de ahí que las ERC están dentro de la enfermedad crónicas no transmisibles.

Sus principales factores de riesgo son:

- Tabaquismo
- Contaminación del aire en espacio cerrados y abiertos
- Exposición a alérgenos (olores fuertes, plantas, polen, etc)
- Inhalación de polvo y productos químicos en el medio laboral
- Antecedentes familiares de asma y otras alergias.

a) Alianza Global contra las Enfermedades Respiratorias Crónicas (GARD)

Lanzada por la OMS en el año 2006, la Alianza global contra enfermedades respiratorias crónicas forma parte de la tarea que tiene la Organización Mundial de la Salud para prevenir y controlar las enfermedades crónicas, cuyas muertes siguen siendo tema importante por su gran impacto en la salud pública a nivel mundial.

El objetivo principal del GARD es mejorar y promover la salud pulmonar, disminuir el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes con alguno de estos padecimientos pulmonares crónicos, fomentar iniciativas según las necesidades locales, nacionales e internacionales y considerando el aspecto integral del paciente y su control multidisciplinario.

b) Epidemiología y situación actual

Las enfermedades respiratorias son las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo, según datos de la Organización Mundial de la Salud, se estima que 235 millones padecen asma y 64 millones padecen EPOC.

La misma fuente indica que mueren anualmente en el mundo alrededor de 4 millones de personas a causa de las ERC, siendo la EPOC la principal responsable, la tercera causa de muerte en todo el mundo.

El foro de Asociaciones de Enfermedades Respiratorias Internacionales data que alrededor de 334 millones sufren de asma, considerada la enfermedad crónica más común en la niñez. En todo el mundo 4 millones de personas mueren prematuramente a causa de una enfermedad respiratoria crónica.

Actualmente en el Perú no se lleva una estadística del grupo de enfermedades respiratorias crónicas como tal, tampoco se han encontrado estadísticas independientes sobre el número de casos y muertes por las enfermedades que componen este grupo, salvo excepciones como en la tuberculosis. El Perú es un país endémico de tuberculosis.

➤ 1. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

Definición:

Como su nombre lo dice, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica no solo es una enfermedad sino un concepto general para designar distintas afecciones pulmonares crónicas donde hay una limitación del flujo de aire en los pulmones. Hay dos formas principales de EPOC:

- Bronquitis crónica, la cual implica una tos prolongada con moco.
- Enfisema, el cual implica daño a los pulmones con el tiempo.

Los síntomas más comunes son la disnea o “falta de aliento”, una excesiva producción de esputo y una tos crónica, sin embargo, la EPOC si bien su principal factor de riesgo es el tabaquismo, no solamente afecta a pacientes fumadores. Es una enfermedad pulmonar frecuente, potencialmente mortal que conduce de forma progresiva a la muerte.

Alcance de la enfermedad:

La enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) hasta el 2017 es sabido que afecta a más de 20 millones de personas en el mundo, de los cuales son 60 millones están en un estadio de moderado a grave. Se estima que el 72% y el 93% de los que sufren no están diagnosticadas y 20% son diagnosticadas erróneamente debido al bajo uso de la espirometría.

La alta prevalencia y gravedad de la enfermedad hace que su coste económico sea elevado, puede llegar a representar el 56% del costo total del tratamiento de las enfermedades respiratorias^{5,2}.

Datos y cifras:

- ✓ Según estimaciones recientes de la OMS (2004), actualmente unos 64 millones de personas sufren una EPOC, y 3 millones de personas fallecieron. La OMS vaticina que la EPOC se habrá convertido en la cuarta causa de muerte en todo el mundo en 2030.
- ✓ De acuerdo con el Estudio de la Carga Mundial de Morbilidad, la prevalencia de la EPOC en 2016 fue de 251 millones de casos.
- ✓ Se estima que en 2015 murieron por esta causa cerca de 3,17 millones de personas en todo el mundo, lo cual representa un 5% de todas las muertes registradas ese año.
- ✓ Más del 90% de las muertes por EPOC se producen en países de bajos y medianos ingresos.

Factores de riesgo:

- Tabaquismo (principal factor asociado).
- Exposición a ciertos gases, humo u emanaciones laborales.
- Exposición a aire contaminado.
- Infecciones repetidas de las vías respiratorias inferiores en la infancia.
- Personas expuestas a la combustión de leña o cocinas artesanales sin buena ventilación.

Síntomas:

- Tos con o sin flema
- Fatiga
- Infecciones respiratorias frecuentes
- Dificultad respiratoria (disnea) que empeora con la actividad física leve
- Dificultad para tomar aire
- Sibilancias

Población en riesgo:

Tradicionalmente se tenía como principal mira los pacientes con hábitos de tabaquismo, sin embargo, ahora puede ser similar en hombre y mujer, pues en países de ingresos bajos las mujeres están más expuestas al aire contaminado de interiores.

Más del 90% de las muertes de EPOC se producen en países de ingresos medianos y bajos.

- Diagnóstico:

El mejor examen para el diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica es la prueba de función pulmonar “espirometría”. La espirometría consiste en soplar con la máxima fuerza que la persona pueda ejercer, dentro de una máquina pequeña que evaluará la capacidad pulmonar. Este mide el volumen y la tasa del flujo de aire que respira una persona, sirve tanto para diagnosticar la enfermedad o determinar el progreso del tratamiento.

La evaluación clínica es el primer orientador para la sospecha, al igual que indagar sus antecedentes y estilos de vida. La auscultación de los pulmones puede servir pero algunas veces los pulmones suenan “normales” más aun si la persona está en estadios tempranos o si ya tiene EPOC. No se recomienda la evaluación generalizada en adultos asintomáticos pero si realizar la espirometría en poblaciones con factores de riesgo y síntomas respiratorios.

- Tratamiento:

No existe cura para la EPOC, las medidas actuales son para aliviar los síntomas e impedir el empeoramiento de la enfermedad.

La primera medida es el tratamiento no farmacológico que es quitar el hábito de fumar del paciente si es que lo hace, evitar las exposiciones a factores de riesgo.

Los medicamentos empleados para tratar la EPOC incluyen:

- Medicamentos de alivio rápido: ayuda a abrir las vías respiratorias.
- Fármacos de control: reducen la inflamación pulmonar.
- Antiinflamatorios: ayuda a reducir la hinchazón de las vías respiratorias.
- Antibióticos según el contexto del paciente.

Los casos graves o durante una reagudización:

- Esteroides vía oral o vía intravenosa
- Broncodilatadores
- Oxigenoterapia, puede ser necesario que el paciente tenga un dispositivo en el hogar cuando los casos de hipoxemia son moderadas a severas.
- Ajuste de la intensidad del tratamiento según la gravedad y fenotipo del paciente con EPOC.

EPOC y trastornos del ánimo: ansiedad y depresión

El último estudio publicado en PubMed sobre la prevalencia, el impacto y el manejo de depresión y ansiedad en pacientes con EPOC, nos menciona que más de un tercio de pacientes con EPOC tienen síntomas comórbidos de depresión y ansiedad.

Un metaanálisis reciente encontró que uno de cada cuatro pacientes con EPOC experimentó síntomas de depresión clínicamente significativos.³⁴ Estimar un porcentaje estable para toda la población con EPOC puede ser difícil ya que existen múltiples métodos diagnósticos para la depresión.

La EPOC se caracteriza por ser de avance lento y progresivo con episodios de agudización cada vez más severas, donde se enfrenta sucesivamente a pérdidas funcionales irreversibles y que también va limitándolo en sus actividades cotidianas y de la vida personal.

Más que la severidad de la enfermedad, es la calidad de vida de los pacientes con EPOC lo que les hace vulnerable a sufrir de depresión, la sensación de falta de aire lleva a fatiga donde el que lo padece vive una frustración constante entre depender de inhaladores y de no poder hacer actividades que demanden esfuerzo físico.

➤ 2. Asma

Definición:

El asma se considera un síndrome, pues incluye diversos fenotipos clínicos que comparten manifestaciones clínicas similares, pero de etiologías probablemente diferentes. Ello condiciona la propuesta de una definición precisa, las habitualmente utilizadas son meramente descriptivas de sus características clínicas y fisiopatológicas. En la patogenia intervienen diversas células y mediadores de la inflamación, condicionada en parte por factores genéticos y que cursa con hiperrespuesta bronquial y una obstrucción variable del flujo aéreo, total o parcialmente reversible, ya sea por la acción medicamentosa o espontáneamente.

Es entonces, una enfermedad crónica que se caracteriza por ataques recurrentes de disnea y sibilancias, que varían en severidad y frecuencia de una persona a otra. Los síntomas pueden sobrevenir varias veces al día o a la semana, y en algunas personas se agravan durante la actividad física o por la noche.

Etiología Multifactorial:

Antecedente de atopia familiar en el 80% de casos interactúan varios factores para su expresión clínica, existen diversos mecanismos desencadenantes tanto alérgenos intra como extra domiciliarios y contaminante ambientales, tabaquismo pasivo y activo, infecciones de

la vía aérea superior predominantemente virales, ejercicio, sensibilización ocupacional, cambios climáticos, reflujo gastroesofágico, dieta, obesidad.

Ataque o crisis asmática:

Se define cuando el revestimiento del bronquio se inflama provocando un estrechamiento de las vías respiratorias, una disminución del flujo de aire que entra y sale de los pulmones. Incluye síntomas recurrentes que cursan frecuentemente con insomnio, fatiga diurna, una disminución de sus actividades y condiciona absentismo escolar y laboral.

Alcance de la enfermedad:

El asma afecta a 334 millones de personas en todo el mundo y tiene aún una incidencia en aumento. Es la enfermedad crónica más común en los niños. Algunos estudios han demostrado que el asma representa más del 30% de todas las hospitalizaciones pediátricas. El asma es causa de alrededor de 489.000 muertes al año, o más de 1300 muertes al día, la evidencia reciente indica que estos pacientes que lo padecen también tienen riesgo a desarrollar complicaciones toda su vida como el EPOC.

Datos y cifras:

- ✓ Perú es el país con mayor incidencia de asma en toda Latinoamérica.
- ✓ En el Perú el asma afecta al 25% y 28% de la población, las ciudades con mayor incidencia a nivel nacional de esta enfermedad son: Piura, Chiclayo, Ica y Lima.
- ✓ Hasta el 2017 alrededor de 3 millones de personas en el Perú padecen de asma y 1.3 millones de casos provienen de Lima.
- ✓ Los mayores números de casos provienen de Lima, ciudad que es la segunda con mayor contaminación atmosférica de Latinoamérica: casi seis veces superior a lo establecido por la Organización Mundial de la Salud.

Factores de riesgo:

- a) Factores ambientales
 - Atmosféricos y domésticos: polución, polen, ácaros del polvo, animales.
 - Agentes infecciones: hongos, bacterias, virus (principal desencadenante en épocas de cambio de clima)
- b) Factores Laborales
 - Microorganismos, químicos u olores fuertes, tóxicos, contacto con polvo directo.
- c) Factores Sistémicos
 - Fármacos, alimentos (alergias alimentarias).
- d) Factores emocionales: ansiedad, estrés o cualquier circunstancia con emociones intensas que liberan mayor cantidad de acetilcolina y por tanto broncoconstricción.

Otros: actividad física.

Síntomas:

La mayoría de las personas con asma tienen ataques separados por períodos asintomáticos. Algunas personas tienen dificultad prolongada para respirar con episodios de aumento de la falta de aliento. Las sibilancias o una tos puede ser el síntoma principal.

Los ataques de asma pueden durar de minutos a días. Se pueden volver peligrosos si se restringe el flujo de aire de manera importante.

Los síntomas del asma incluyen:

- Tos con o sin producción de esputo (flema)
- Retracción o tiraje de la piel entre las costillas al respirar (tiraje intercostal)
- Dificultad para respirar que empeora con el ejercicio o la actividad
- Sibilancias

Los síntomas de emergencia que necesitan atención médica oportuna incluyen:

- Presencia de cianosis en labios o rostro “azulados”
- Alteración de la lucidez mental, ya sea somnolencia intensa o confusión, durante un ataque de asma
- Dificultad respiratoria extrema
- Pulso rápido
- Ansiedad por la desesperación de la sensación de falta de aire
- Sudoración sin esfuerzo físico
- Diagnóstico:

Diagnóstico clínico: El diagnóstico de la enfermedad es generalmente clínico y es necesario sugerirlo si hay la presencia o combinación de tos, sibilancias, dificultad respiratoria en forma episódica y recurrente, generalmente el paciente tiene antecedente familiar de atopia (padres atópicos) o con alguna enfermedad de tipo alérgica adyacente, sea rinitis, dermatitis u otro diagnosticado. Actualmente se encuentra la clasificación por niveles de control en asma controlada, parcialmente controlada y no controlada.

Diagnóstico de gabinete:

La espirometría, prueba que permite confirmar la hiperreactividad, que es cuando el VEF1 (Volumen Espiratorio Forzado) disminuye >20% durante la bronco provocación, que indica diagnóstico de asma generalmente cuando hay reversibilidad, que se acepta como > 12 % y > de 200ml sobre el valor basal tras aplicar un B2 agonista adrenérgico de acción corta.

Tratamiento: Los objetivos del tratamiento son:

- Tener control sobre la inflamación de las vías respiratorias.
- Evitar las sustancias que desencadenen los síntomas.
- Ayudarle a que pueda realizar las actividades normales sin síntomas de asma.

Medicamentos para el asma:

Existen dos clases de medicamentos para el tratamiento del asma:

- Medicamentos de control para ayudar a prevenir ataques
 - Medicamentos de alivio rápido (rescate) para uso durante los ataques
- a) Medicamentos de acción prolongada, “de mantenimiento”:
También se denominan medicamentos de control. Se utilizan para prevenir los síntomas en personas con asma de moderada a grave. Estos medicamentos se inhalan y son los esteroides y el beta-agonista de acción prolongada, otros pueden ser usados por vía oral.
- b) Medicamentos de alivio rápido “de rescate”:

Cuando está tosiendo, jadeando, teniendo problemas para respirar o experimentando un ataque de asma o justo antes de hacer ejercicio, para ayudar a prevenir síntomas de asma que son causados por esta actividad. Estos fármacos deben ser usado por lo menos 1 vez por semana, si el paciente lo requiere más de dos veces es posible que el asma no esté controlada y sea necesario reajustar la dosis diaria del tratamiento con medicamentos control.

Los medicamentos de alivio rápido incluyen:

- Broncodilatadores de acción corta (inhaladores)
- Esteroides orales (corticoesteroides) en ataque de asma que no se alivie con inhaladores.
- Puede necesitar hospitalización, la administrarán de oxígeno, asistencia respiratoria y medicamentos intravenosos (IV) en los casos más severos.

c) Tratamiento a Largo Plazo:

- Esteroides inhalados, esteroides vía oral, Antileucotrienos, β_2 agonistas de Acción Prolongada, Cromonas, Teofilinas de Acción Prolongada, Inmunoterapia específica Combinación de glucocorticoide inhalado y un broncodilatador agonista B2 de acción prolongada.

La falta de disponibilidad de medicamentos no es la única razón por la que los pacientes asmáticos no reciben atención efectiva. La falta de conocimiento acerca de la naturaleza de la enfermedad y como debe usarse correctamente el tratamiento impiden un control óptimo.

Es necesaria la educación del paciente para que aprenda a controlar los factores externos que le generen mayor exacerbaciones y ver también el factor emocional como otra causa desencadenante de las crisis y que también se debe cuidar.

Asma y depresión

No es novedad que parte de la etiología del asma bronquial tenga un componente emocional, desde los primeros estudios sobre la fisiopatología del asma bronquial se separó al asma como asma extrínseca y asma intrínseca, donde el primero solo justificaba el 15% de los casos de asma y asocia como desencadenante fundamental factores ambientales, alérgenos e incluye atopías, el segundo incluye el concepto de agotamiento físico y psíquico. En la actualidad los estudios no han cesado y la consideran como una enfermedad de etiología múltiple, pues a pesar del gran avance en el tratamiento, existen grandes números de pacientes no controlados, probablemente esto haga que se tome mayor énfasis al estado afectivo y emocional del paciente asmático.

Los factores emocionales se pueden reconocer como factores precipitantes en algunos casos de asma y que en muchas ocasiones aparecen como los hechos dominantes para la aparición de la crisis asmática^{15,2}.

En ambos casos, tanto intrínseca o extrínseca, las sustancias responsables son las mismas: acetilcolina, histamina y serotonina (éste último predomina en aquellos pacientes con mayor sensibilidad emocional), esto explicaría como los estados depresivos pueden también desencadenar o exacerbar los cuadros de asma, pues durante un estado depresivo se habla de un estado colinérgico.

Actualmente muchos estudios hablan del impacto de la depresión en el control de la enfermedad del paciente, su repercusión en la calidad de vida y respuesta al tratamiento pero no existen cifras o relaciones que indiquen la frecuencia de depresión en los pacientes asmáticos.

Estudios como éstos fortifican la importancia del diagnóstico de depresión como comorbilidad en un paciente con un diagnóstico previo, pues por sí sola la depresión genera síntomas sistémicos y asociados a otra patología disminuye la calidad de vida del paciente, su respuesta eficiente al tratamiento, así sea adecuado, y por consecuencia disminuye los años de vida de quien lo padece.

➤ **3. Fibrosis pulmonar**

Concepto:

La fibrosis pulmonar idiopática (FPI) es una enfermedad pulmonar poco frecuente que afecta el parénquima del pulmón, el cual se convierte en un tejido cicatrizado y grueso, lo que impide el pasaje de oxígeno a las estructuras vascularizadas del pulmón y en general a la sangre, llevando a dificultad respiratoria e hipoxemia.

Es crónica, progresiva y potencialmente mortal, con una supervivencia media de menos de tres años después de su diagnóstico pero que su curso clínico es muy variable. Dentro de la patogénesis de la enfermedad se involucran interacciones epiteliales y mesenquimales desreguladas, una alteración del equilibrio del TH1 /TH2 citoquinas que cumplen el rol de la angiogénesis aberrante fuertemente ahora relacionada con el desarrollo de esta enfermedad.

Consideraciones clínicas:

La FPI es relacionada frecuentemente con las neumonías intersticiales idiopáticas. Es más común en hombres que en mujeres y su prevalencia aumenta con la edad.

Se han determinado predictores negativos como: disnea progresiva, desaturación de oxígeno al hacer caminatas de 6 minutos, empeoramiento de la función pulmonar y del intercambio gaseoso, presencia del “patrón de panal de abejas” por tomografía y la presencia de hipertensión pulmonar.

Patogenia de la FPI:

La etiopatogenia sigue siendo un enigma, se asocia a cambios fenotípicos a nivel de las células epiteliales de los alveolos. Se sugiere que la lesión celular del epitelio alveolar y la apoptosis son las condiciones clave para desatarse esta enfermedad.

Hasta la actualidad se desconoce cuál es el mecanismo por el que se activa esta lesión celular asociadas a la fibrosis, se conoce que hay una disposición genética y ambiental del huésped, estas pueden ser infecciones virales latentes, exposición al humo de cigarro, mutaciones de la Proteína C reactiva y polimorfismos del Factor de Necrosis Tumoral alfa (TNF- α).

Las actuales hipótesis predominantes en la patogénesis de la FPI se han centrado en las interacciones desreguladas entre las células epiteliales y mesenquimales, un cambio de TH 1 a TH 2-polarizadas de la respuesta inmune del huésped, y angiogénesis aberrante.

Además, los datos recientes han demostrado que las exacerbaciones agudas, marcadas por un rápido deterioro clínico en pacientes previamente estables con FPI, contribuyen al aumento de la mortalidad

- Diagnóstico:

El diagnóstico de la fibrosis Pulmonar Idiopática se basa en las evaluaciones clínicas, radiográficas e histopatológicas. Las características clínicas comunes están conformadas por:

- Disnea progresiva
- Tos seca (predominio nocturno)
- Estertores basales “tipo Velcro” a la auscultación
- Signos clínicos de cor- pulmonar pueden estar presentes.

Además pueden haber síntomas secundarios como:

- Cansancio
- Pérdida de peso
- Dolores musculares o articulares
- Intolerancia al ejercicio

Imágenes: La Tomografía torácica de alta resolución (TCAR) tiene un papel importante en el diagnóstico de FPI y permite distinguirlas de otras infecciones idiopáticas pulmonares, ya que detalla las zonas comprometidas del pulmón. Un patrón irregular de opacidades reticulares del lóbulo periférico, subpleural y predominantemente inferior combinadas con panalización, bronquiectasias de tracción y ausencia de opacidades significativas del vidrio esmerilado juntas constituye las características radiográficas de FPI.

Los hallazgos radiográficos clásicos en el contexto de una presentación clínica apropiada pueden anular la necesidad de una biopsia pulmonar quirúrgica; sin embargo, una broncoscopia con biopsia transbronquial puede ser aconsejable, principalmente para excluir infección y malignidad.

Tratamiento

Actualmente no existe un tratamiento estandarizado para el tratamiento de la fibrosis pulmonar. Las estrategias terapéuticas están dirigidas a controlar la inflamación y estos básicamente son:

- Corticoesteroides
- Azatioprina
- Ciclofosfamida
- Ciclosporina A
- Micofenolato de mofetil

Fármacos que no han mostrado ningún beneficio definitivo en el tratamiento de la FPI, comparado con las otras enfermedades fibróticas pulmonares en los que las terapias inmuno supresoras parecen tener resultados más favorables.

- Prevención: Al ser idiopática, es decir sin causa conocida, no existen protocolos de prevención para su aparición solo queda mejorar la promoción de los estilos de vida, dejar hábitos nocivos como fumar, sedentarismo, mejor la condición física y mental de las personas y ser precavidos en la aparición de los síntomas.

Depresión en la Fibrosis Pulmonar

No existen cifras independientes que nos orienten la relación o coexistencia de ambas, pues al ser una enfermedad poco frecuente los estudios lo incluyen dentro de las enfermedades respiratorias crónicas donde estudios indican que la población que padece cualquier enfermedad de este grupo tiene de 2 a 7 veces más riesgo de sufrir depresión que la población en general³⁴.

Existen múltiples páginas y guías de apoyo para los pacientes que sufren de fibrosis pulmonar donde ellos reconocen a la depresión como parte de la enfermedad, pues aparte de combatir con la falta de aire drástica y progresiva también batallan con la repercusión del estado de ánimo que ésta enfermedad les ha dejado en su vida cotidiana, ya que al saberse que es una enfermedad idiopática, es decir sin causa aparente, para el paciente con fibrosis pulmonar es más difícil aceptar la idea de que no tiene una respuesta al porqué se irá quedando sin capacidad de respiratoria.

Muchas personas con fibrosis viven una vida muy limitada, por la misma progresión de la enfermedad y porque a pesar de cumplir con un tratamiento establecido, la pérdida de la función pulmonar será inevitable.

Estas limitaciones lo llevan al aislamiento, a repercusiones en su vida laboral, sentimental y sexual, todo esto como un evidente contexto para que la depresión pueda alojarse en forma permanente. Un factor protector muy importante es la familia, quien debe estar en constante apoyo y ayudarle a asimilar su situación y adaptarse a su nuevo estilo de vida.

La empatía y sutileza del médico al momento de dar el diagnóstico inicial de fibrosis pulmonar, la suspicacia para hacer el diagnóstico oportuno de depresión, de la mano con el tratamiento base para la fibrosis ayudará al paciente a tener una mejor calidad de vida, manteniendo el optimismo y positividad ante la vida, cosas que parecen ser arrebatadas en el paciente al momento de su diagnóstico.

➤ 4. Bronquiectasias

A diferencia de las enfermedades de las vías respiratorias, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica o el asma, y las enfermedades raras, como la fibrosis quística, se cuenta con poca información actualizada, pues no hay mucha investigación y son pocos los ensayos clínicos que se realizan en la población con bronquiectasia. Las pautas para su manejo y diagnóstico se basan principalmente en la opinión de expertos y el tratamiento es un desafío debido a la naturaleza heterogénea de la enfermedad.

Definición:

Las bronquiectasias consisten en la dilatación y destrucción de los grandes bronquios debida a inflamación e infecciones crónicas o recidivantes. Dentro de las causas más frecuentes están la fibrosis quística, trastornos inmunitarios y las infecciones recidivantes.

Este puede ser también sin causa aparente, es decir, idiopáticos.

Pueden afectar distintas áreas del pulmón siendo agrupadas en difusas y focales.

a) Bronquiectasias difusas:

Se dan generalmente en pacientes con defectos genéticos, trastornos inmunes o anatómicos que predisponen a las vías aéreas. Este tipo está asociado también a otras enfermedades como la Fibrosis Quística, Inmunodeficiencia Común Variable (IDCV), defectos congénitos como del mecanismo mucociliar de limpieza tales como los Síndromes de Discinesia Ciliar Primaria (DCP).

Pueden complicarse fácilmente con cualquier otra enfermedad autoinmunitario más común como artritis reumatoide o síndrome de Sjögren inclusive neoplasias hematológicas.

b) Bronquiectasias focales:

Secuelas de neumonías sin tratamiento o de alguna obstrucción (neoplasias u objetos extraños, quirúrgicas, etc.). Las micobacterias no tuberculosas y tuberculosas pueden dar bronquiectasias focales y colonizar el pulmón del paciente.

- Signos y Síntomas

Las molestias empiezan gradualmente y se exacerbaban conforme pasan los años y cursa con episodios de exacerbación aguda.

- El síntoma más común es la tos crónica con esputo firme, espeso y a menudo purulento.
- Disnea
- Sibilancias
- Dolor torácico tipo pleurítico
- Hipoxemia e insuficiencia cardíaca derecha (casos avanzados)

- Hemoptisis
- Síntomas constitucionales (fatiga, malestar general)

Cuando hay exacerbaciones agudas se asocian a una nueva infección o agravamiento de la existente, empeora la tos y la disnea, el esputo es purulento, hay febrículas y síntomas generales.

En la evaluación clínica pueden hallarse halitosis, crepitantes, roncus y sibilancias como signos físicos típicos. Hipocratismo digital “dedos en palillo de tambor” es infrecuente, en los casos avanzados es común la hipoxemia, hipertensión pulmonar (disnea, mareos) y síntomas de insuficiencia cardiaca derecha.

- Diagnóstico
 - Anamnesis y examen físico
 - Radiografía de tórax
 - TAC
 - Pruebas de función pulmonar (medir el basal y la progresión de la enfermedad)
 - Pruebas específicas según la causa de fondo.

Una buena anamnesis, examen físico y estudios radiológicos son suficientes para tener una buena sospecha. Clínicamente las bronquitis crónicas pueden confundirse con bronquiectasias por eso es importante detallar las características del esputo, la purulencia y el volumen diario de la secreción y las dilataciones de la vía aérea en el estudio de imágenes.

Exámenes de laboratorio complementarios son importantes, como un hemograma con recuento diferencial, ayudaría a determinar la gravedad de la enfermedad y detectar eosinofilia sobre todo si se sospecha de infecciones por hongos, bacterias o por micobacterias.

- Tratamiento

Tiene como prioridad el control de los síntomas y mejorar así la calidad de vida de estos pacientes disminuyendo la frecuencia de las exacerbaciones, además de preservar la función pulmonar.

- Prevenir las exacerbaciones con vacunaciones (contra el neumococo, influenza) regulares o antibióticos supresivos.
- Establecer medidas para ayudar a eliminar las secreciones.
- Broncodilatadores y corticosteroides inhalatorios a menudo, si existe obstrucción reversible de la vía aérea.
- Broncodilatadores y antibióticos si el paciente está frente a un cuadro agudo.

- Puede llegar a necesitarse resección quirúrgica si hay síntomas con sangrado intratables.

Pronóstico:

Varía ampliamente según el paciente y su estado de salud, se estima que hay una disminución promedio del Volumen Espiratorio Forzado (VEF1) anual de 20 a 30ml. De todos, si el paciente tiene fibrosis quística, tiene peor pronóstico y la mayoría tiene exacerbaciones intermitentes. Al ser también una enfermedad crónica la percepción de enfermedad en la persona repercute directamente sobre su estado de ánimo

Bronquiectasias y síntomas depresivos

En los últimos meses se han ido incrementando los estudios sobre los trastornos psicológicos secundarios que trae consigo esta enfermedad y muchos llegan a la conclusión de que aproximadamente alrededor del 34% de los pacientes que sufren de bronquiectasias tienen depresión. Además se está enfatizando en como la presencia de depresión puede sabotear la calidad de vida del paciente con enfermedad crónica.

La última información concluye que un factor protector para los pacientes con bronquiectasias sería la dieta mediterránea, este tipo de alimentación a base principalmente de todo tipo de vegetales y baja en carne y pollo aporta pocas sustancias pro inflamatorias y oxidantes, lo que ayuda a tener un catabolismo celular más ligero y a la vez mejores niveles de serotonina del colón, pues al tener la infección o inflamación crónica de los principales bronquios, la digestión misma y el proceso de oxigenación se hace menos favorable para el paciente. Éste acompañado de un diagnóstico y tratamiento clínico para la depresión oportuno tiene un gran impacto positivo en la mejora de la calidad del paciente.

➤ 5. Tuberculosis pulmonar

Definición:

Es una infección crónica y progresiva que se caracteriza por tener un periodo largo de latencia después de la infección inicial. Existen múltiples tipos de tbc, la más frecuente es la pulmonar.

La infección es causada por el mycobacterium tuberculosis donde el ser humano es su principal reservorio. Se contagia casi exclusivamente por inhalación de partículas que se transmiten por el aire (aerosoles) con M.tuberculosis por la tos o gotículas de saliva.

La TBC es causa importante de morbilidad y mortalidad en adultos a nivel mundial, 1,8 millones de personas murieron a causa de este, mayoría en países de ingresos bajos y medios.

Epidemiología:

A nivel mundial una tercera parte de la población tiene la infección (según estudios basados en la prueba de tuberculina), para el 2015 se estimaba 10,4 millones de nuevos casos de TBC en el mundo. 480.000 eran multiresistente. En el 2015 la TBC mató alrededor de 1,4 millones de personas.

La tuberculosis es propia de países con bajos ingresos, principalmente.

En la mayor parte de mundo cuya población tiene esta patología, la tuberculosis es resistente a los medicamentos y tiene mayor dificultad de diagnóstico y para tratar oportunamente de forma eficaz. La TBC es una enfermedad con tasas bajas de curación y aumento de la resistencia.

Los pacientes con tratamiento para TBC súper resistente tienen resultados menos favorables y mayores tasas de mortalidad, existe asociación de coinfectados con VIH. Cuando se combina con VIH cobra otras 400.000 muertes más.

En el Perú:

Existen un total de 23.291 casos reportados de TBC en todo el Perú, donde el mayor número de casos provienen de Lima con 11,800, Lima Provincia 10.800 y Callao 1138 casos.

La resistencia bacteriana, la poca adherencia al tratamiento y el abandono del mismo hacen que sea una enfermedad difícil de erradicar, generando una contagiosidad permanente.

Fisiopatología:

La característica del *M. tuberculosis* es que en un inicio la infección primaria no da la enfermedad aguda, más del 90% de casos ésta no da síntomas. Al finalizar la infección primaria asintomática pasará a una fase latente donde un porcentaje variable reactivará la infección con signos y síntomas de la enfermedad. No suele transmitirse en el estadio primario y no contagia durante la fase latente.

- Infección primaria

Ocurre cuando se inhalan micro partículas contaminadas provenientes de las áreas profundas de los pulmones, las gotas grandes producen infección porque se alojan en los espacios aéreos subpleurales del lóbulo medio o inferior. Para que se dé la infección también es necesaria la susceptibilidad del paciente, las personas menos susceptibles pueden requerir una exposición repetida para desarrollar la infección.

Luego de aproximadamente 3 semanas cerca de 95% de casos, el sistema inmunitario inhibirá la replicación del bacilo, antes de que aparezcan signos o síntomas de la enfermedad. Son pocos los casos en los que el foco primario progresa rápidamente y causa la enfermedad aguda con neumonía (generalmente cavitaria), derrame pleural y aumento significativo del tamaño del mediastino o ganglios linfáticos hiliares.

- Enfermedad Activa

Aquellas personas con infección por TBC tienen de 3 a 10% de riesgo a desarrollar la forma activa durante su vida, pero este porcentaje variará según la edad del paciente y otros factores de riesgo. El 80% reactiva la TBC durante los primeros 2 años pero también puede darse décadas después.

La evolución de la enfermedad varía mucho en función a la virulencia del microorganismo y las defensas del huésped. Hay mayor riesgo en poblaciones aisladas, pobres, con malnutrición o con compromiso del sistema inmune. Puede aparecer como un síndrome de dificultad respiratoria aguda, se produce por diseminación hematogena rápida o por la rotura de una gran cavidad con sangrado intrapulmonar.

Signos y Síntomas:

- Pueden estar sin síntomas respiratorios pero sí con molestias como referir “no sentirse bien”, anorexia, cansancio y pérdida de peso, inclusive en estados moderados o graves.
- Tos: muy frecuente al inicio, poco productiva y generalmente matutina, se hace más productiva conforme progresa la enfermedad.
- Hemoptisis: Aparece si es la forma cavitaria (por daño granulomatoso)
- Febrículas
- Sudoración nocturna profusa: es un síntoma clásico pero no frecuente ni específico.
- Disnea
- Neumotórax espontáneo o TBC pleural con derrame son complicaciones frecuentes y formas también de manifestarse inicialmente.

Si el paciente con tuberculosis además tiene VIH las manifestaciones son atípicas por la hipersensibilidad retardada, hay mayor probabilidad de presentar síntomas de enfermedad extra pulmonar o generalizada.

- Diagnóstico

- Radiografía de tórax
 - En adulto se observará infiltrado multinodular encima o detrás de la clavícula, es característico de la TBC activa y sugiere reactivación de la enfermedad.
 - Infiltrados pulmonares en lóbulo medio e inferior son inespecíficos pero deben sospecharse de TBC primaria si son pacientes jóvenes con síntomas o antecedentes de exposición.
- Tinción ácido alcohol resistente y cultivo
 - Las pruebas de esputo es el pilar fundamental para el diagnóstico de tuberculosis. Si el paciente no produce esputo en forma espontánea se puede utilizar solución salina hipertónica en aerosol. Si esto no tiene éxito se puede

hacer lavado bronquial con broncoscopía pero incluye riesgo de infección para el personal médico.

- La presencia de BAAR (bacilo ácido alcohol resistente) en esputo sugiere con intensidad TBC, para el diagnóstico definitivo será necesario un cultivo de micobacterias positivo o una prueba de amplificación de ácidos nucleicos. El cultivo permitirá a susceptibilidad de los antibióticos y el genotipo.

Se debe solicitar una radiografía de tórax cuando hay síntomas respiratorios como tos mayor a 3 semanas de evolución, hemoptisis, dolor torácico, disnea o mal estado general sin causa aparente, fiebre de origen dudoso o prueba de tuberculina positiva.

La sospecha será mayor si además las sudoraciones son nocturnas, hay pérdida de peso, adenopatías o si hay familiares con antecedente o enfermedad activa en casa, si es de zona endémica o está en contacto con otros enfermos.

Pronóstico: La terapia adecuada suele ser curativa si se cumple las dosis y si hay susceptibilidad a todos los fármacos. La TBC causa o contribuye a la muerte en el 10% de casos sobre todo en aquellos con otras enfermedades debilitantes, es mucho más agresiva en pacientes inmunocomprometidos. Las formas extra pulmonares como la generalizada y la meningitis tuberculosa pueden ser fatales hasta en el 25% de casos aún reciban tratamiento óptimo.

Tratamiento: el tratamiento varía según la susceptibilidad del paciente a los fármacos, si es la primera vez que tiene la enfermedad o si ya recibió tratamiento antes y según el órgano comprometido. Se detalla a continuación el tratamiento estándar para la tuberculosis pulmonar sensible actual en la tabla 1.

Tabla 1. Tratamiento (Esquema 1) para la Tuberculosis pulmonar sensible

Medicamentos	Primera fase: Diaria		Segunda Fase: tres veces por semana	
	Dosis (mg/kg)	Dosis maxima diaria	Dosis (mg/kg)	Dosis maxima (por toma)
Isoniacida(H)	5 (4-6)	300mg	10 (8-12)	900mg
Rifampicina(R)	10 (8-12)	600mg	10(8-12)	600mg
Etambutol (E)	20 (15- 25)	1600mg		
Pirazinamida (Z)	25 (20-30)	2000mg		

Fuente: Minsa 2018

Regímenes terapéuticos

Todo paciente con TBC de reciente comienzo no sujeto a tratamiento debe tener:

- Una fase intensiva inicial de 2 meses de duración, conformado por 4 fármacos.
- Una fase de continuación de 4 a 7 meses de duración.

○ Prevención

Primero están las medidas preventivas generales (permanecer en el domicilio, evitar los visitantes, cubrirse la boca al toser con un pañuelo, buena alimentación) y cumplir el tiempo terapéutico.

La vacunación contra la BCG es importante, reduce la incidencia por TBC extra torácicas y protege de las formas más graves y agresivas de la TBC como la meningitis.

Depresión en la Tuberculosis (TBC)

La tuberculosis es considerada una enfermedad endémica en nuestro país y también es frecuente en países en vías de desarrollo como lo es Perú. Esto hace que constantemente se hagan investigaciones sobre las múltiples causas del porqué aun teniendo esquemas terapéuticos efectivos no podemos erradicar la enfermedad. Es una de las pocas enfermedades infecciosas que ha pasado ser una enfermedad crónica debido a los grandes porcentajes de recidivas y formas resistentes de la enfermedad.

En un estudio reciente de éste año muestra que alrededor del 76% de pacientes con tuberculosis presentaron síntomas de depresión³⁵ y que éste a su vez tenía un efecto negativo en la adherencia del paciente al esquema de tratamiento. El tipo de depresión que se expresa en este tipo de pacientes se diferencia de las demás mencionadas anteriormente porque todavía existen muchos estigmas y marginación al solo hecho de tener el diagnóstico de “tuberculosis”, pues al ser una enfermedad netamente contagiosa, la persona quien es diagnosticada siente que tendrá que ser aislado de su medio cotidiano, por miedo a contagiar a los otros y sobre todo a sus seres más cercanos. Además en gran porcentaje los pacientes con tuberculosis son adultos jóvenes, lo que hace que pueda interferir en sus centros de trabajos, sufrir rechazo de la gente que los rodea.

Otro factor importante que facilita la depresión es el número significativo de pastillas que utiliza diariamente el paciente que recibe tratamiento antituberculoso, los síntomas secundarios que aparecen y las constantes visitas al hospital a causa de este. El personal de salud tiene toda la obligación de preparar mentalmente al paciente con reciente diagnóstico de TBC y advertir sobre la fortaleza que debe mantener durante todo el periodo en el cual estará con tratamiento.

❖ Adherencia al tratamiento

Definición:

La adherencia al tratamiento puede definirse como el cumplimiento a cabalidad de las indicaciones terapéuticas que un paciente recibe. Según la OMS (organización Mundial de la Salud) es el cumplimiento de la medicación según la dosificación y el programa prescrito, considera también la persistencia del tratamiento a lo largo del tiempo, sobre todo si es un paciente con enfermedad crónica.

La misma organización estima que existen márgenes amplios de 15 a 93% de pacientes con falta de adherencia a cualquier tratamiento. Para las enfermedades crónicas la OMS ha calculado que solamente el 50% de los pacientes son adherentes, donde la cifra de no adherencia aumenta si el tratamiento incluye fármacos inhalados.

Las consecuencias de no tener una adherencia al tratamiento se traduce en el empeoramiento de la calidad de vida en el paciente, mayor número de recaídas y agravamientos, aparición de efectos secundarios o intoxicaciones, hasta incluso aumentar la morbilidad.

Desde el punto de vista médico sin una buena adherencia los tratamientos pueden estar destinados a ser ineficaces por aparición de resistencias o hacer aparecer a ciertas enfermedades con mayor agresividad.

La adherencia al tratamiento es un concepto que implica múltiples factores, incluyendo principalmente propias de los pacientes (como socioeconómicas ya descritas en la literatura como edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, etc.) y del entorno asociado con su enfermedad, poder reconocer a simple y primera instancia que factor específico es el causal de la no adherencia en un paciente es algo que no se puede lograr actualmente a pesar de la existencia de varias pruebas validadas para el cumplimiento del mismo.

✓ Adherencia en las Enfermedades respiratorias crónicas

Múltiples estudios han tratado de indagar cuales son los factores detrás de la no adherencia al tratamiento, pues las enfermedades respiratorias crónicas no escapan del gran porcentaje que no logra la adherencia, se tiene conocimiento que la adherencia al tratamiento será menor si la terapia está basado en inhaladores. Si bien no existen estadísticas que determinen un aproximado de adherencia al tratamiento de este grupo de pacientes, sí se han encontrado factores asociados para la no adherencia, dentro de ellos está el uso incorrecto de los fármacos (principalmente inhaladores), factores socioeconómicos como sexo, estado civil, pobreza, grado de instrucción y actualmente con gran preponderancia factores emocionales.

Según Vrijnes et al. y las últimas revisiones internacionales hablan de las fases en la adherencia al tratamiento y de los factores que intervienen en el fracaso o éxito de cada una de ellos, donde en todas las etapas hay una influencia propia del paciente, de sus creencias y miedos respecto al tratamiento que recibe, el impacto de la enfermedad y la confianza establecida por el médico al paciente que le permita adaptar sus indicaciones como un nuevo hábito en su vida cotidiana.

Se menciona también que hay una diferencia en el concepto de “adherencia” que da la OMS y lo que la realidad y las revisiones bibliográficas han encontrado, que la adherencia al tratamiento es ‘consensual’ es decir, se necesita la participación activa del paciente en su propio cuidado y que incluye una buena comunicación entre el paciente y el profesional de la salud para conseguir una eficaz práctica clínica.^{3,9}

Pueden existir dos tipos de no adherencia al tratamiento, la primera puede clasificarse como “intencional” donde el paciente es quien escoge no tomar la medicación (ésta puede deberse a múltiples causas) y la “no intencional” que ocurre cuando el paciente olvida de tomar o es incapaz de tomarla adecuadamente.

Dentro de los múltiples factores que pueden intervenir en la no adherencia al tratamiento, la presencia de trastornos mentales y/o del ánimo son factores que merecen ser identificados pues como se sabe, los pacientes con enfermedad crónica y depresión tienen un mayor deterioro físico y menor calidad de vida⁵.

❖ Depresión

La depresión es un trastorno del ánimo negativo, es decir es un trastorno mental frecuente caracterizado por la presencia de tristeza, exceso de melancolía, falta de interés en actividades o personas, falta de placer por algo o alguien, un desgano, cansancio y que también genera trastornos del sueño, apetito, memoria y la concentración. Afectando el rendimiento y desempeño del individuo que lo padece, en todos sus ámbitos.

La depresión tiene distintas formas según su etiología, las situacionales o psicológicas son aquellas que no llegan a una depresión mayor.

La depresión mayor es el estado crítico de los síntomas de una persona con depresión, incluye el abandono del interés propio y de la vida, ideas suicidas o intentos de éste. La depresión situacional se da como respuesta a un evento de impacto negativo en la persona pero que no afecta sus actividades de la vida cotidiana.

La depresión genera un aumento de los niveles de acetilcolina o favorece su liberación ante estados predisponentes. La acetilcolina es un potente broncoconstrictor, condición que explicaría como afecta la depresión en la fisiopatología de enfermedades respiratorias²⁰.

La prevalencia de depresión y ansiedad es de dos a tres veces mayor en personas con afecciones médicas crónicas (a largo plazo)³⁵.

La presencia de depresión favorece la aparición de enfermedades o exacerbación de los síntomas de una enfermedad previa en el paciente afectado. Tiene repercusión sistémica, la explicación es básicamente por la alteración de los niveles de cortisol, serotonina, dopamina y su repercusión en el sistema inmune, la depresión estimula la respuesta al estrés²².

Puede hacerse crónico y es actualmente uno de las principales causas de a de discapacidad en todo el mundo, esta patología se encuentra en ascenso, 18% en los últimos años y la OMS cifra que más de 300 millones de personas en el mundo lo padecen, hasta el mes de Marzo del 2017 la depresión fue la principal causa de problemas de salud y discapacidad. Para el 2020 la OMS estima que la depresión será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial.

- Cifras actuales:

En el Perú de cada 100 peruanos al menos 20 sufren de depresión, de los cuales el 60% no recibe tratamiento ni ayuda. La edad más frecuente de aparición es entre los 25 y 35 años. Se ha establecido el peso de la enfermedad mental en discapacidad y muerte prematura, muy poco se ha investigado acerca de la comorbilidad de trastornos mentales como la depresión y otras enfermedades crónicas¹⁹.

- Clasificación:

La clasificación internacional de enfermedades (CIE10) actual del 2019 lo enumera en F32, bajo el término de Episodio depresivo que a su vez se subdivide en los siguientes:

- F32.0 Episodio depresivo leve
- F32.1 Episodio depresivo moderado
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- F32.8 Otros episodios depresivos
- F32.9 Episodio depresivo no especificado

Se presentan los criterios diagnósticos de Depresión según la CIE-10 en la tabla 2.

Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según la CIE- 10
A. El episodio debe durar al menos dos semanas
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o trastorno mental orgánico
C. Síndrome somático: comúnmente se considera que los síntomas “somáticos” tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endogenomorfos:

- Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras
- Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente generaban provocan una respuesta
- Despertarse por las mañanas dos hora so más antes de lo habitual
- Empeoramiento matutino del humor depresivo
- Presencia de enlentecimiento motor o agitación
- Pérdida del apetito
- Pérdida del peso al menos del 5% en el último mes
- Notable disminución del interés sexual

El diagnóstico de depresión puede ser también mediante la evaluación del paciente con el uso de cuestionarios o test, sobre todo en pacientes con sospecha de depresión subclínica.

Dentro de los test más destacados encontramos los siguientes:

- Cuestionario de Beck
- Test de Goldberg para depresión y ansiedad
- Escala de Hamilton
- Test PHQ-9
- Cuestionario Enasem
- Manual diagnóstico DSM 5

❖ Test Patient Health Questionnaire 9

El PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) es una prueba diagnóstica y de tamizaje para depresión que ha sido propuesta por neuropsiquiatras en Europa y Estados Unidos y es especial para ser aplicado en los pacientes con enfermedades crónicas.

La ventaja de esta prueba sobre otras es su rapidez, puede ser aplicado en forma individual por el propio paciente, además indica la gravedad del cuadro depresivo, permite el seguimiento si es que el paciente recibe manejo y observar su evolución.

Ha sido validado en Perú por la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud del Perú (MINSA) como instrumento para diagnosticar depresión y como tamizaje en poblaciones vulnerables y sería de mucha utilidad usarla también durante la atención primaria.

• Tratamiento

El tratamiento puede incluir medidas farmacéuticas y psicoterapia o ambos. La psicoterapia es de elección en casos de depresión situacional o cuando la depresión da cuadros leves a moderados. La terapia cognitivo conductual y la humanística es la que mejor resultados tienen.

Los fármacos antidepresivos se dan en pacientes con síntomas y/o diagnóstico de depresión mayor, con síntomas persistentes y donde la psicoterapia no ha sido suficiente, debe evaluarse el tipo de depresión que presenta la persona para darle el antidepresivo que mejor se adapte a su humor y carácter.

El tratamiento antidepresivo farmacológico convencional incluye:

- Inhibidores de la MAO (mono amino oxigenasa) “IMAOs”
- Antidepresivos tricíclicos (ATC)
- Inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRS)

El tratamiento farmacológico dura mínimo de 3 a 6 meses, tiempo en el cual debe evaluarse constantemente si el paciente ha vuelto a tener recaídas anímicas, el progreso y reinserción a sus actividades. Para dar de alta al tratamiento debe ser en forma de dosis progresivas y vuelto a evaluar al paciente en el periodo de 6 a 12 meses, tiempo donde la persona debe haber permanecido sin síntomas ni signos de depresión, si cumple ese requisito el paciente será llamado curado o rehabilitado.

La psicoterapia como profilaxis es recomendable, sobre todo en personas con tendencias personales de aislamiento, introvertidos, extrovertidos desconfiados y toda persona que esté sometido a circunstancias de desgaste emocional.

El tratamiento antidepresivo también tiene un componente muy importante y son los estilos de vida del paciente. El ejercicio o nuevas actividades dinámicas, una dieta saludable ayudarán a que los efectos del tratamiento, ya sea psicoterapia o fármacos, tengan mayor potencia en beneficio del paciente. Actualmente se han encontrado alimentos que ayudan al equilibrio emocional en la persona, la cúrcuma es un excelente ejemplo de ello, es un inhibidor de la enzima degradadora de serotonina natural.

La dieta mediterránea es recomendada por los nuevos nutricionistas para enfrentar la depresión y estar saludable, pues se dice que las personas que tienen este tipo de dieta tienen 30% menos riesgo de padecer depresión.

❖ Depresión y su relación con la adherencia

En la actualidad existen estudios correlacionando como los factores emocionales repercuten en el control y adherencia de enfermedades. La depresión asociada con personas con enfermedades está explicada en el impacto y percepción de la persona sobre la enfermedad que padece, de ahí que algunas personas pueden ser unas más susceptibles que otras a tener problemas del ánimo.

En los pacientes con enfermedades crónicas, sobre todo del tipo respiratorio donde la mayoría de exacerbaciones son intermitentes, imprevisibles, dándole al paciente una sensación de falta de control sobre su enfermedad, además condicionando ansiedad.

Se postula la teoría de la “indefensión aprendida” (Seligman, 1975,1981) donde esta condición lleva a una apatía, falta de motivación, pasividad y todo tipo de abandono indirecto de la persona. Como consecuencia de esta teoría tendremos un pobre autocuidado e indiferencia del paciente ante sus síntomas.

El trato al momento del diagnóstico por el médico al paciente y el trato que recibe la persona como paciente también contribuye a empeorar o mejorar su situación.

2.3 Definición de conceptos operacionales

- Adherencia al tratamiento: Es el cumplimiento óptimo de la terapéutica asignada a un paciente, incluye la toma adecuada del medicamento en frecuencia y número de dosis, lo que asegurará una recuperación y control favorable del paciente y su enfermedad.
- Enfermedades respiratorias crónicas: Grupo de patologías con afectación del sistema respiratorio y compromiso pulmonar cuya evolución y curso de la enfermedad suelen ser progresivas y no tienen cura.
- Depresión: Trastorno del ánimo o humor cuya característica principal es la tendencia a la disminución de la sensación de bienestar psíquico y emocional con repercusión a nivel de órganos sistémicos.

Capítulo III: Hipótesis y variables

3.1 Hipótesis general

Existe asociación significativa entre depresión y la adherencia al tratamiento en los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2019

3.1.1 Hipótesis específicas

1. Los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas tienen mayor prevalencia de no adherencia dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles.
2. Los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas son el grupo de enfermedades no transmisibles con mayor prevalencia de depresión
3. Los pacientes con asma bronquial y fibrosis pulmonar tienen mayor prevalencia de depresión.
4. El tiempo de enfermedad si tiene asociación para presentar trastorno depresivo en los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas.
5. Las mujeres son el sexo con más prevalencia de depresión entre los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas.

3.2 Variables principales de investigación

Variable 1: DEPRESION	
Denominación	Enfermedad psiquiátrica con afectación sistémica
Tipo	Independiente
Naturaleza	Cualitativa
Escala de medición	Razón
Indicador	Presencia de enfermedad
Unidad de medida	Si, NO
Instrumento	Historia clínica
Dimensión	Biológica
Definición operacional	Presencia de la enfermedad
Definición conceptual	Enfermedad psiquiátrica

Variable 2: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	
Denominación	Adherencia al tratamiento
Tipo	Dependiente
Naturaleza	Cualitativa
Escala de medición	Ordinal
Indicador	Puntuación menor de 3 del test Morisky Green
Unidad de medida	Si, No
Instrumento	Encuesta
Dimensión	Biológica
Definición operacional	Puntaje en cuestionario de Morisky Green
Definición conceptual	Adherencia del paciente al tratamiento de la enfermedad respiratoria crónica diagnosticada.

Variable 3: ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	
Denominación	Enfermedad pulmonar progresiva crónica
Tipo	Independiente
Naturaleza	Cualitativa
Escala de medición	Razón
Indicador	Presencia de enfermedad
Unidad de medida	Si, NO
Instrumento	Historia clínica
Dimensión	Biológica
Definición operacional	Presencia de la enfermedad
Definición conceptual	Enfermedad neumológica

Variable 4: ASMA	
Denominación	Enfermedad de hiperactividad bronquial
Tipo	Independiente
Naturaleza	Cualitativa
Escala de medición	Razón
Indicador	Presencia de enfermedad
Unidad de medida	Si, NO
Instrumento	Historia clínica
Dimensión	Biológica
Definición operacional	Presencia de la enfermedad
Definición conceptual	Enfermedad neumológica

Variable 5: BRONQUIECTASIAS	
Denominación	Enfermedad inflamatoria crónica con dilatación de bronquios.
Tipo	Independiente
Naturaleza	Cualitativa
Escala de medición	Razón
Indicador	Presencia de enfermedad
Unidad de medida	Si, NO
Instrumento	Historia clínica
Dimensión	Biológica
Definición operacional	Presencia de la enfermedad
Definición conceptual	Enfermedad neumológica

Variable 6: FIBROSIS PULMONAR	
Denominación	Enfermedad progresiva de cicatrización del tejido pulmonar
Tipo	Independiente
Naturaleza	Cualitativa
Escala de medición	Razón
Indicador	Presencia de enfermedad
Unidad de medida	Si, NO
Instrumento	Historia clínica
Dimensión	Biológica
Definición operacional	Presencia de la enfermedad
Definición conceptual	Enfermedad neumológica

Variable 7: TUBERCULOSIS PULMONAR	
Denominación	Enfermedad infecciosa crónica
Tipo	Independiente
Naturaleza	Cualitativa
Escala de medición	Razón
Indicador	Presencia de enfermedad
Unidad de medida	Si, NO
Instrumento	Historia clínica
Dimensión	Biológica
Definición operacional	Presencia de la enfermedad
Definición conceptual	Enfermedad neumológica

Variable 8: SEXO	
Denominación	Sexo biológico
Tipo	Independiente
Naturaleza	Cualitativa
Escala de medición	Nominal
Unidad de medida	Varón / mujer
Instrumento	Cuestionario
Dimensión	Biológico
Definición operacional	Genero señalado en la encuesta
Definición conceptual	Genero orgánico

Capítulo IV: Metodología

4.1 Tipo de estudio y diseño de la investigación

El presente trabajo tiene un diseño de investigación Transversal observacional, descriptivo, analítico.

Es un estudio transversal porque se les realizó una sola intervención a los pacientes partícipes, en un punto específico de tiempo. Esta intervención fue mediante la aplicación del Test de Morisky Green para evaluar la adherencia al tratamiento y el Cuestionario para Depresión (PHQ9). Los pacientes a evaluar fueron aquellos de los consultorios del área de Neumología del Hospital Nacional Dos de Mayo de la ciudad de Lima, Perú durante el año 2019.

Es analítico por que se determinó la asociación entre depresión y adherencia al tratamiento.

4.2 Población de estudio y muestra

Población: Se incluyó a todos los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de alguna enfermedad respiratoria crónica que incluyen los diagnósticos de: EPOC, asma, fibrosis pulmonar, bronquiectasias y tuberculosis pulmonar, en ausencia de enfermedad psiquiátrica diagnosticada, del área de Neumología del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Muestra: Para el cálculo de la muestra se usó un nivel de confianza del 95%, se tomó de referencia, para el tamaño de la muestra sin corrección, antecedentes de estudios previos en los cuales Amparo S. Cabrera⁸ (2018) trabajó con 115 pacientes con asma bronquial, Valeria A. Castro¹² (2018) con 75 pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y Félix Llanos, T.³⁵ (2019) con 50 pacientes con tuberculosis. Calculándose una muestra sin corrección de 97 participantes, teniendo un valor de muestra corregida de 107 pacientes para la muestra de expuestos y de igual manera 107 pacientes para los no expuestos. Se consideró además el estudio de Rodas V. y Vargas¹⁴ (2019) donde se obtuvo un nivel de adherencia del 60% (frecuencia con el factor) y del 40% sin el factor. La muestra obtenida y aceptada bajo los criterios de inclusión estuvo conformada finalmente por 222 pacientes, 116 mujeres y 106 varones.

A continuación, se muestra el cálculo para un estudio transversal analítico

Diseño Transversal Analítico	
P_1 : FRECUENCIA CON EL FACTOR	0.60
P_2 : FRECUENCIA SIN EL FACTOR	0.40
NIVEL DE CONFIANZA	0.95
PODER ESTADÍSTICO	0.80
n' : TAMAÑO DE MUESTRA SIN CORRECCIÓN	97
n : TAMAÑO DE MUESTRA CON CORRECCIÓN DE YATES	107
TAMAÑO MUESTRA EXPUESTOS	107
TAMAÑO DE MUESTRA NO EXPUESTOS	107
TAMAÑO MUESTRA TOTAL	214

Fórmula para el cálculo del tamaño de

$$n' = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P_M(1-P_M)} - z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right]^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Donde P_M se calcula como:

$$P_M = \frac{P_1 + P_2}{2}$$

Aplicando la corrección de Yates tenemos:

$$n = \frac{n'}{4} \left[1 + \sqrt{1 + \frac{4}{n' * |P_1 - P_2|}} \right]^2$$

Fuente: Cedeche-Sandaval J., "Tamaño de Muestra en Estudios Clínicos", Acta Médica Costarricense (AMC), Vol. 50 (1), 2008

Tipo de muestreo

El tipo de muestreo que se realizará en el presente proyecto es de tipo probabilístico aleatorizado

Criterios de Selección de la muestra

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de asma.
- Pacientes con diagnóstico de EPOC.
- Pacientes con diagnóstico de bronquiectasias.
- Pacientes con diagnóstico de fibrosis pulmonar.
- Pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar.

Criterios de exclusión

- Cualquier paciente dentro del grupo de enfermedades incluidas que tenga diagnosticada depresión como comorbilidad y/o esté recibiendo tratamiento para la depresión.
- Pacientes con diagnóstico de alguna enfermedad respiratoria crónica que no desee participar en el estudio.

4.3 Operacionalización de variables

Matriz de contingencia presente en el **anexo 1**

	Nombre de Variable	Definición operacional	tipo	Naturaleza	Escala	Indicador	Medición
1	EPOC	Presencia de enfermedad	Independiente	Cualitativa	Razón	Presencia de la enfermedad	Positivo o negativo (Sí/No) al diagnóstico
2	ASMA						
3	FIBROSIS P.						
4	TBC						
5	BRONQUIECTASIA						
6	DEPRESION						
7	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	Respuesta del cuestionario Morisky Green	Dependiente		Ordinal	Adherente/ no adherente	Respuesta distinta a No/Si/No/No
8	SEXO	Genero señalado en la encuesta	Independiente	cualitativa	nominal	Femenino Masculino	0= Femenino 1=masculino

4.4 Técnicas e instrumento de recolección de datos

Los datos obtenidos fueron recolectados mediante la aplicación del Cuestionario para Depresión Patient Health Quality (PHQ-9) que consta de nueve preguntas con una valoración en escala del 0 al 3. Permite establecer un diagnostico formal de trastorno depresivo (depresión mayor) con 4 o más criterios positivos a” casi todos los días y todos los días “que tienen puntajes máximos (3-2 puntos) y trastorno depresivo sub umbral (depresión menor) si la mayoría de respuestas son “varios días” o” ningún día “las cuales obtienen puntajes mínimos (1-0 puntos). Ver anexo A.

Para la adherencia se utilizó el Test de Morisky Green, conformado por cuatro preguntas acerca del uso correcto o incorrecto de sus fármacos, cuyas respuestas son dicotómicas (sí /no), ideal si se quiere ver la adherencia en enfermedades crónicas. Ver anexo B.

4.5 Recolección de datos

A los pacientes participantes previamente se les explicó en qué consistía su intervención en el estudio y se les entregó un consentimiento informado detallándose el motivo de la investigación y el uso de los cuestionarios para depresión y adherencia. Ver anexo 5

Los pacientes que accedieron a responder la ficha de datos (anexo 4) fueron aquellos atendidos en los consultorios externos del área de Neumología del Hospital Nacional Dos de Mayo en el mes de noviembre del 2019.

4.6 Técnica de procesamiento de datos y análisis de datos

El método utilizado para el análisis de los datos fue mediante el programa SPSS, previamente con la tabulación de la ficha de datos en Excel, lo que permitió la elaboración y orientación de las principales medidas del estudio.

Se evaluó la normalidad de la muestra mediante métodos gráficos (histograma) y analíticos (shapiro wilk) resultando una distribución normal. El análisis univariado se expresó en medias y mediante la prueba estadística del valor de Chi^2 que permitió la asociación de dos variables cualitativas. El cálculo de T de Student permitió observar la asociación entre una variable cualitativa y otra cuantitativa.

CAPÍTULO V

I. RESULTADOS

En los resultados univariados de la muestra estudiada se obtuvo que el sexo femenino es el más prevalente (52.3%) (Tabla 1); la edad media fue de 52 años. (Tabla 2) y la media del tiempo de enfermedad fue de 5,61 años (tabla 3), el resto de características se observa a más detalle en cada una de las siguientes tablas.

Tabla 1. N° de pacientes según sexo atendidas en el Hospital Nacional Dos Mayo durante noviembre del 2019.

Sexo	N° total
Femenino	116 (52.3%)
Masculino	106 (47.7%)
Total	222 (100%)

Tabla 2. Edad media en años de los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas del Hospital Nacional Dos de Mayo durante noviembre del 2019.

N° total	Edad mínima	Edad máxima	Media	Desviación
222	18	83	52.16	16.998

Tabla 3. Tiempo de enfermedad estimado en los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas del Hospital Nacional Dos de Mayo durante noviembre del 2019.

N° total	Tiempo de Enfermedad (años)			
	Mínimo	Máximo	Media	Desviación
222	0.040	50	5.61	7.8

La depresión encontrada, mediante el instrumento PHQ9, estuvo presente en el 54.1% de la muestra estudiada (Tabla 4); Se encontró mediante el cuestionario Morisky Green que el 53.2% de los pacientes fueron adherentes al tratamiento (Tabla 5).

Tabla 4. Presencia de depresión total en los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas del Hospital Nacional Dos de Mayo durante mayo del 2019.

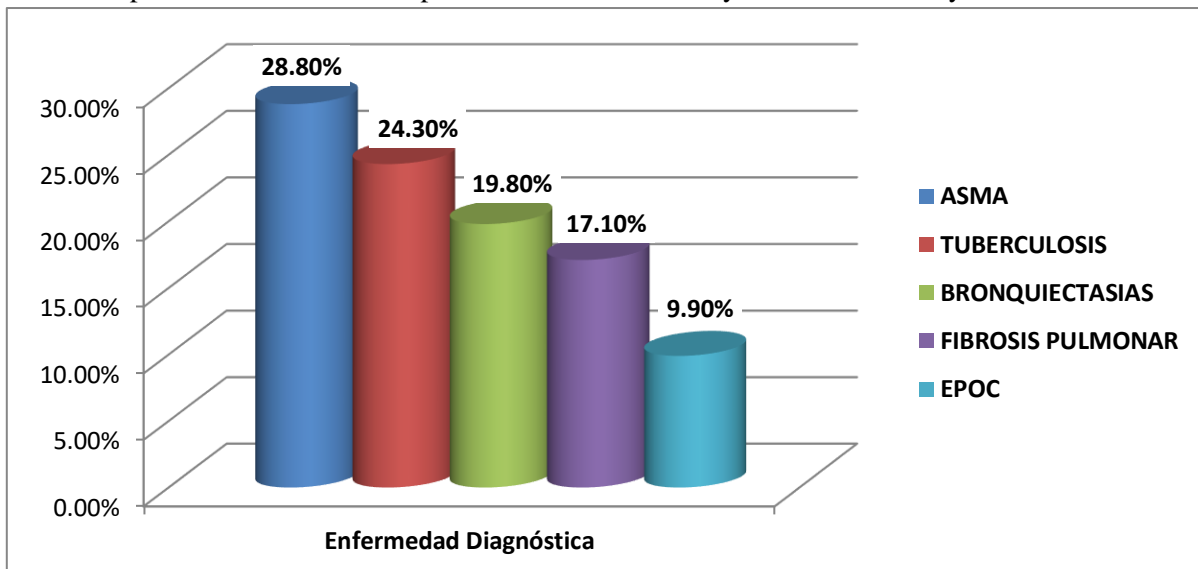
Presencia de Depresión	Número de pacientes
Sin depresión	102 (45.9%)
Con depresión	120(54.1%)
Total	222(100%)

Tabla 5. Pacientes con enfermedades respiratorias crónicas adherentes y no adherentes al tratamiento según el cuestionario Morisky Green aplicado en el Hospital Nacional Dos de Mayo durante mayo del 2019

Adherencia (Morisky Green)	Número de pacientes
Adherente	118(53.2%)
No adherente	104(46.8%)
Total	222(100%)

Se muestran los porcentajes según la frecuencia de pacientes diagnosticados dentro del grupo de las enfermedades respiratorias crónicas, donde el asma bronquial y la tuberculosis pulmonar fueron las enfermedades más frecuentes con 28.80% y 24.30% respectivamente (Gráfico 01).

Gráfico N° 01. Porcentajes por enfermedad diagnóstica de los pacientes con enfermedad respiratoria crónica del Hospital Nacional Dos de Mayo 2019 durante mayo del 2019.



En la relación entre las variables depresión y diagnóstico se muestra que no existe una asociación estadísticamente significativa. La depresión estuvo presente en todas las enfermedades dentro del grupo de las enfermedades respiratorias crónicas (Tabla 13).

Tabla 6. Asociación entre depresión y el diagnóstico del paciente con enfermedades respiratorias crónicas del Hospital Nacional Dos de Mayo durante mayo del 2019.

Diagnóstico	Presencia de Depresión		P*
	No Depresión	Depresión	
EPOC	8 (36.4%)	14(63.6%)	0.15
Asma	27 (42.2%)	37 (57.8%)	
TBC	30 (55.6%)	24 (44.4%)	
Fibrosis pulmonar	13(34.2%)	25 (65.8%)	
Bronquiectasia	24(54.5%)	20 (45.5%)	

*Valor de P obtenido por cálculo del chi2.

Se establece que existe asociación estadísticamente significativa entre depresión y tiempo de enfermedad en los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas (Tabla 7). El presente estudio se encontró asociación entre la adherencia al tratamiento y el tiempo de enfermedad (tabla 8).

Tabla 7. Asociación entre depresión y tiempo de enfermedad en los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas del Hospital Nacional Dos de Mayo durante mayo del 2019.

	Presencia de Depresión	Media	N	%	P*
T.E* (años)	No depresión	4.14	102	45.9%	0.009
	Sí depresión	6.86	120	54.1%	

*Valor de P obtenido por prueba T de Student. T.E: Tiempo de enfermedad.

Tabla 8. Asociación entre adherencia al tratamiento y tiempo de enfermedad en los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas del Hospital Nacional Dos de Mayo durante mayo del 2019.

	Morisky Green	Media	N	%	P*
T.E (años)	Adherente	4.11	118	53.2%	0.02
	No adherente	7.31	104	46.8%	

* P obtenido por T de Student. T.E: Tiempo de Enfermedad.

No se encontró asociación entre la presencia de depresión y sexo de los pacientes participantes (tabla 9), así como tampoco se encontró asociación estadísticamente significativa entre la adherencia al tratamiento y la edad del paciente (tabla 10).

Tabla 9. Asociación entre presencia de depresión y sexo del paciente con enfermedades respiratorias crónicas del Hospital Nacional Dos de Mayo durante mayo del 2019.

Presencia de Depresión	Sexo		P*
	Hombre	Mujer	
No depresión	59 (26.6%)	43(19.4%)	0.05
Sí depresión	47 (21.2%)	73(32.9%)	

* Valor de $p < 0.05$ mediante el cálculo de chi cuadrado.

Tabla 10. Asociación entre adherencia al tratamiento y edad del paciente con enfermedades respiratorias crónicas del Hospital Nacional Dos de Mayo durante mayo del 2019.

Edad	Morisky Green	Media	N	%	P*
	Adherente	50.45	118	53.2%	
No adherente	54.11	104	46.8%		

* P obtenido mediante el cálculo T de Student.

En el análisis Bivariado, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la adherencia al tratamiento y el sexo de los pacientes estudiados (Tabla 11).

Tabla 11. Asociación entre adherencia al tratamiento y sexo del paciente con enfermedad respiratoria crónica del Hospital Nacional Dos de Mayo durante mayo del 2019.

Adherencia (Morisky Green)	Sexo		P*
	Hombre	Mujer	
Adherente	59 (26.6%)	59 (26.6%)	0.474
No adherente	47 (21.2%)	57 (25.7%)	

*Valor de P calculado mediante Chi2.

El cálculo de chi cuadrado muestra asociación entre la adherencia al tratamiento y la enfermedad del paciente dentro del grupo de las enfermedades respiratorias crónicas. Los pacientes con asma bronquial y EPOC son los menos adherentes (Tabla 12).

Tabla 12. Asociación entre adherencia al tratamiento y diagnóstico según los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas del Hospital Nacional Dos de Mayo durante mayo del 2019.

Diagnóstico	Morisky Green		P*
	Adherente	No adherente	
EPOC	10 (45.5%)	12(54.5%)	0.026
Asma	26 (40.6%)	38 (59.4%)	
TBC	38 (70.4%)	16 (29.6%)	
Fibrosis pulmonar	21(55.3%)	17 (44.7%)	
Bronquiectasia	23 (52.3%)	21 (47.7%)	

*Valor de P obtenido por chi2.

La depresión tiene asociación estadísticamente significativa con la edad del paciente, donde los pacientes alrededor de los 54 años fueron los más afectados. (Tabla 13)

Tabla 13. Asociación entre depresión y edad en los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas del Hospital Nacional Dos de Mayo durante mayo del 2019.

	Presencia de Depresión	Media	N	%	P*
Edad	No depresión	50.02	102	45.9%	0.008
	Sí depresión	53.98	120	54.1%	

P* obtenido por prueba T de Student.

Finalmente, al asociarse la presencia de depresión y la adherencia al tratamiento se obtiene una asociación estadísticamente significativa. (Tabla 14)

Tabla 14. Asociación entre depresión y adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas del Hospital Nacional Dos de Mayo durante mayo del 2019.

PHQ9 Dx	Morisky Green		P*
	Adherente	No adherente	
Sin depresión	76	26	0.001
Con depresión	42	78	

*Valor de P mediante el cálculo de chi². La estimación del riesgo fue de un valor de 5.429 según la razón de ventaja para adherencia / no adherencia en los pacientes con depresión.

II. Discusión

Este trabajo tuvo el objetivo de mostrar si existía o no una asociación entre la presencia de depresión y su repercusión negativa en la adherencia al tratamiento, tal como Félix Llanos, T. y Cesar Ponce, Ch. (2019)⁽³⁵⁾ plantearon en su estudio, pero esta vez en aquellos pacientes con enfermedades respiratorias crónicas. Los pacientes que además de la enfermedad pulmonar presentaron depresión tuvieron una mala adherencia al tratamiento⁽⁶⁾. Es importante mencionar a su vez, que los pacientes deprimidos son 5 veces más potenciales a ser no adherentes que aquellos que no lo están. Hallar esta asociación muestra la importancia de detectar a la depresión como comorbilidad y da una respuesta alterna al porqué sigue persistiendo altos índices de pacientes no adherentes.

En cuanto a la prevalencia de depresión en los pacientes con enfermedades crónicas, las cifras estimadas según Roque et al. (2018)⁽³⁴⁾ variaban notablemente por enfermedad, teniendo rangos desde 40% hasta 79% sin embargo en estas cifras no se incluyen a las Enfermedades Respiratorias Crónicas. Al realizar este estudio pudimos encontrar que en los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas la prevalencia de depresión es del 54%. Dato que permite entonces considerar a las Enfermedades Respiratorias Crónicas como el grupo de enfermedad con mayor prevalencia de depresión dentro de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

Vrijens et al.⁽⁴¹⁾ sugieren que para poder plantearse estrategias que permitan combatir la pobre adherencia al tratamiento de este grupo de enfermedades es necesario saber la prevalencia de comorbilidad mental. Castro, Punzer y Parodi (11) obtuvieron en su estudio que el 44% de los pacientes con EPOC tenían depresión, cifra que fue mayor en este estudio frente a un 63.6%. Respecto al asma bronquial diversos estudios daban una cifra heterogénea de depresión con valores que oscilaban desde 42% hasta 65%, rango que se confirmó en los pacientes asmáticos participantes. En este estudio obtuvimos que los pacientes con fibrosis pulmonar (FPI), EPOC y asma bronquial son las enfermedades con mayor porcentaje de depresión dentro de su población respectivamente.

No se puede determinar si la depresión es reactiva a la enfermedad o se desarrolla durante el curso de la enfermedad o si estuvo antes del diagnóstico de la enfermedad, pero lo que sí podemos afirmar con los resultados obtenidos es que, a mayor tiempo de enfermedad, más probabilidad de tener depresión y de no ser adherente al tratamiento. El presente estudio determinó que los pacientes con enfermedad respiratoria crónica que padecen depresión fueron aquellos con un tiempo de enfermedad alrededor de los 7 años.

La adherencia al tratamiento sigue siendo hasta la actualidad un tema importante para la salud pública, puesto que en muchas enfermedades especialmente en las crónicas, no se logra un óptimo cumplimiento, lo que se traduce en múltiples efectos negativos tanto para el paciente como para el personal de salud⁽¹⁹⁾.

Los valores estimados de adherencia según enfermedad es poca, Bach M. Carmen Vargas⁽¹⁶⁾ (2019), estimó que solo el 60% de los pacientes con enfermedades crónicas son adherentes. Para las enfermedades respiratorias crónicas esta vez se muestra que los pacientes no adherentes son alrededor del 47% cifra que sigue manteniéndose teóricamente predecible.

A pesar de que el uso de inhaladores sea un factor ya demostrado que favorece la pobre adherencia al tratamiento ⁽⁴¹⁾, no se puede afirmar que la poca adherencia en ellos sea netamente atribuida al uso de inhaladores, Castro Benites V, Runzer ⁽¹²⁾ (2019) puso en manifiesto que factores psicológicos y mentales también pueden ser condicionantes para la pobre adherencia al tratamiento y como se muestra en este estudio, existen factores asociados como la presencia de depresión.

En la práctica clínica es importante saber bien el diagnóstico, pues muchos pueden predecirnos una buena o pobre adherencia. Se ha demostrado que sí existe una asociación entre la adherencia al tratamiento y la enfermedad del paciente, claro ejemplo son los pacientes con asma y EPOC. Vrijens et al ⁽⁴¹⁾ (Francia 2016), menciona que en los pacientes con asma y EPOC la no adherencia puede tener valores de 30% hasta 70% pues la no adherencia se incrementa con el uso de inhaladores, hecho que es confirmado al evidenciarse en este estudio que los pacientes menos adherentes fueron aquellos con el diagnóstico de asma y EPOC.

La adherencia es un concepto dinámico, amplio y diverso, pues tiene múltiples factores que pueden influenciarlo, dentro de los cuales pueden ser atribuidos al paciente: de la atención que recibe, como percibe la enfermedad y de su contexto social. Flores M. Onofre (2017) ⁽²⁶⁾, demostró en su estudio que también comprende de factores propios de la enfermedad: del curso de la enfermedad, tiempo de padecimiento y como éste va limitando su capacidad física. En este trabajo se muestra como el tiempo de enfermedad tiene un impacto directo en la adherencia, marcándose que los pacientes que tenían mayor de 7 años de diagnóstico fueron no adherentes.

Roque MG. ⁽³⁸⁾ cita a Tuesta, quien describe la importancia y las diversas dimensiones que se ven comprometidas en una enfermedad crónica y cómo modifican la calidad de vida del paciente. La cronicidad, sobre todo respiratoria, hace que la salud restrinja a la persona para realizar actividades con demanda de esfuerzo físico, así como actividades de la vida cotidiana tales sean subir escaleras, caminatas, hasta del autocuidado y de la vida íntima personal. Esta limitación de la persona en su rendimiento debido a una condición física también afecta su vitalidad. Una buena vitalidad necesita de la calidad del sueño, pues el sueño es la forma fisiológica que tiene el cuerpo de regenerarse y mantenerse preparado para afrontar el día a día. En las enfermedades respiratorias crónicas (ERC) a diferencia de otras patologías crónicas, la limitación física es inevitable y en su mayoría progresiva, incapacitante o de curso fluctuante y a veces hasta impredecible. Además, muchas de ellas, como el asma bronquial, tienen síntomas a predominio nocturno lo que interfiere con el óptimo sueño.

Reconocer los campos afectados en la calidad de vida del paciente con ERC por su particular curso de enfermedad y fisiopatología nos permite plantear, justificar y entender el porqué es necesario detectar comorbilidades adicionales que estén presentes en ellos y que puedan disminuir aún más su calidad de vida, sobre todo con la alta prevalencia de depresión en esta población. Roque MG (2018) demostró que existe una relación directa entre una buena adherencia al tratamiento y calidad de vida ⁽¹⁷⁾.

Si bien el sueño está incluido como parámetro en la evaluación del cuestionario PHQ9 usado en este estudio, la repercusión de esta asociación en la calidad del sueño fue un dato no demostrado, pero sí reconocido por los propios pacientes participantes, pues durante la evaluación fue común las quejas sobre tener problemas para conciliar el sueño por días hasta semanas, dependiendo que tan controlada permanezca su enfermedad.

De igual manera cuando la edad se asocia con depresión y adherencia, ambas de forma independiente, se evidenció que en ambos casos los pacientes alrededor de los 54 años fueron los que tuvieron mayor cantidad de depresión y fueron los menos adherentes. Aseverándose lo que López Ibor ⁽⁴⁰⁾ menciona en sus “Anales de medicina”, que la aparición de depresión es a partir de los 30 años y destaca la relación entre el envejecimiento y la adherencia terapéutica.

Así mismo la mayoría de nuestra muestra estudiada afectada con depresión fue del sexo femenino, corroborándose lo que Roman Lay A. publicó durante el 2018, que el sexo sí puede considerarse como un factor para predisponer alteraciones del estado de ánimo como la depresión. La edad media de nuestra población fue alrededor de los 52 años, edad donde la gran mayoría mujeres tienen cambios hormonales asociados a la menopausia, ésta podría ser una probable respuesta en cuanto al porque muchos estudios señalan a las mujeres como más ‘vulnerables’. En esta etapa, la cual muchas mujeres no tienen suficiente conocimiento sobre el cambio que implica, además de tener una enfermedad respiratoria crónica que le genera estados agudos de ansiedad durante las exacerbaciones, sumado al rol que tienen en la sociedad hacen que sean una población con mayor susceptibilidad.

El aumento progresivo que la depresión ha tenido en los últimos años hace que sea un tema de interés no solo para los médicos psiquiatras sino también para los médicos en general y en toda la población, más aun sabiendo que del total de pacientes con depresión solo el 10% es tratado por un especialista, además la prevalencia de depresión es mayor en aquellos pacientes que tienen contacto médico ⁽⁴⁰⁾.

Teniendo en cuenta la asociación inicial descrita entre depresión y adherencia al tratamiento, la mejora en la calidad de vida de los pacientes deprimidos se traduciría en su enfermedad principal como una participación activa voluntaria y por ende una mejor adherencia al tratamiento.

Capítulo VI

Conclusiones y recomendaciones

1.1 Conclusiones

- Existe una asociación entre la presencia de depresión y la adherencia al tratamiento en los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas. Aquellos pacientes con enfermedad pulmonar crónica con depresión tienen cinco veces más riesgo de ser no adherentes al tratamiento.
- Los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas son el grupo de enfermedades no transmisibles con mayor prevalencia de depresión, ya que se destaca con una prevalencia de 54.1% por encima de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.
- El asma bronquial y EPOC son las enfermedades con pacientes menos adherentes.
- La mayoría de los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas intervenidos son del sexo femenino y el grupo etario predominante fue adultos de 52 años, con un tiempo de enfermedad alrededor de los 6 años.
- El tiempo de enfermedad media tiene asociación significativa con depresión y adherencia al tratamiento, pues a mayor de 7 años de diagnóstico los pacientes tuvieron depresión y fueron no adherentes.
- Se observa que las variables sociodemográficas como sexo y edad sí tienen asociación significativa que favorece la aparición de depresión, pues a mayor edad mayor población con depresión, siendo entonces más frecuente en las mujeres y con una edad de alrededor de los 54 años.

1.2 Recomendaciones

- El presente estudio tiene un componente descriptivo que permite resaltar las características de un potencial paciente con enfermedad respiratoria crónica y la presencia de depresión, si consideramos la edad, el sexo y el tiempo de enfermedad. Este perfil podría usarse para elaborar un nuevo test que permita la detección precoz del paciente con esta comorbilidad, así poder realizar una intervención oportuna y mejorar su calidad de vida además de tener una evidente mejora en la adherencia al tratamiento.
- Los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas son una población especialmente vulnerable a trastornos del ánimo como la depresión, por lo que realizar estudios donde se realicen intervenciones que mejoren su condición anímica y se evidencie los beneficios que trae esto consigo, a largo plazo podría permitir considerarse a esta intervención como parte del manejo multidisciplinar que todo paciente debe recibir.
- Los estudios que permitan evaluar, comprender y mejorar la calidad de vida de un paciente con enfermedad crónica siguen siendo piedras angulares en el adecuado manejo del paciente, pues no solo las intervenciones de índole farmacológica aseguran el éxito terapéutico.
- Se sugieren más intervenciones y que las próximas investigaciones utilicen un instrumento más detallado para evaluar la adherencia al tratamiento, sobre todo en aquellos que usen inhaladores para disminuir los sesgos de la información.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. (2019). Prevención de las enfermedades crónicas. [Base de datos en línea] Disponible en: https://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index1.html [Consultado el 12 de septiembre de 2019].
2. Organización Mundial de la Salud (2018). Situación actual sobre el asma. [Base de datos en línea] Disponible en: <https://www.who.int/respiratory/asthma/en/index3.html> [Consultado el 12 de septiembre de 2019]
3. Mäkelä MJ, Backer V, Hedegaard M, Larsson K. Adherence to inhaled therapies, health outcomes and costs in patients with asthma and COPD. *Respir Med.* 2013;107:1481–90.
4. Organización Mundial de la Salud (2019). Tuberculosis. [Base de datos en línea] Disponible en: <https://www.who.int/topics/tuberculosis/es/https://www.who.int/respiratory/asthma/en/index3.html> [Consultado el 12 de septiembre de 2019]
5. OMS | La Alianza Global contra las Enfermedades Respiratorias Crónicas (GARD) [Internet]. Who.int. 2019 [cited 16 September 2019]. Available from: <https://www.who.int/respiratory/gard/es/index>
6. Instituto Nacional de Salud. Comorbilidad de la Depresión y Enfermedades Crónicas en la Población Peruana. Lima: INS, Unidad de Análisis y Generación de Evidencias; 2016. Serie Análisis Secundario de Datos N° 01-2016.
7. Diez-Canseco F, Ipince A, Toyama M, Benate-Galvez Y, Galán-Rodas E, Medina-Verástegui JC, et al. Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú: retos y oportunidades para la integración de cuidados en el primer nivel de atención. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2014;31(1):131-6.
8. Sanz Cabrera A. Ansiedad y depresión en pacientes asmáticos. Universidad de Extremadura, España; 2019.
9. García Sanchez E, Ubaldo Prado G, Fidel Mendoza M. Prevalence of anxiety and depression in patients diagnosed with chronic not contagious diseases treated at the Uneme-ec of Xalapa. 12th ed. Mexico: International Journal of Integrated Care; 2019.
10. Rand CS, Bender B, Weinstein AG, Boulet LP, Chaustre I. Asthma Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization. 2003.
11. Lugo G., I.V., Pérez B., Y.Y., Robles M., S.S. y Vega V., C.Z. (2019). Representación de enfermedad y depresión en pacientes con ERCT y asma: comparación por enfermedad. *Psicología y Salud*, 29(2), 237-247.

12. Castro Benites V, Runzer Colmenares F. Depresión en pacientes adultos mayores de comunidades de altura, con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). 10th ed. Revista de neuropsiquiatría. Barcelona - España: Jose F. Parodi; 2019. p. 6,7.
13. Gonzales C. Y, Herrera I, Moncada G. Prevalencia de trastornos mentales en relación con la prevalencia de enfermedades médicas crónicas en mayores de 18 años, departamento de Francisco Morazán y Olancho, año 2016. Honduras: Psicología Clínica; 2019.
14. Vargas Q. Viviana, Castañeda A. Luz. Factores que afectan la adherencia al tratamiento con inhaladores en pacientes con diagnóstico de asma, departamento de Enfermería clínica, año 2016, Bogotá- Colombia.
15. Coronel V. Carinna, Fuentes O. Katherine. Prevalencia de exacerbaciones en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y depresión, en comparación a pacientes con EPOC sin depresión. Informe final de Investigación de la especialidad de Neumología, Servicio de Neumología del Hospital Carlos Andrade Martin, San Francisco, año 2019, Quito- Ecuador.
16. Bach M. Carmen Vargas, Depresión y adherencia al tratamiento en adultos mayores con enfermedades crónicas. Universidad Ricardo Palma, año 2019.
17. Roque MG. Relación entre depresión y calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este (Tesis de Licenciatura). Lima: Universidad Peruana Unión, 2018.
18. Martinez Pablo, Rojas Graciela, Rosemarie Fritsch, Paula Vöhringer. Comorbidity in people with depression seeking help at primary health care centers in Santiago, Chile; 2017; Revista de Medicina de Chile, vol.25 (2,3).
19. Málaga G. Las enfermedades crónicas no transmisibles, un reto por enfrentar [editorial]. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014;31(1):6-8.
20. Requena R. Ivonne, Factores emocionales que intervienen en la somatización de la enfermedad de los pacientes asmáticos que asisten al servicio de emergencia del Hospital Dos de Mayo, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, año 2016.
21. Lugo G., I.V., Pérez B., Y.Y., Robles M., S.S. y Vega V., C.Z. (2019). Representación de enfermedad y depresión en pacientes con ERCT y asma: comparación por enfermedad. Psicología y Salud, 29(2), 237-247.
22. Dr. Mosquera, Mr. Eguidazu, and the team of ATSS (Technical-Sanitary-Assistants) from the Pneumology II Service (Servicio de Neumología II) of the National Silicosis Institute of the Central Hospital of Asturias.
23. [Internet]. Lima, Perú: Helen Elizabeth Morales Miranda 1; 2015 [cited 17 September 2019]. Available from: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/981/887>
24. Roman Lay A. Association of asthma control with psychological factor in women. 3rd ed. Chile: Revista de Medicina de Chile; 2018.
25. Anduaga-Beramendi A, MaticorenaQuevedo J, Beas R, Chanamé-Baca DM, Veramendi M, WiegeringRospigliosi A, Zevallos E, Cabrera R, Suárez-Ognio L.

- Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria, Lima, Perú. *Acta Med Peru.* 2016;33(1):21-8
26. Flores Manuel Onofre, Factores que influyen en la adherencia al tratamiento para tuberculosis en pacientes mayores de 18 años, Universidad Nacional de Tacna, Perú, 2017.
 27. Rabe KF, Hurd S, Anzueto A, Barnes PJ, Buist SA, Calverley P et al. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. GOLD Executive Summary. *Am J Respir Crit Care Med.* 2007;176:532–555.
 28. Murray J F. 2010: The Year of the Lung. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2010; 14(1):1–4
 29. 1. Schwartz DA, Helmers RA, Galvin JR, et al. Determinantes de la supervivencia en la fibrosis pulmonar idiopática. *Am J Respir Crit Care Med.* 1994; 149 (2 Pt 1): 450-4. [PubMed] [Google Scholar]
 30. Paul O'Byrne, Eric D. Bateman, Jean Bousquet, Tim Clark, Ken Ohta et al. Global Strategy For Asthma Management and Prevention 2006;8:22-109.
 31. 1. Nieven A. Bronquiectasias - Trastornos pulmonares - Manual MSD versión para profesionales [Base de Datos Online]. Manual MSD versión para profesionales. 2019 [cited 19 September 2019]
 32. Vendrell M, de Gracia J, Oliveira C., et al. Diagnóstico y tratamiento de las bronquiectasias. *SEPAR Diagnóstico y tratamiento de bronquiectasias. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica.* Arch Bronconeumol 2008; 44 : 629-640. [PubMed] [Google Scholar]
 33. Rosen MJ. Tos crónica debida a bronquiectasia: guías de práctica clínica basadas en evidencia ACCP . *Pecho .* 2006; 129 : Supl , 122S – 131S. [PubMed] [Google Scholar]
 34. Meyers D. Tuberculosis (TBC) - Enfermedades infecciosas - Manual MSD versión para profesionales [Online]. Manual MSD versión para profesionales. 2019 [cited 19 September 2019]. Available from: https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/enfermedades-infecciosas/micobacterias/tuberculosis-tbc#v1010855_es
 35. Llanos-Tejada Félix, Ponce-Chang César. Depresión y adherencia en personas afectadas con tuberculosis: Una exploración preliminar de datos. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2019 Abr [citado 2019 Oct 27] ; 82(2): 104-109. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972019000200002&lng=es.
<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rnp.v82i2.3536>
 36. [Base de datos Online]. Inei.gob.pe. 2019 [cited 19 September 2019]. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1152/cap03.pdf
 37. Diz R., R.F, Garza C., A., Olivas V., E.K., Montes E., J.G. y Fernández L., G.S. (2019).Cáncer y depresión: una revisión. *Psicología y Salud*, 29(1), 115-124.

38. Roque MG. Relación entre depresión y calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este (Tesis de Licenciatura). Lima: Universidad Peruana Unión, 2018.
39. Melero Moreno C, Rodríguez Meleán N, Díaz Campos R. Rev Asma. 2017;2(1):13-22
40. López Ibor MI. Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. An Med Interna (Madrid) 2007; 24: 209-211.
41. Vrijens B, Dima AL, Van Ganse E, Van Boven JF, Eakin MN, Foster JM, et al. What We Mean When We Talk About Adherence in Respiratory Medicine. J Allergy Clin Immunol Pract. 2016;4:802–12.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Matriz de consistencia							
Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño Metodológico	Población y muestra	Técnica e instrumentos	Plan de análisis de datos
¿Cuál es la asociación entre depresión y adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas del Hospital Nacional Dos de Mayo, Perú, 2019?	<p>General: Determinar la asociación entre depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas.</p> <p>Específicos: - Determinar la prevalencia de ansiedad y la prevalencia de depresión. - Determinar si el tiempo de enfermedad y número de fármacos tiene asociación con la no adherencia al tratamiento. - Determinar cuál el sexo más prevalente con depresión y enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>General: Existe asociación entre depresión y adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades respiratorias.</p> <p>Específicas: -Existe asociación entre el nivel de depresión y la adherencia al tratamiento -Existe relación entre número de fármacos usados y el tiempo de enfermedad para presentar depresión. -Las mujeres son el sexo más prevalente con enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p><u>Enfermedades respiratorias crónicas:</u> EPOC Asma Fibrosis pulmonar Bronquiectasias TBC <u>Depresión</u> <u>Adherencia al tratamiento</u></p>	El presente trabajo tiene un diseño de investigación observacional, descriptivo, de asociación de variables, transversal analítico.	<p>Población: Todos los pacientes con diagnóstico de alguna enfermedad respiratoria crónica en ausencia de enfermedad psiquiátrica diagnosticada del área de Neumología del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el año 2019.</p>	<p>La recolección de datos estará a cargo del propio investigador y 2 médicos colaboradores. Se utilizarán los Test PHQ-9 para depresión y Escala de Morisky Green para adherencia</p>	<p>Se tabularán los datos obtenidos de la ficha de recolección de datos a Excel, para mediante el programa SPSS analizarse las frecuencias de las variables cualitativas</p>

Instrumentos para la recolección de datos

Anexo 2 (A): Test PHQ-9

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)				
Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas? (Marque con una "✓" para indicar su respuesta)	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Dificultad para dormir o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Con poco apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario – ha estado tan inquieto(a) o agitado(a), que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

For office use only: 0 + + +
=Total Score:

Anexo 3 (B): Test Morisky Green

TEST MORISKY GREEN

1. ¿Deja de tomar alguna vez los medicamentos para tratar su enfermedad?

2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?

4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

Se considera cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas: no/sí/no/no

Anexo 4: Ficha de recolección de datos

Test Morisky Green	Sí	No
¿Deja de tomar en algún momento sus medicamentos que tratan su enfermedad?		
¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?		
¿Cuándo se encuentra bien, deja de tomar la medicación?		
Si alguna vez le sienta mal los medicamentos ¿Deja de tomarlos?		

Sexo: _____

Edad: _____

Tiempo de enfermedad:

				PHQ9
Durante las dos últimas semanas que tan seguido le han afectado las siguientes oraciones:	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. ¿Se ha sentido decaído, triste o sin esperanzas?	0	1	2	3
3. ¿Dificultad para dormir o permanecer dormido, o duerme demasiado?	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado o con poca energía	0	1	2	3
5. Con poco apetito o ha comido en exceso?	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo o que es un fracaso o que defrauda a su familia?	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas como	0	1	2	3

leer el periódico o ver la televisión?				
8.¿Se ha sentido más lento o agitado de lo normal u otros le han dicho que usted está así?	0	1	2	3
9.Ha pensado que estaría mejor murto o se ha intentado lastimar de alguna manera?	0	1	2	3

Anexo 5: **Consentimiento informado**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lea cuidadosamente y asegúrese que se respondan todas sus interrogantes.

Usted está siendo invitado a participar en el estudio de investigación denominado “Asociación entre depresión y adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2019”.

Se le realizaran dos encuestas, la primera consta de 9 preguntas para marcar del 1-3 según crea conveniente y el segundo es un cuestionario de 4 preguntas para marcar Sí/no. La información que usted nos brinde nos permitirá demostrar el objetivo de este estudio, ver si la depresión está presente en los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas y si esto afecta la adherencia al tratamiento.

Su participación en este estudio será de gran ayuda también para otros individuos que tengan una condición clínica similar.

Los datos recolectados serán procesados manteniendo su identidad personal en confidencialidad.

Por medio de la presente Yo identificado con DNI consiento voluntariamente mi participación para el trabajo de investigación, habiéndome proporcionado información relevante sobre el estudio y resuelto mis dudas al respecto.

FIRMA y DNI del PACIENTE

Su participación en este estudio es enteramente voluntaria, usted no está obligado a tomar parte, su tratamiento y la actitud de su doctor hacia usted no se verán afectados si usted decide no tomar parte. No habrá costos adicionales para usted por la participación en el estudio y cualquier duda o inquietud puede acudir al Centro de Ética en Investigación del Hospital Nacional Dos de Mayo y /o contactarse directamente con el investigador.

Investigador principal

Karla Cardenas Cerdan

DNI 72764729/ Rpc: 947319862

