

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

TESIS:

**FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
ANTIDEPRESIVO. CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO
“CAMINANDO JUNTOS”, BAÑOS DEL INCA, CAJAMARCA - 2024**

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

Presentada por:

SUSANA CABRERA DELGADO

Asesora:

Dra. SANTOS ANGÉLICA MORÁN DIOSES

Cajamarca, Perú

2025



**Universidad
Nacional de
Cajamarca**
"Norte de la Universidad Peruana"



CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador:
Cabrera Delgado Susana
DNI: 72927895
Escuela Profesional/Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la salud.
Programa de Maestría en Ciencias, Mención: Salud Pública
2. Asesora: Dra. Santos Angélica Morán Dioses
3. Grado académico o título profesional
☐ Bachiller ☐ Título profesional ☐ Segunda especialidad
☒ Maestro ☐ Doctor
4. Tipo de Investigación:
☒ Tesis ☐ Trabajo de investigación ☐ Trabajo de suficiencia profesional
☐ Trabajo académico
5. Título de Trabajo de Investigación:
Factores asociados a la adherencia al tratamiento antidepresivo. Centro de Salud
Mental Comunitario "Caminando Juntos", Baños del Inca, Cajamarca - 2024
6. Fecha de evaluación: **20/01/2026**
7. Software antiplagio: ☒ TURNITIN ☐ URKUND (ORIGINAL) (*)
8. Porcentaje de Informe de Similitud: **14%**
9. Código Documento: **3117:547540698**
10. Resultado de la Evaluación de Similitud:
☒ **APROBADO** ☐ PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO

Fecha Emisión: **20/01/2026**

Firma y/o Sello Emisor Constancia

Dra. Santos Angélica Morán Dioses
DNI: 26618831

* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

COPYRIGHT © 2025 by
SUSANA CABRERA DELGADO
Todos los derechos reservados



Universidad Nacional de Cajamarca
LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO Nº 080-2018-SUNEDUC/D
Escuela de Posgrado
CAJAMARCA – PERÚ



PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Siendo las 12:18 horas del día 29 de setiembre de dos mil veinticinco, reunidos en el Aula 1Q-107 de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por la **Dra. ELENA SOLEDAD UGAZ BURGA**, **Dra. REBECA BEATRIZ AGUILAR QUIROZ**, **M.Cs. JOSÉ FRANCISCO LÓPEZ LARA** y en calidad de asesora la **Dra. SANTOS ANGÉLICA MORÁN DIOSES**. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno de la Escuela de Posgrado y la Directiva para la Sustentación de Proyectos de Tesis, Seminarios de Tesis, Sustentación de Tesis y Actualización de marco teórico de los programas de maestría y doctorado, se dio inicio a la sustentación de la tesis titulada: **FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO. CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO "CAMINANDO JUNTOS", BAÑOS DEL INCA, CAJAMARCA - 2024**; presentada por la **Bachiller en Farmacia y Bioquímica, SUSANA CABRERA DELGADO**.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó APROBAR con la calificación de EXCELENTE (17) la mencionada Tesis; en tal virtud, la **Bachiller en Farmacia y Bioquímica, SUSANA CABRERA DELGADO**, está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que la acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, con Mención en **SALUD PÚBLICA**.

Siendo las 12:18 horas del mismo día, se dio por concluido el acto.


.....
Dra. Santos Angélica Morán Dioses
Asesora


.....
Dra. Elena Soledad Ugaz Burga
Jurado Evaluador


.....
Dra. Rebeca Beatriz Aguilar Quiroz
Jurado Evaluador


.....
M.Cs. José Francisco López Lara
Jurado Evaluador

DEDICATORIA

A:

Dios, por la sabiduría concedida para avanzar en mi desarrollo profesional. A mis padres, cuyo apoyo incondicional, consejos y ejemplo de vida me permitieron alcanzar la gran meta de convertirme en una persona de bien.

Susana

AGRADECIMIENTOS

A mis compañeros, cuyo apoyo, colaboración y enriquecedoras discusiones han hecho de este proceso una experiencia mucho más gratificante.

Al Centro de Salud Mental Comunitario “Caminando Juntos” de Baños del Inca, por la oportunidad de realizar este estudio en sus instalaciones y por su valiosa colaboración.

A mi asesora, por su invaluable guía durante este proceso; su paciencia, dedicación y amplio conocimiento fueron fundamentales para el desarrollo de esta tesis.

A todos los pacientes que participaron en este estudio, la disposición para compartir sus experiencias e información han sido fundamentales para alcanzar la meta del estudio.

La autora.

EPÍGRAFE

“Una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado”

DiMatteo y DiNicola.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTOS	vi
EPÍGRAFE	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	viii
ÍNDICE DE TABLAS.....	x
ÍNDICE DE ANEXOS	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN	xiv
CAPÍTULO I	1
EL PROBLEMA	1
1.1. Planteamiento del problema de investigación	1
1.2. Justificación de la investigación	5
1.3. Delimitación de la investigación.....	7
1.4. Objetivos de la investigación.....	7
CAPÍTULO II.....	9
MARCO TEÓRICO.....	9
2.1. Marco legal.....	9
2.2. Antecedentes de la investigación	9
2.3. Bases teóricas.....	13
2.4. Bases conceptuales.....	18
2.5. Definición de términos.....	36

CAPÍTULO III.....	37
PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	37
3.1. Hipótesis.....	37
3.2. Variables.....	37
3.3. Operacionalización/ categorización de los componentes de las hipótesis.....	38
CAPÍTULO IV.....	40
MARCO METODOLÓGICO.....	40
4.1. Ubicación geográfica.....	40
4.2. Método de investigación.....	40
4.3. Diseño y tipo de investigación.....	41
4.4. Población, muestra y unidad de análisis.....	41
4.5. Criterios de inclusión y exclusión.....	42
4.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	42
4.7. Validez y confiabilidad de los instrumentos.....	44
4.8. Técnicas de procesamiento y análisis de los datos	46
4.9. Criterios éticos	46
CAPÍTULO V.....	48
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	48
5.1. Presentación de resultados.....	48
5.2. Análisis, interpretación y discusión de resultados	49
CONCLUSIONES	68
RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS.....	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXOS.....	87

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1.	Factores demográficos en pacientes con diagnóstico de depresión del Centro de Salud Mental Comunitario “Caminando Juntos” Baños del Inca Cajamarca 2024.	49
Tabla 2.	Factores socioeconómicos en pacientes con diagnóstico de depresión del Centro de Salud Mental Comunitario “Caminando Juntos” Baños del Inca Cajamarca 2024.	53
Tabla 3.	Adherencia al tratamiento antidepresivo en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario “Caminando Juntos” Baños del Inca Cajamarca 2024.	59
Tabla 4.	Factores demográficos y socioeconómicos que se asocian a la adherencia al tratamiento antidepresivo en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario “Caminando Juntos” Baños del Inca Cajamarca 2024.	63

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1 Consentimiento Informado	89
Anexo 2 Consentimiento Informado	90
Anexo 3 Instrumento	92
Anexo 4 Validez de los instrumentos (V-AIKEN)	93
Anexo 5 Confiabilidad de los instrumentos	94

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo determinar los factores demográficos y socioeconómicos asociados con la adherencia al tratamiento antidepresivo del Centro de Salud Mental Comunitario “Caminando Juntos” Baños del Inca Cajamarca 2024. Investigación cuantitativa, correlacional-descriptiva, no experimental y transversal; desarrollada con 120 pacientes que se encuentran recibiendo tratamiento antidepresivo. La técnica de recolección de datos fue la encuesta personal y anónima. Los instrumentos, un cuestionario para identificar los factores demográficos y socioeconómicos asociados a la adherencia al tratamiento antidepresivo y el Test de Morisky-Green para medir la adherencia terapéutica. Resultados: Según los factores demográficos, 31,7% tenían más de 60 años, 30,8% eran varones y 38,3% vivían en zona rural. En factores socioeconómicos, 30,8% eran sin instrucción o contaban con primaria, 70% no tenían trabajo, 75% ganaban menos de 1025 soles, 9,2% consumía de cuatro a más medicamentos diarios, y 32,5% indicaron la presencia de efectos adversos tras la ingesta de antidepresivos. En la adherencia, 90,8% fueron no adherentes. Conclusiones: No se encontró relación estadística significativa entre los factores demográficos y socioeconómicos con la adherencia, excepto en los efectos adversos ($p=0,016$).

Palabras clave: Adherencia, depresión, antidepresivos, salud mental, factores demográficos, factores socioeconómicos.

ABSTRACT

The study aimed to determine the demographic and socioeconomic factors associated with antidepressant treatment adherence at the "Caminando Juntos" Community Mental Health Center in Baños del Inca, Cajamarca 2024. The study was a quantitative, correlational-descriptive, non-experimental, and cross-sectional study conducted with 120 patients receiving antidepressant treatment. The data collection technique was an anonymous, in-person survey. The instruments used were a questionnaire to identify demographic and socioeconomic factors associated with antidepressant treatment adherence, and the Morisky-Green Test to measure therapeutic adherence. Results: According to demographic factors, 31.7% were over 60 years of age, 30.8% were men, and 38.3% lived in rural areas. Regarding socioeconomic factors, 30.8% were illiterate or had only primary education, 70% were unemployed, 75% earned less than 1,025 soles, 9.2% took four or more medications daily, and 32.5% reported adverse effects after taking antidepressants. Regarding adherence, 90.8% were non-adherent. Conclusions: No statistically significant relationship was found between demographic and socioeconomic factors and adherence, except for adverse effects ($p=0.016$).

Keywords: Adherence, depression, antidepressants, mental health, demographic factors, socioeconomic factors.

INTRODUCCIÓN

Los grandes cambios sociales, demográficos, tecnológicos y culturales de las últimas décadas han generado un gran impacto en la vida de las personas, afectado su salud mental hasta el punto de recurrir a tratamientos farmacológicos para aliviar trastornos como el estrés, ansiedad y depresión (1); esta última definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2), como un trastorno psíquico identificado por desánimo o desinterés prolongado para realizar algún tipo de actividad, manifestada con ideas pesimistas, tristeza y llanto, lo que afecta la interacción familiar y social de quién lo padece. Además, se ha convertido en una patología prevalente en el primer nivel de atención, constituyéndose cada vez más en una carga sanitaria que demanda de un abordaje urgente (3).

En esta línea, los tratamientos antidepresivos son complejos y en muchos casos requieren de un estricto cumplimiento de la medicación prescrita para obtener los resultados esperados (4); por ello, la dosis, frecuencia y periodo del tratamiento son esenciales, por lo que deben mantener cerca de un año antes de su retiro; es aquí donde se presenta la mayor dificultad para seguir adecuadamente la prescripción médica, aumentando el riesgo del paciente a abandonar la terapia (5). Al respecto, la OMS (6), sostuvo que la adherencia al tratamiento es el grado en el que la conducta de un paciente se condice con la ingesta del medicamento (hora, dosis, frecuencia, duración del tratamiento), tal cual ha sido prescrito por el personal sanitario; asumiéndose tasas de cumplimiento superiores al 75% como adherencia.

Estudios han reportado 30% de pacientes deprimidos que no se adhieren al tratamiento, debido a múltiples factores de tipo social, demográfico y económico, como la edad, sexo,

lugar de residencia, grado de instrucción, condición laboral, ingreso económico, cantidad de medicamentos prescritos, efectos adversos, apoyo familiar, correcta información sobre el tratamiento y enfermedad, estigmatización y discriminación social (7-9).

Por ello, para abordar el problema de la no adherencia al tratamiento evidenciado entre los pacientes con trastornos depresivos, y considerando los posibles factores que asocian a su presentación, el estudio organiza la variable adherencia al tratamiento antidepresivo en dos categorías: con adherencia o sin adherencia; mientras que a los factores en dos dimensiones: factores demográficos (edad, sexo, residencia) y factores socioeconómicos (grado de instrucción, condición laboral, ingreso económico, cantidad de medicamentos prescritos y efectos adversos).

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema de investigación

La depresión es un trastorno psiquiátrico manifestado a través de un estado de ánimo bajo y un cuadro clínico somático; su tratamiento comprende la terapia farmacológica y la psicoterapia (2, 3). Aquí la adherencia terapéutica desempeña un rol fundamental, pues es el grado de seguimiento que los pacientes realizan al tratamiento antidepresivo establecido (6). Sin embargo, existen factores que influyen en la no adherencia y que incluso pueden llegar a reducir o anular su eficacia, sobre todo en tratamientos prolongados, donde aproximadamente 50% de los pacientes lo interrumpe en los primeros tres meses (5, 10) y más aún después de la pandemia (11).

En el mundo, la OMS (2) estimó que, en el año 2023, el 5% (280 millones) de la población padecía depresión, con frecuencias del 6% en mujeres, 4% en varones y 5,7% en adultos mayores, generando alrededor de 700 mil casos de suicidios anuales, los cuales son más frecuentes en poblaciones menores de 30 años. Frente a esta situación el Ministerio de Salud debería haber incrementado los tratamientos antidepresivos; sin embargo, el acceso no alcanza al 75% de la población con depresión que vive en países pobres; lo que, sumado a la escasa inversión en salud, al personal sanitario poco capacitado para atender este tipo de trastornos y a la discriminación social, ha dado origen a una reducción en el grado de adherencia al tratamiento (12).

En América Latina, la salud mental de la población se ve muy afectada, pues de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (13), en el año 2022, el 5% de los adultos latinoamericanos tenían depresión, lo que representa el 22% de los problemas mentales y neurológicos de la región, donde cerca del 70% de pacientes diagnosticados con depresión que requieren tratamiento no lo reciben. Además, al año se producen cerca de 63 mil casos de suicidios relacionados con la depresión; mientras que el presupuesto de los sistemas sanitarios es menor al 2%, de estos el 67% es destinado a los establecimientos que cuentan con un profesional psiquiátrico.

Estas cifras también han generado que la no adherencia al tratamiento antidepresivo que se presenta en América Latina se vea incrementada, llegando en algunos casos hasta el 44% de los pacientes; esto por el desconocimiento del paciente, carencia de recursos económicos para acceder al tratamiento, zonas de residencia distantes, o por efectos adversos que provoca la medicación (14). La situación de la depresión en la región indica que 23,5% de los países no han implementado planes de salud mental que busquen mitigar el impacto que genera en la población (13).

En el Perú de acuerdo al Ministerio de Salud (MINSA) (15), en el 2023, se reportaron más de 280 mil casos de depresión, de los cuales el 75,5% se dio en mujeres y el 16,5% en menores de 18 años; además, los casos de depresión en algunos establecimientos sanitarios representan casi el 35% del total de atenciones, incidiendo mayormente en mujeres jóvenes (20 a 40 años); en estos casos el aislamiento social, la tristeza crónica o la ideación suicida es el cuadro clínico que

sugiera una hospitalización y el inicio del tratamiento médico, en este último se ha incrementado los reportes de no adherencia al tratamiento.

En el Perú, se ha reportado que el malestar psicológico en algunos grupos poblacionales supera el 12%, siendo los trastornos depresivos los más frecuentes (13%), seguido por las ideaciones suicidas (10%) (16). Esto ha llevado a que los tratamientos antidepresivos se incrementen, pero contrariamente la adherencia se reduzca como resultado del limitado acceso a los servicios de salud, la condición educativa y económica del paciente, la desinformación sobre los medicamentos y sus efectos, o por la cantidad de fármacos que debe consumir diariamente; pues de acuerdo a la Defensoría del Pueblo (17), cerca del 80% de las personas con depresión que viven en la pobreza no reciben tratamiento y los que reciben tienen un alto grado de no adherencia terapéutica.

Por otro lado, en la región Cajamarca, a mayo del 2024, de acuerdo al Observatorio de Salud Mental de la Dirección Regional de Salud (18), se han reportado 13 734 casos depresivos, siendo Cajamarca (2 671 casos), san Ignacio (2 398 casos), Jaén (1 993 casos) y Chota (987) las provincias con mayor número de casos, en tanto Contumazá (119 casos) y San Pablo (63 casos) las provincias con la tasa más baja. La mayoría de los casos depresivos en Cajamarca se presentan en adultos y adultos mayores, aunque en los últimos años se ha evidenciado un incremento entre los adolescentes y jóvenes (19).

En muchos de los reportes, la adherencia al tratamiento antidepresivo está asociado a distintos factores (demográficos, sociales, económicos, culturales), por lo que, la no adherencia hoy en día es considerada un problema de salud pública que requiere

de una intervención multidisciplinaria para prevenirla o al menos mitigar su impacto (20, 21).

Asimismo, la adherencia al tratamiento antidepresivo se ve influenciado por factores, como la edad (mayor edad), sexo (masculino), residencia del paciente (rural), educación (nula o escasa), economía familiar (bajo ingreso económico), efectos adversos de los medicamentos (vómitos, náuseas, sueño, somnolencia, aumento de peso, etc.), cantidad de fármacos que debe tomar como parte de su tratamiento (mayor a tres) (22-26), olvidos, comorbilidades, ideas erróneas sobre la enfermedad y costumbres religiosas (27, 28). Esto guarda estrecha relación con las cifras encontradas en diversos estudios, donde del 30% al 52% de pacientes no se adhieren a la medicación antidepresiva (20).

La no adherencia al tratamiento antidepresivo tiene que ver con la conducta que muestra el paciente, que de por sí ya se encuentra alterada (desánimo, desinterés, apatía, desmotivación), haciendo que esta se incremente más si no se cuenta con la supervisión de un profesional de salud o algún familiar capacitado, llegando a tasas de no adherencia mayores al 35% en el primer mes de iniciado el tratamiento o a más del 55% luego de los tres meses; es decir cuanto mayor tiempo dura el tratamiento mayor riesgo de incumplimiento se presenta (29, 30).

Para paliar la situación actual, en el Perú el gobierno ha venido implementando una serie de acciones como parte de su política sanitaria para mejorar la salud mental de la población; entre las que se destaca la implementación de la “Guía práctica clínica para el tamizaje, diagnóstico y tratamiento de la depresión en personas mayores de 18 años desde el primer nivel de atención” (31), buscando estandarizar

los procedimientos y criterios para el manejo de la depresión y la implementación en todo el país de los Centros de Salud Mental Comunitarios destinados a la atención de personas con problemas psicológicos (32).

En el distrito de Baños del Inca no se han identificado a la fecha estudios que permitan contextualizar esta problemática. Así mismo, existen muchos casos de pacientes con depresión que acuden a consulta médica en el Centro de Salud Mental Comunitario “Caminando Juntos”, gran cantidad de las personas que la padecen cuentan con un diagnóstico, pero no reciben tratamiento, abandonan el tratamiento o simplemente no se adhiere al mismo, lo que demanda acciones efectivas para conocer e identificar los factores demográficos, sociales y económicos que están relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico. Por lo planteado anteriormente se formula la siguiente pregunta:

Formulación del problema

¿Cuál es la asociación entre factores demográficos, socioeconómicos y la adherencia al tratamiento antidepresivo del Centro de Salud Mental Comunitario “Caminando Juntos” Baños del Inca Cajamarca 2024?

1.2. Justificación de la investigación

Desde la mirada teórica el estudio busca profundizar el entendimiento de los factores que se relacionan con la adherencia al tratamiento antidepresivo de los pacientes que se atienden en los Centros de Salud Mental Comunitarios, tomando en cuenta que la depresión es un trastorno que si no es diagnosticada y tratada de manera adecuada puede conllevar a desarrollar discapacidades o conducir al suicidio, por lo que, una adherencia terapéutica óptima ayudará a mitigar estos eventos.

Por otro lado, permitirá al personal de salud y demás instituciones realizar un monitoreo y seguimiento eficaz del tratamiento antidepresivo, lo cual contribuirá a reducir complicaciones, evitar recaídas y reducir secuelas en los pacientes que se encuentran bajo tratamiento, esto con el fin de mejorar su calidad de vida.

De igual manera los datos obtenidos ayudarán al profesional de salud del Centro de Salud Mental Comunitario “Caminando Juntos” Baños del Inca, a ampliar, comprender y ahondar su conocimiento sobre los factores que se relacionan con la adherencia al tratamiento antidepresivo, lo cual favorecerá en la toma de decisiones y la implementación de estrategias educativas dirigidas a los pacientes y familiares.

Socialmente el estudio beneficiará a los pacientes con diagnóstico de depresión, a sus familias y la sociedad en general, ya que proporciona información de gran importancia que puede ser usada para mejorar el cumplimiento del tratamiento antidepresivo y buscar soluciones que mitiguen el impacto que esta genera en la salud mental de las poblaciones, disminuyendo el grado de no adherencia terapéutica de una manera más eficiente.

De igual modo, la investigación fortalece el conocimiento existente, contribuyendo con información para futuras investigaciones relacionadas con el tema, además servirá como fuente de revisión bibliográfica para los profesionales de salud y actores sociales, dado que es de vital importancia que el personal sanitario se encuentre capacitado e informado sobre el manejo terapéutico de la depresión y los principales factores que se vinculan con la aparición de los trastornos depresivos.

1.3. Delimitación de la investigación

La investigación se centra en determinar la relación entre factores asociados y adherencia al tratamiento antidepresivo en los pacientes que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario “Caminando Juntos” Baños del Inca. La variable adherencia al tratamiento antidepresivo se organiza en dos categorías: con adherencia o sin adherencia; mientras que la variable factores asociados se organizan en dos dimensiones: factores demográficos (edad, sexo, residencia) y factores socioeconómicos (grado de instrucción, condición laboral, ingreso económico, cantidad de medicamentos prescritos y efectos adversos). El método científico será el proceso que guiará el estudio, para ello se tendrá en cuenta el procedimiento hipotético-deductivo y los criterios de ética. El estudio será autofinanciado.

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. General

Determinar los factores demográficos y socioeconómicos asociados con la adherencia al tratamiento antidepresivo del Centro de Salud Mental Comunitario “Caminando Juntos” Baños del Inca Cajamarca 2024.

1.4.2. Específicos

- Identificar los factores demográficos en los pacientes con diagnóstico de depresión atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Caminando Juntos” Baños del Inca Cajamarca 2024.

- Describir los factores socioeconómicos en los pacientes con diagnóstico de depresión atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Caminando Juntos” Baños del Inca Cajamarca 2024.
- Determinar la adherencia al tratamiento antidepresivo en pacientes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Caminando Juntos” Baños del Inca Cajamarca 2024.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Marco legal

Ley General de Salud N° 26842, con la que se promueve el aseguramiento universal y progresivo de la población para la protección de las contingencias que pueden afectar su salud -entre ellas la mental- y garantiza la libre elección de sistemas previsionales (33).

Ley de salud mental N° 30947 y su modificatoria, cuyo objetivo es garantizar el acceso a los servicios sanitarios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, como condiciones para el pleno derecho a la salud y el bienestar de la persona, la familia y la comunidad, teniendo como prioridad el cuidado de la salud mental en poblaciones vulnerables y la implementación de servicios de atención comunitaria -como los Centros de Salud Mental Comunitarios- (34, 35).

La Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios N° 29459, busca garantizar la accesibilidad, registro, calidad, disponibilidad, eficiencia y seguridad de los medicamentos -entre ellos los antidepresivos- para la población usuaria; además de propiciar el mejor precio para los consumidores (36).

2.2. Antecedentes de la investigación

2.1.1. A nivel internacional

Muhammad, et al. (23), en el año 2023, realizaron un estudio para examinar los factores asociados con la adherencia antidepresiva en

mayores de 18 años. Estudio de metaanálisis y revisión integral con investigaciones de Estados Unidos, India, España, Nepal y Etiopía; muestra conformada por 35 documentos científicos, las poblaciones estuvieron entre 41 (Estados Unidos) y 49 023 (España). Obtuvo los siguientes resultados, la prevalencia de no adherencia al tratamiento antidepresivo osciló entre 14,6% (Estados Unidos) y 69,9% (India). Concluyó que la edad, sexo, educación, ingresos económicos, estado civil y polifarmacia, se asocian de manera significativa con la adherencia antidepresiva.

Palomino y Bolaños (24), en el año 2023, en Colombia, desarrollaron un estudio con el objetivo de establecer la adherencia al tratamiento farmacológico antidepresivo en jóvenes. Estudio correlacional, observacional y transversal, desarrollado con 215 participantes. Resultados, el 63,4% fueron mujeres, 22% tenían 20 años, 19,6% no estudiaban; la prevalencia de adherencia fue 19,5%, el 7,3% abandono el tratamiento por sus reacciones adversas y el 29,3% al notar mejoría. Concluyeron lo siguiente: No existe asociación entre la edad, el sexo y la adherencia terapéutica antidepresiva.

Pedrosa-Naudín, et al. (37), en el año 2022, en España, se plantearon como objetivo evaluar la no adherencia a los antidepresivos en los municipios de Castilla y León. Estudio correlacional explicativo, no experimental y trasversal, muestra conformada por 246 718 participantes. Resultados, el 52,1% eran adultos mayores, 7,3% contaban con trabajo, 63,4% residían

en la zona urbana, 76% consumían más de 5 medicamentos simultáneamente; la no adherencia se presentó en el 19,9% (20,6% en varones y 19,6% en mujeres), en 20,9% de los que vivían en la ciudad, en 13,6% de los que trabajaban, en 24,9% sin polifarmacia y 18,4% con polifarmacia. Conclusiones: Se evidenció asociación entre la edad, sexo, urbanismo, condición laboral, polifarmacia y no adherencia al tratamiento antidepresivo.

Reddy, et al. (38), en el año 2021, en la India, desarrollaron un estudio con el objetivo de determinar los factores asociados con la adherencia a la medicación antidepresiva en mujeres adultas. Estudio correlacional, no experimental y trasversal, realizado con 104 pacientes. Resultados, el 27,9% estaba bajo medicación antidepresiva, de estas su media de edad fue 39,3 años, 79,3% tenían educación superior, 10,3% primaria al igual que secundaria, 82,6% eran casadas, 51,7% contaban con trabajo remunerado; 51,7% cumplían con la medicación. Conclusiones: La edad avanzada, trabajo remunerado, ser casada y los efectos secundarios se relacionan con la adherencia terapéutica antidepresiva.

Torres, et al. (28), en el año 2020, en Cuba, realizaron un estudio con el objetivo de determinar los factores asociados con la adherencia al tratamiento antidepresivo. Estudio analítico, observacional y prospectivo, muestra conformada con 33 pacientes. Resultados: El 39,4% tenían entre 40 y 59 años, 66,7% fueron mujeres; el 66,3% no presentaron adherencia terapéutica. Concluyendo que, el sexo, edad, residencia, escolaridad,

ocupación, ingreso económico, reacciones adversas y el cumplimiento del tratamiento se asociaron significativamente a la adherencia terapéutica antidepresiva.

Bhattacharjee, et al. (25), en el año 2020, en un estudio multi países, se propusieron como objetivo determinar factores asociados con la adherencia al tratamiento antidepresivo en adultos mayores. Estudio correlacional explicativo, no experimental y trasversal; realizado con 6239 pacientes diagnosticados con depresión. Resultados, el 83,5% tenían más de 75 años, 75,4% fueron mujeres, 69,4% laboraban y percibían un salario mensual, 79,6% vivían en la ciudad, en promedio 30% tomaba más de tres medicamentos; 70% se adhiere al tratamiento antidepresivo y el 30% no presentó adherencia terapéutica. Concluyendo que, el sexo femenino, el ingreso mensual inferior, la ingesta de más de dos medicamentos y la residencia no urbana se asociaron significativamente con la adherencia al tratamiento.

2.1.2. A nivel nacional

Gamarra (26), en el año 2022, en la región Lima, realizó un estudio que tuvo como objetivo analizar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antidepresivos en pacientes de Centro de Salud Mental Comunitario Nuevo Perú. Estudio correlacional, no experimental y trasversal, ejecutado con 185 pacientes. Resultados, el 41% tenía de 30 a 49 años y 12% más de 60 años; 52% no labora, 55% no cuentan con ingreso mensual y 30% gana menos del sueldo mínimo; 48% consume diario dos medicamentos, 21% uno, 25% tres y 65 más de tres; 48% indicó

efectos adversos; 54% abandono el tratamiento cuando sintió mejorías. El 73% presentó adherencia baja, 21% media y 6% alta. Conclusiones: La edad, grado de instrucción, ingreso económico y el número de medicamentos que consumen diario se relacionan con la adherencia terapéutica antidepresiva.

Rivera (39), en el año 2020, en la región Tacna, realizó un estudio con el objetivo de determinar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con problemas mentales. Estudio correlacional, no experimental y trasversal, ejecutado con 30 pacientes. Resultados, el 55,3% tenían entre 18 y 29 años, 33,3% de 30 a 49 años y 13,4% de 50 a más años; 56,7% eran varones y 43,3% mujeres; 76,6% solteros y 10% viudos; 56,7% tenían secundaria, 36,7% superior y 6,6% primaria; 46,7% no trabajaba; 40% no tenía ingresos y 40,1% percibía menos de 950 soles; 46,7% consumía tres medicamentos diarios, 33,3% dos y 13,3% más de tres; 60% presentó efectos adversos al medicamento; el 60% no presentó adherencia terapéutica. Conclusiones: La edad joven, la menor educación, estar sin trabajo, percibir un bajo salario, consumir más de tres medicamentos diarios y presentar efectos adversos, se asocian con la adherencia terapéutica.

2.3. Bases teóricas

2.3.1. Modelo estímulo-respuesta (condicionamiento clásico) de John B. Watson

Esta teoría explica cómo el aprendizaje y la conducta se desarrollan a través de vínculos entre estímulos y respuestas; proponiendo que un

individuo aprende a responder a un estímulo neutro (como una campana) de la misma manera que responde a un estímulo incondicionado (como comida) después de que ambos estímulos se presentan juntos repetidamente (40).

Además, el modelo de Watson sostiene que el comportamiento humano puede entenderse y modificarse a través de la observación de respuestas ante determinados estímulos, dado que toda conducta es una reacción aprendida frente a un estímulo del ambiente, descartando la introspección y los procesos mentales internos como objetos de estudio válidos (40).

En este sentido, para Watson, el ser humano nace como una "tabla rasa", y es la experiencia -particularmente a través actos de estímulo y respuesta- la que configura sus hábitos y comportamientos. En este modelo, un estímulo externo produce una respuesta observable, y mediante la repetición de este proceso se pueden formar hábitos estables (repetitivos) (40).

Este modelo rechaza la existencia de una voluntad o conciencia autónoma en la conducta, y considera que todo comportamiento, incluso aquellos complejos, son el resultado de la acumulación de respuestas condicionadas; por lo que el aprendizaje en este sentido, no es un proceso interno de comprensión sino de entrenamiento conductual. Así, Watson enfatiza el papel del entorno en la formación de los comportamientos, proponiendo que, si se controla el entorno, se puede moldear la conducta deseada (40).

Al relacionar lo planteado por Watson con el presente estudio, es posible entender la adherencia como un comportamiento aprendido y reforzado en función de los estímulos del entorno del paciente. Así, los recordatorios constantes, el apoyo familiar, las consecuencias positivas percibidas del tratamiento y la reducción de síntomas actúan como estímulos que refuerzan la respuesta de tomar adecuadamente la medicación. Si la toma del antidepresivo se convierte en un hábito repetido ante ciertos estímulos, este comportamiento puede estabilizarse.

Por el contrario, factores negativos como efectos adversos, ausencia de apoyo o barreras económicas también funcionan como estímulos, pero que generan respuestas contrarias, como la omisión del tratamiento. Desde este modelo, la clave para mejorar la adherencia estaría en reorganizar el entorno del paciente para favorecer estímulos que refuercen positivamente el hábito terapéutico.

2.3.2. Teoría de las Creencias de Salud (TCS)

La TCS explica por qué las personas adoptan o no conductas de prevención y tratamiento en salud, sosteniendo que la conducta de salud está determinada por las creencias que tiene un individuo acerca de su susceptibilidad a una enfermedad, la gravedad de la misma, los beneficios de adoptar una conducta preventiva y los obstáculos percibidos para llevarla a cabo; a estos factores se suman los estímulos -señales para la acción- y la autoeficacia percibida (41).

Esta teoría tiene como uno de sus ejes centrales a la percepción de amenaza, la cual surge de la combinación entre la percepción de susceptibilidad y gravedad. Así, una persona que cree que es vulnerable a la depresión y que esta condición puede tener consecuencias graves en su vida cotidiana, está más motivada a actuar para prevenir o tratarla. Sin embargo, esa disposición se ve influida también por los beneficios percibidos (por ejemplo, pensar que los antidepresivos ayudarán a mejorar su estado de ánimo) y los obstáculos percibidos (como los efectos secundarios, costos o estigma social), que pueden facilitar o interferir con la conducta esperada (41).

La TCS también reconoce la importancia de las señales para la acción, las cuales pueden ser internas (como síntomas físicos o emocionales) o externas (como una recomendación médica o el testimonio de otro paciente); en ambos casos funcionan como disparadores del comportamiento de salud. Además, la autoeficacia, es decir, la confianza en la propia capacidad para realizar la conducta (seguir correctamente un tratamiento), se considera un factor decisivo para la adherencia; por eso, una persona con alta autoeficacia estará más dispuesta a enfrentar los obstáculos y sostener el hábito de tomar su medicación (41).

En relación con el tema, la TCS permite comprender cómo las creencias influyen directamente en el comportamiento del paciente, pues si una persona percibe que la depresión es una condición seria, que el tratamiento es beneficioso, y que tiene la capacidad de seguirlo pese a los obstáculos, es más probable que desarrolle el hábito de adherirse al régimen terapéutico. Por el contrario, si domina la percepción de barreras (miedo a

efectos secundarios, estigmatización o falta de apoyo), la adherencia puede verse comprometida. En este marco, el comportamiento de tomar la medicación regularmente no es solo un acto mecánico, sino una decisión motivada por un conjunto de creencias, que deben ser comprendidas y abordadas para fomentar hábitos saludables y sostenidos.

2.3.3. Teoría del condicionamiento operante o teoría del reforzamiento de Skinner F.

Esta teoría sostiene que la conducta voluntaria es aprendida y mantenida por sus estímulos que la persona recibe del entorno (refuerzos = resultados agradables o castigos = resultados desagradables), sin que en ella intervengan procesos mentales internos inobservables, a esta conducta Skinner la denominó condicionamiento operante, donde un individuo emite respuestas (conductas) que “operan” en el entorno, respuestas que son reforzadas o castigadas para modificar su probabilidad de repetirse o no (42). Skinner sostiene que los refuerzos positivos, negativos y castigos, sumados al análisis funcional (antecedente-conducta-consecuencia) explican cómo se condiciona, repite o extingue una conducta en base a su historia de refuerzos y castigos (43).

Haciendo un paralelo entre la adherencia al tratamiento antidepresivo y la teoría de Skinner, las conductas de adherencia (tomar la medicación según lo prescrito) pueden ser fortalecidas mediante refuerzos contingentes, es decir, si el acto de adherirse al tratamiento es seguido sistemáticamente por consecuencias positivas (mejora del ánimo, profesional de salud que reconoce los logros, motivación del paciente), la probabilidad de que el paciente mantenga esa conducta aumenta; por el contrario, si la no

adherencia produce consecuencias negativas (pérdida de credibilidad, agravamiento de síntomas), esa conducta puede debilitarse.

La relación entre teoría y problema de estudio, sería que la adherencia al tratamiento antidepresivo puede conceptualizarse como conducta operante que responde a estímulos ambientales, en el que factores asociados (apoyo social, seguimiento clínico, incentivos) pueden actuar como reforzadores o castigos que modulan esa conducta de adherencia.

2.4. Bases conceptuales

2.4.1. Adherencia al tratamiento antidepresivo

2.4.1.1. Depresión

a. Definición

La OMS (2), la define como un trastorno psíquico identificado por desánimo o desinterés prolongado para realizar algún tipo de actividades, manifestado en varios casos con ideas pesimistas, tristeza, llanto, ansiedad, etc. situación que afecta la interacción familiar, laboral y social de quién la padece.

También, se le conoce como trastorno depresivo, es una de las alteraciones mentales más comunes, se diferencia de los cambios de humor y emociones cotidianas por su permanencia prolongada en el tiempo y capacidad de producir alteraciones a nivel individual, familiar y social (31).

b. Etiología

La depresión es de origen multicausal, entre los que se encuentran factores de tipo genético (factor hereditario), biológico (disrupciones en los

neurotransmisores como serotonina, noradrenalina, dopamina, citoquinas y hormonas) y psicosocial (interacciones negativas entre el paciente y su entorno, conducta, personalidad y temperamento) (44).

Al ser la depresión de origen multifactorial, en los jóvenes está se relaciona con factores biológicos (cambios hormonales) y psicosociales (disfuncionalidad familiar o decisiones trascendentales de vida), en tanto, en los adultos mayores podría incluir el aislamiento social o el padecimiento de enfermedades crónicas (7, 9); por otro lado, en mujeres podría influir las alteraciones hormonales o violencia de género y en hombres el consumo de sustancias tóxicas; además, se ha identificado que el bajo nivel educativo de la persona lo vuelve más susceptible a padecer depresión, esto como resultado, entre otros, a la pobreza y limitado acceso a los servicios sanitarios (22, 26).

c. Cuadro clínico

Depende del tiempo y la intensidad con la que se manifiesta el trastorno, está vinculado a la edad, sexo y/o grado de instrucción del paciente. Entre las manifestaciones más frecuentes se encuentran la tristeza, irritabilidad y sensación de desesperanza; además de la falta de interés y de deseo para realizar las actividades diarias (45). Asimismo, un episodio depresivo puede incluir manifestaciones clínicas como: falta de concentración, problemas con la autoestima y autoconcepto, culpa, insomnio, alteraciones en el apetito y peso, cansancio, ideación suicida o suicidio (46).

La intensidad y el cuadro clínico de la depresión se relaciona con características como la edad, donde los niños pueden presentar irritabilidad y bajo rendimiento académico, los jóvenes ideas suicidas,

anhedonia o agotamiento emocional, y los adultos mayores fatiga, insomnio y dolores físicos; el género, en el que las mujeres pueden manifestarla con tristeza y llanto recurrente, mientras los hombres con irritabilidad, consumo de alcohol y comportamientos impulsivos; asimismo, la persona con un menor grado de instrucción puede desarrollar sentimientos de minusvalía y desesperanza (8, 26, 28).

d. Fisiopatología

La fisiopatología de la depresión implica mecanismos neurobiológicos intrincados; uno de ellos es la hipótesis de la monoamina la cual destaca el papel de la deficiencia de neurotransmisores monoamínicos en los síntomas depresivos; aquí el estrés y la depresión provocan atrofia neuronal, lo que afecta a las conexiones sinápticas en regiones clave del cerebro, posiblemente debido a la disminución de la expresión de factores de crecimiento como el BDNF (45, 47).

Por otro lado, investigaciones recientes enfatizan la participación de múltiples sistemas complejos, incluidas las interacciones neuronales, inmunes y endocrinas, junto con los desequilibrios intracelulares y genéticos (47). Sin embargo, a pesar de los avances en la comprensión de la fisiopatología y el tratamiento de la depresión, sigue existiendo una importante necesidad insatisfecha, especialmente en el caso de los pacientes que no logran la remisión con los antidepresivos estándar (48).

e. Neuroquímica de la depresión

Desde la neuroquímica, la depresión se puede explicar como un desorden en la conexión química del cerebro asociada a una disfunción de

neurotransmisores como la serotonina, dopamina y noradrenalina, factores encargados de modular el ánimo, la motivación y la respuesta al estrés (49).

Las investigaciones han encontrado que la depresión se encuentra asociada a alteraciones en el metabolismo del triptófano, encargado de sintetizar la serotonina (hormona del ánimo). Durante este proceso fisiológico se generan diversos metabolitos en las vías competitivas del metabolismo del triptófano, entre ellas la vía de la quinurenina, incrementando la síntesis de compuestos neurotóxicos provocando estrés oxidativo, neuroinflamación y neurotoxicidad. Por ello, el consumo adecuado de proteínas que contengan triptófano, así como de antioxidantes y flavonoides, constituye un factor protector frente a la depresión y los trastornos neurodegenerativos (50).

f. Criterios diagnósticos

- Clasificación internacional de enfermedades de trastornos mentales (CIE-11)

La depresión se diagnostica cuando se está ante la presencia de tristeza, irritación, desesperanza o pérdida de placer; además de alteraciones cognitivas, comportamentales y neurológicas que dificultan la capacidad de la persona para pensar y tomar decisiones coherentes. Otras manifestaciones clínicas útiles para el diagnóstico incluyen, problemas con el apetito o peso, alteraciones del sueño, cansancio, alteraciones en la memoria y concentración. Se considera depresión cuando la sintomatología permanece por más de 15 días, causando disrupciones marcadas en las actividades diarias de la persona (51).

- **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)**

El diagnóstico depresivo se establece con cinco o más síntomas presentes por al menos dos semanas, e incluyen, falta de apetito o comer en exceso, insomnio o hipersomnia, cansancio o fatiga, autoestima baja, problemas de concentración, desesperanza, etc. Aquí es importante asegurarse que el cuadro clínico compatible con depresión no debe estar asociado a otra enfermedad o consumo de sustancias psicogénicas (52).

g. Tipos de depresión

La CIE-11 (51), indica que el trastorno depresivo se clasifica en tres tipos:

1) Episódico, caracterizado por un único episodio depresivo; 2) Recurrente, caracterizado por al menos dos episodios depresivos que se presentan con espacios superiores a tres meses uno del otro, pero que no causan perturbaciones notorias en el estado de ánimo; 3) Distímico, caracterizado por estados de ánimo depresivos recurrentes en un periodo al menos dos años y que generan perturbaciones significativas en el estado mental. Aquí, es necesario establecer diagnósticos diferenciales con el trastorno bipolar.

h. Complicaciones

Las principales complicaciones incluyen, problemas de salud física (dolor crónico, enfermedades cardíacas, trastornos digestivos); problemas de salud mental (ansiedad, pánico, anorexia, bulimia, trastorno obsesivo-compulsivo, abuso de sustancias (alcohol, drogas); impacto en la vida

personal (aislamiento social, disrupciones y conflictos en las relaciones); impacto en la vida profesional (disminución del rendimiento laboral, ausentismo laboral); conductas autodestructivas (automutilación, tentativas de suicidio); riesgo de suicidio (ideas suicidas recurrentes); problemas cognitivos (dificultades de concentración y memoria) (53, 54).

Las complicaciones son más frecuentes e intensas en edades más vulnerables (adolescentes, adultos mayores), en las mujeres debido a influencias hormonales (más recurrente durante menopausia) y en individuos con nulo o bajo grado de instrucción, como resultado de la capacidad que tienen para manejar los sentimientos y emociones que se presentan durante un episodio depresivo (7, 25).

i. Tratamiento farmacológico

Los medicamentos antidepresivos tienen sus efectos a nivel cerebral, regulando neurotransmisores como la serotonina (ST), noradrenalina (NA) y dopamina (DA) (55). La medicación antidepresiva dependerá del tipo de trastorno depresivo y de la intensidad con la que estos se presentan:

- Antidepresivos tricíclicos (ATC)

Inhiben la captación neuronal NA y ST, incrementando su disponibilidad en los receptores neurales; se prescribe en pacientes que no han mostrado mejorías luego del tratamiento o en pacientes con recaídas recurrentes, y puede generar efectos adversos que incluyen mareos, disrupciones de memoria y somnolencia (55).

- **Inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO)**

Inhiben monoaminooxidasa, haciendo notar que los estados depresivos son alteraciones neuroquímicas que pueden ser tratadas regulando neurotransmisores. Deben administrarse con sumo cuidado debido a que alteran el gasto cardiaco causando hipertensión (56).

- **Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)**

Medicamentos de primera elección, prescritos para disminuir la recaptación de serotonina a fin de mejorar el estado de ánimo. Su mecanismo de acción no provoca efectos secundarios graves, pero pueden causar náuseas, insomnio y alteraciones de la libido (57, 58).

- **Moduladores de serotonina**

Inhiben la recaptación de serotonina y noradrenalina al interactuar con los receptores adrenérgicos, más no con los histaminérgicos o colinérgicos; sus efectos son menores a los ISRS (56, 57).

- **Inhibidor selectivo de la recaptación neuronal de catecolaminas**

Regulan la liberación de catecolaminas, especialmente de NA y DA, entre sus efectos adversos se encuentran, sequedad de boca, náuseas y problemas de sueño (55, 59).

- **Antidepresivos serotoninérgicos específicos**

Son aquellos fármacos que incrementan la actividad de la NA y ST, neutralizando a los receptores de la adrenalina; entre sus efectos adversos están el incremento del peso, problemas intestinales,

somnolencia y en casos raros ideación suicida (60, 61).

j. Efecto farmacológico del proceso depresivo

El tratamiento farmacológico de la depresión se orienta a restaurar los desequilibrios neuroquímicos asociados a la disfunción de neurotransmisores como la serotonina, noradrenalina y dopamina; este es el caso de los antidepresivos como los ISRS quienes son los encargados de incrementar la disponibilidad de serotonina en el espacio sináptico, mejorando la neurotransmisión y, por ende, el estado de ánimo; por otro lado, los antidepresivos estimulan la neuroplasticidad a través del aumento de la expresión del BDNF, promoviendo regeneración neuronal, procesos fisiológicos necesarios en el tratamiento (62).

Asimismo, estudios han reportado que fármacos como la ketamina, un antagonista no competitivo de los receptores NMDA, presentan efectos antidepresivos de acción rápida, actuando sobre el sistema glutamatérgico, estimulando la liberación de BDNF y activando la formación de nuevas sinapsis, lo que contribuye a revertir el daño neuronal causado por el estrés crónico y a mejorar los síntomas depresivos resistentes a terapias convencionales (63).

k. Efectos adversos de los antidepresivos

La frecuencia con la que los efectos adversos se presenten dependerá del medicamento o los medicamentos que se encuentre recibiendo el paciente; sin embargo, entre los más frecuentes están la disminución del apetito, reducción de peso, somnolencia, náuseas, vómitos, dolor de cabeza, mareos, fatiga, anorexia, dolor abdominal, reducción de la libido, diarrea,

ideación suicida, etc. (64-66). Estos efectos en la mayoría de los casos mejoran progresivamente a medida que el paciente va cumpliendo con el tratamiento.

Otros efectos adversos asociados a la medicación antidepresiva incluyen: sudoración (29%), edema (23%), bochornos (20%), indigestión (19%), náuseas (15%), dolor abdominal (14%), estreñimiento (10%) como un problema importante (65, 66). Por lo que, para evitar complicaciones adicionales y la aparición de los efectos adversos posterior a la culminación del tratamiento es necesario seguir la prescripción médica y no suspenderlos abruptamente.

1. Antidepresivo en la atención primaria

La mayoría de los casos son manejados en la atención primaria de salud, por lo que se requiere que los profesionales sanitarios, entre ellos los médicos de familia tengan una sólida formación en el tratamiento antidepresivo. Sin embargo, se ha identificado que los médicos indican que su mayor conocimiento en este tema radica en la experiencia adquirida más que en lo aprendido en su vida universitaria. Esta situación genera una escasa adherencia al tratamiento antidepresivo, dado que la adherencia está directamente vinculada a las conductas y a la atención sanitaria (7, 53).

2.4.2. Adherencia terapéutica

a. Definición

La adherencia al tratamiento es “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario” (6).

b. Adherencia y cumplimiento

Es importante mencionar que existe diferencias entre el cumplimiento del tratamiento y la adherencia terapéutica. El cumplimiento hace referencia a la actitud pasiva que toma el paciente frente a la prescripción médica; mientras que la adherencia es la acción propositiva (toma de decisiones) que toma el paciente para con su salud, siempre bajo la supervisión del personal de salud (14, 67).

c. Componentes de la adherencia

La adherencia se agrupa en tres componentes: 1) iniciación, permite garantizar que el individuo de inicio efectivo al tratamiento farmacológico, pues es un punto importante para romper la brecha entre adherencia y no adherencia; 2) implementación, tras iniciada la medicación se requiere garantizar que el paciente de continuidad a la farmacoterapia prescrita según recomendaciones médicas, aquí es esencial implementar un proceso de seguimiento y monitoreo efectivo del tratamiento para realizar los ajustes correspondientes en caso se requiera; 3) discontinuación, identifica cuando es el tiempo correcto para dar por concluido el tratamiento,

evitando riesgos de dependencia. El manejo adecuado de estos componentes permite obtener mejores resultados (menor morbilidad y gasto económico) (20).

d. Consecuencias de la no adherencia

Las consecuencias de la no adherencia al tratamiento están vinculadas a la morbilidad, enfermedad y tipo de medicamento prescrito; entre las más frecuentes se encuentran:

- Consecuencias clínicas

Están asociadas con peores resultados en la salud, en muchos casos por falta de eficacia y efectividad del tratamiento; además de vincularse con el grado de incumplimiento, la patología medicada y las características de la medicación; así, el incumplimiento se podría evidenciar en el no inicio de la medicación haciendo que la patología siga su ciclo natural, o en la interrupción del tratamiento, cuyas consecuencias dependerán de la gravedad, tiempo y tipo de medicamento (14).

- Consecuencias económicas

La no adherencia al tratamiento farmacológico conllevada por el incumplimiento o abandono del mismo genera mayores gastos económicos al paciente; esto debido a que la enfermedad no es controlada a tiempo y de manera correcta, lo que podría a futuro traer consecuencias al aumentar el número de hospitalizaciones y el tiempo

de las mismas, recaídas con el consiguiente cambio de medicación (incremento de dosis o número de medicamentos) y la realización de pruebas diagnósticas costosas (14).

e. Adherencia terapéutica antidepresiva

La OMS (6), indica que la adherencia al tratamiento antidepresivo es el grado en el que la conducta de un paciente se condice con la ingesta del medicamento (hora, dosis, frecuencia, duración del tratamiento), tal cual ha sido prescrito por el personal sanitario. En este sentido, se asume como adherencia cuando las tasas de cumplimiento del tratamiento son superiores al 75%; por lo que debe ser entendida como la competencia que tiene el paciente para cumplir estrictamente lo recomendado por el profesional de salud.

En la adherencia farmacológica antidepresiva es necesario considerar que los medicamentos tardan incluso semanas en hacer efecto y mostrar resultados positivos, por lo que se sugiere que su consumo debe ir más allá de la remisión del cuadro clínico (6 a 12 meses) a fin de evitar recaídas; sin embargo, cerca del 50% de los pacientes bajo tratamiento dejan de tomar el medicamento en los primeros tres meses y solo un 28% lo continúa más allá de este periodo, y el no continuarlo por más de seis meses incrementa las recaídas en 77% (23, 24)

f. Medición de la adherencia antidepresiva

Se valora por medio de métodos directos e indirectos:

- **Métodos directos**

Incluyen la medición de las concentraciones plasmáticas del medicamento en una muestra de sangre, la presencia de metabolitos en la orina del paciente, o la terapia directamente observada (24, 68).

- **Métodos indirectos**

Incluyen las encuestas clínicas (cuestionarios, test, escalas o inventarios de adherencia terapéutica antidepressiva), así como dispositivos electrónicos insertados en los envases del medicamento y conteo de medicamentos (24, 68). En cuanto a las encuestas clínicas para medir la adherencia terapéutica antidepressiva, el presente estudio empleó:

- **Test de Morisky-Green**

Este instrumento permite valorar si el paciente presenta o no adherencia al tratamiento farmacológico; es un test utilizado en la evaluación de trastornos mentales de ansiedad y depresión (69, 70). El Test contiene 8 ítems, los cuales permiten valorar las conductas del paciente durante la toma de medicación, es de fácil administración y de alta concordancia (teórica – práctica) cuando se le compara con otros métodos de medición de adherencia al tratamiento (electrónicos, registros de dispensación de la medicación), es un instrumento válido y confiable para su utilización durante la práctica clínica diaria (69, 70) (Anexo 3).

2.4.3. Factores asociados a la adherencia al tratamiento antidepresivo

2.4.3.1. Factores demográficos

Son aquellas características poblacionales específicas que influyen en la probabilidad de que un paciente diagnosticado con depresión y que se encuentran recibiendo tratamiento siga adecuadamente el régimen farmacológico prescrito para tratar su enfermedad. Estos factores incluyen:

a. Edad

La edad permite a la persona ir adquiriendo determinadas experiencias y roles para mantener su salud; sin embargo, a medida que esta avanza hacia el envejecimiento se convierte en un factor que influye negativamente en la adherencia a algún tratamiento farmacológico antidepresivo, esto debido a que el adulto mayor es más frágil física y psicológicamente, lo que provocar la instauración de trastornos mentales, como la depresión (71, 72).

Además, los adultos mayores podrían mostrar mayor interés por el cumplimiento del tratamiento; sin embargo, presentan menor adherencia terapéutica debido a que tienen que enfrentar dificultades, como el consumir mayor cantidad de fármacos (polifarmacia) (73) y los problemas de memoria (deterioro cognitivo propio del envejecimiento) (74). En este sentido, el estudio organiza la edad en dos categorías: 0 a 60 años y mayores de 60 años.

b. Sexo

En general los varones son los más propensos a presentar menor adherencia al tratamiento antidepresivo que las mujeres, esto debido a que por cuestiones de estigma de género son más renuentes a buscar ayuda y recibir el tratamiento; además es posible que por su condición de proveedor familiar no le preste la importancia debida a la medicación lo que aumenta su riesgo de incumplir o abandonar el tratamiento (24, 75). En este sentido, el estudio organiza esta variable en dos categorías: femenino y masculino, asumiendo la segunda como la variable de interés.

c. Residencia

El área en la que reside el paciente deprimido puede influir positiva o negativamente en la adherencia al tratamiento; sin embargo, está demostrado que las personas del área rural presentan menos adherencia terapéutica, debido al limitado acceso que tienen hacia los servicios de salud mental, entre ellos a consultas especializadas (Psicólogos, Psiquiatras) y a la carencia de medicamentos (37, 74). En este sentido, el estudio organiza esta variable en dos categorías: Urbana y rural, asumiendo la segunda como la variable de interés.

2.4.4. Factores socioeconómicos

Son aquellas características específicas relacionadas con la situación económica y social de un individuo diagnosticado con depresión, mismas que influyen en su capacidad y disposición para seguir las recomendaciones médicas prescritas. Entre otros están:

a. Grado de instrucción

Es uno de los factores que más influyen en la adherencia al tratamiento, dado que seguir un régimen terapéutico demanda de un cierto grado de conocimiento e información sobre la enfermedad y las condiciones de la medicación. Es por eso que las personas con menor grado de instrucción tienen mayor riesgo de no adherirse al tratamiento farmacológico, esto por falta de comprensión sobre la importancia del tratamiento y el proceso que implica seguir la mediación (23, 28, 39). En este sentido, el estudio organiza esta variable en dos categorías: iletrado/primaria y secundaria/superior, asumiendo la primera como la variable de interés.

b. Condición laboral

La condición laboral del individuo influye en la adherencia terapéutica, dado que al contar con él contribuye a su independencia económica y disponer de algún seguro de salud; sin embargo, una persona desempleada podría tener dificultades económicas para la adquisición de medicamentos o a servicios de salud que brinden acceso oportuno a los especialistas sanitarios (28, 37, 38).

La falta de empleo o empleos precarios pueden generar estrés adicional y limitaciones económicas que afecta de manera negativa la adherencia al tratamiento. De acuerdo con Rivera (39), las personas sin empleo presentan 3,5 veces más probabilidades de no adherirse al tratamiento farmacológico. En este sentido, el estudio organiza esta variable en dos categorías: Con empleo y sin empleo, asumiendo la segunda como la variable de interés.

c. Ingreso económico

Los ingresos económicos impactan de forma positiva o negativa en la adherencia al tratamiento farmacológico, pues está directamente relacionado con la capacidad adquisitiva que tiene la persona para acceder a la medicación o trasladarse al establecimiento sanitario (28, 76); por lo que, aquel paciente que no cuenta con ingresos económicos suficientes tendrá limitaciones financieras que dificultarán la compra regular de medicamentos, el acceso a servicios de salud y el seguimiento de tratamientos adicionales como la terapia psicológica, lo que puede generar una barrera para el incumplimiento del tratamiento y por lo tanto una menor adherencia terapéutica (25, 26).

Por otro lado, la depresión tiene mayor incidencia en las poblaciones pobres o que viven en el subdesarrollo (28). Al respecto, Rivera (39), indica que el 40% de los pacientes con depresión viven en pobreza, de los cuales en 66,7% mostraron niveles bajos de adherencia al tratamiento antidepressivo. En este sentido, el estudio organiza esta variable en dos categorías: ingreso económico menor a 1025 soles e ingreso económico de 1025 soles a más, asumiendo la primera como la variable de interés.

d. Cantidad diaria de medicamentos

La cantidad diaria de medicamentos que debe consumir el paciente influye en su adherencia al tratamiento, ingerir una menor cantidad de medicamentos facilita la adherencia, ya que el tratamiento es más sencillo

y menos propenso a errores u olvidos; mientras que consumir varios medicamentos puede resultar abrumador y aumentar la probabilidad de errores en la medicación, reduciendo la adherencia, especialmente en personas con un escaso nivel educativo (37, 77).

Asimismo, lo complejo que resulta el tratamiento, la frecuencia diaria en que se administra los medicamentos y la dosis; dificulta la adherencia y el monitoreo del régimen terapéutico (74); además, la polifarmacia resulta ser perjudicial para la correcta adherencia especialmente en pacientes con enfermedades crónicas (73). En este sentido, el estudio organiza esta variable en dos categorías: De 0 a 3 medicamentos diarios y más de 3 medicamentos diarios, asumiendo la segunda como la variable de interés.

e. Efectos adversos de los medicamentos

Una de las desventajas de la medicación son los efectos adversos que el paciente puede presentar al medicamento, lo que está vinculado directamente a la no adherencia farmacológica; pues estos podrían hacer que el paciente abandone el tratamiento o no cumpla con las recomendaciones médicas (dosis, frecuencia, vía de administración, etc.), sobre todo cuando no se cuenta con la orientación sanitaria de un profesional para manejarlos correctamente (38, 78, 79).

Entre los más incidentes están la somnolencia, incremento de peso, disminución de la libido y vómitos (24); estos, aunque eventuales impiden el normal desarrollo de las actividades diarias, dando como resultado la no

adherencia terapéutica del paciente. De acuerdo con Rivera (39), si se presentan efectos adversos a la medicación el riesgo de no adherencia se incrementa casi 10 veces más. En este sentido, el estudio organiza esta variable en dos categorías: Sí presenta efectos adversos y no presenta efectos adversos, asumiendo la primera como la variable de interés.

2.5. Definición de términos

- **Depresión:** trastorno mental identificado por desánimo o desinterés prolongado para realizar algún tipo de actividades, manifestado en varios casos con ideas pesimistas, tristeza, llanto, ansiedad, etc. Situación que afecta la interacción familiar, laboral y social de quién la padece (2).
- **Antidepresivo:** grupo de fármacos que tienen la capacidad de mejorar el estado de ánimo del individuo, tratar la depresión, pero también es útil para el tratamiento de trastornos psiquiátricos como la ansiedad (31).
- **Adherencia Terapéutica:** grado en el que la conducta de un paciente se condice con la ingesta del medicamento (hora, dosis, frecuencia, duración del tratamiento), tal cual ha sido prescrito por el personal sanitario; asumiéndose tasas de cumplimiento superiores al 75% como adherencia (6).
- **Efectos adversos:** reacciones negativas que ocurren tras la administración de uno o más medicamentos en dosis regulares empleadas para el diagnóstico, tratamiento o modificación de una función fisiológica, pueden ser leves (náuseas o mareos) o graves (alérgicas, daño hepático, renal) (64).

CAPÍTULO III

PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis general

Hi: Existe relación significativa entre los factores demográficos y socioeconómicos con la adherencia al tratamiento antidepresivo en los pacientes con depresión del Centro de Salud Mental Comunitario “Caminando Juntos” Baños del Inca Cajamarca 2024.

Ho: No existe relación significativa entre los factores demográficos y socioeconómicos con la adherencia al tratamiento antidepresivo en los pacientes con depresión del Centro de Salud Mental Comunitario “Caminando Juntos” Baños del Inca Cajamarca 2024.

3.2. Variables

- a) **Variable 1:** factores demográficos y socioeconómicos.
- b) **Variable 2:** adherencia al tratamiento antidepresivo.

3.3. Operacionalización/ categorización de los componentes de las hipótesis

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Criterio de medición	Escala de medición
Factores demográficos y socioeconómicos	Conjunto de características demográficas y socioeconómicas que presentan los pacientes con depresión y que pueden condicionar su adherencia al tratamiento antidepresivo (20).	Factores demográficos	Edad	- < 60 años - 60 a más años	Nominal dicotómica
			Sexo	- Femenino - Masculino	
			Lugar de residencia	- Urbano - Rural	
		Factores socioeconómicos	Grado de instrucción	- Sin instrucción / Primaria - Secundaria / Superior	
			Condición laboral	- Con trabajo - Sin trabajo	
			Ingreso económico	- < 1025 soles - 1025 soles a más	
			Cantidad de medicamentos	- 1 a 3 medicamentos - 4 a más medicamentos	
			Efectos adversos	- No presenta - Presenta	

Variable	Definición conceptual	Indicadores	Criterio de medición	Valor	Escala de medición
Adherencia al tratamiento antidepresivo	Grado en el que la conducta de un paciente se condice a aceptar o rechazar la ingesta del medicamento (hora, dosis, frecuencia, duración del tratamiento), tal cual ha sido prescrito por el personal sanitario (6).	- Olvido de dosis - Días sin medicación - Olvido de medicamentos - Recordatorio de medicación diaria - Dificultad de memoria - Ajuste de la medicación sin consultar con el médico - Suspensión por mejoría - Dificultad para seguir el tratamiento	- Con adherencia al tratamiento - Sin adherencia al tratamiento	- Adherencia: 75 a 100% - No adherencia: 0 a 75%	Nominal dicotómica

CAPÍTULO IV

MARCO METODOLÓGICO

4.1. Ubicación geográfica

El estudio se realizó en el Centro de Salud Mental Comunitario “Caminando Juntos” Baños del Inca, ubicado en el distrito de Baños del Inca, de la provincia de Cajamarca; se encuentra a 2515 metros de altitud y circundado por el río Chonta; geográficamente se encuentra entre las coordenadas 7°09'12" de latitud sur y 78°30'57" de longitud Oeste, a una distancia de 7,08 km. al Sureste de la ciudad de Cajamarca; limita al sur con los distritos de Namora y Llacanora, al norte y este con el distrito de Encañada y al oeste con el distrito de Cajamarca (80).

El Centro de Salud Mental Comunitario “Caminando Juntos” Baños del Inca, al 2024 contaban con 26 trabajadores, entre ellos psicólogos, psiquiatra, médicos, enfermeros, técnicos en enfermería, químico farmacéutico, etc. en promedio atendían a 20 pacientes por día en los servicios de prevención y control de problemas; trastornos de la infancia y adolescencia, servicio de atención al adulto y adulto mayor, unidad de prevención y control de adicciones, y el servicio de participación social y comunitaria (81).

4.2. Método de investigación

El estudio se construyó siguiendo el método hipotético-deductivo; pues se trabajó empleando el método científico. Esto implicó dos procesos: 1) Proceso deductivo, también denominado proceso cognitivo en el que las teorías científicas que abordan

el fenómeno de estudio (factores asociados y adherencia al tratamiento antidepresivo) sirvieron de base para establecer conclusiones respaldadas en los resultados y la revisión bibliográfica; 2) proceso hipotético, el cual planteó la hipótesis a priori que fue sometida a comprobación empírica para ser aceptada o rechazada la cual aporta valor teórico a los postulados teóricos que respaldan el estudio (82, 83).

4.3. Diseño y tipo de investigación

La investigación fue de enfoque cuantitativo, nivel correlacional (determinó la asociación entre factores demográficos y socioeconómicos con la adherencia al tratamiento antidepresivo). Diseño no experimental (no existió manipulación de las variables, dado que fueron observadas y analizadas tal y como se presentaron en su contexto natural). Transversal (la información se recabó en un solo momento, considerando un determinado periodo de tiempo y por única vez) (84).

4.4. Población, muestra y unidad de análisis

La población, estuvo constituida por 120 pacientes diagnosticados con depresión que se atendieron en el Centro de Salud Mental Comunitario “Caminando Juntos” de Baños del Inca en el año 2024.

La muestra, fue de tipo censal ($n = N$), estuvo conformada por el total de la población, considerando los 120 pacientes diagnosticados con depresión que se atendieron en el Centro de Salud Mental Comunitario “Caminando Juntos” de Baños del Inca entre enero y diciembre del año 2024. Teniendo previamente en cuenta los criterios de inclusión.

La unidad de análisis, estuvo conformada por cada uno de los pacientes diagnosticados con depresión que se atendieron en el Centro de Salud Mental Comunitario “Caminando Juntos” de Baños del Inca en el año 2024.

4.5. Criterios de inclusión y exclusión

Criterio de inclusión:

- Diagnosticados con depresión.
- Con más de un mes de tratamiento antidepresivo.
- De 18 a más años.
- De ambos sexos.
- Con capacidades cognitivas estables y que no tuvieron algún episodio de ansiedad o pánico en los últimos 15 días.
- Que firmaron el consentimiento informado.

Criterio de exclusión:

- Con morbilidades psiquiátricas.
- Agresivos.
- Hospitalizados.
- Pacientes dependientes de grado II o III.
- Que no firmaron el consentimiento informado.

4.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica que se utilizó para recoger la información fue una encuesta (cada participante respondió el cuestionario sin ayuda de algún tipo), presencial (presencia física del participante e investigador), autoadministrada (paciente leyó y

respondió las preguntas por sí solo) y anónima (no se solicitó datos personales que permitan identificar al participante) (84).

Los instrumentos para la recolección de datos fueron un cuestionario (factores asociados) y un test (adherencia al tratamiento antidepresivo):

a) Cuestionario de factores demográficos y socioeconómicos

Diseñado en función a la revisión bibliográfica, bases teóricas y marco teórico propuesto para el estudio. Está compuesto de ocho preguntas que ayudaron a determinar los factores asociados a la adherencia, cada uno con opciones de respuesta dicotomizada y codificada en categoría de interés = 1 y categoría de verificación = 1, donde la categoría de interés indica la presencia del factor asociado a la adherencia y la categoría de verificación su ausencia.

El cuestionario se divide en dos dimensiones: Dimensión de los factores demográficos, la cual permitió identificar características específicas de los pacientes, como edad, sexo y lugar de residencia; y la dimensión de los factores socioeconómicos, grado de instrucción, condición laboral, el ingreso económico, la cantidad de medicamentos ingeridos por día y los efectos adversos de la medicación.

b) Test de Morisky-Green, para medición de la adherencia terapéutica

Es uno de los Test más empleados en la práctica clínica (69), ha sido utilizado en distintos estudios para valorar la adherencia terapéutica en enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión, diabetes, dislipemia, etc.), así como en trastornos mentales de ansiedad y depresión (85, 86).

El test contiene ocho ítems, los siete primeros tienen una respuesta dicotómica de sí o no y miden la actitud del paciente hacia el tratamiento, El ítem ocho es una pregunta tipo escala Likert que mide la actitud hacia la medicación. Si la respuesta en el ítem es incorrecta el paciente no es adherente, en cambio es adherente si responde correctamente (70).

En el caso de los siete primeros ítems cada pregunta respondida correctamente será puntuada con un punto. Para el caso del ítem ocho la puntuación por opción será: 1,0 = nunca/raramente, 0,75 = de vez en cuando, 0,5 = a veces, 0,25 = normalmente y 0 = siempre. En el test el puntaje mínimo será 0 y el máximo 9,5 puntos. La puntuación final se obtiene tras la sumatoria alcanzada en los 8 ítems, considerando como no adherente al tratamiento cuando las puntuaciones van de 0 a 7,13 puntos (75%) y adherente en puntuaciones de 7,14 a 9,5 puntos (> 75%) (70).

4.7. Validez y confiabilidad de los instrumentos

La validación se realizó en base al juicio de cinco jueces. La concordancia entre jueces se determinó mediante el coeficiente de consistencia interna V Aiken, donde un valor superior a 0,75 fue considerado como aceptable. Encontrándose: Factores demográficos [Adecuación (0,95), Suficiencia (0,95), Pertinencia (1,00), Claridad (0,93) y validación global (0,96)]; mientras que en adherencia al tratamiento antidepresivo [Adecuación (0,98), Suficiencia (0,95), Pertinencia (1,00), Claridad (0,95) y validación global (0,97)]. Indicando que ambos instrumentos tienen validez de contenido para ser aplicados en la población de estudio.

La confiabilidad se obtuvo de una prueba piloto realizada a 15 pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario de la ciudad de San Marcos, con pacientes que cumplieron los criterios de inclusión considerados en el estudio. Para el caso de los factores demográficos y socioeconómicos se determinó con el coeficiente KR-20, obteniéndose 0,752. Mientras que la adherencia con alfa de Cronbach, encontrándose 0,764. En ambos casos los instrumentos resultaron fiables para su aplicación en la población de referencia.

La información se recolectó de manera progresiva a medida que se fue avanzando en el proceso investigativo:

- Solicitud al director del Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos Baños del Inca para acceder a la data base de los pacientes atendidos en el establecimiento en el año 2024.
- Carta de presentación dando a conocer el proyecto de investigación a desarrollar y las acciones que se realizaron en el marco de su elaboración y ejecución.
- Selección de los participantes teniendo en consideración los criterios de inclusión considerados para el estudio.
- Captación de los pacientes seleccionados, esto se realizó en los consultorios del establecimiento o en el domicilio de cada participante.
- Entrega y firma del consentimiento informado, este último se entregó antes de dar inicio a la aplicación de la encuesta.
- Recojo del consentimiento informado firmado por el participante.
- Aplicación de la encuesta, se llevó a cabo en el momento de la captación o en el día pactado con el paciente. Las dudas del paciente fueron absueltas en la aplicación del instrumento.

4.8. Técnicas de procesamiento y análisis de los datos

Luego de realizar la recolección de la información, esta fue ingresada y procesada en una base de datos diseñada el software SPSS.V.27. Previo a ello se realizó un control de calidad de la información en la que se verificó el correcto llenado de los instrumentos, no se descartó ninguna encuesta, esto debido a que se hizo una verificación de las mismas antes de ser recepcionadas.

El análisis de datos tuvo dos momentos: 1) análisis descriptivo, en el que se procesó información mediante estadísticos de frecuencias absolutas y porcentuales, los cuales se presentan en tablas simples; 2) análisis inferencial, donde se muestran tablas de doble entrada y pruebas estadísticas para comprobar la hipótesis, la cual se realizó con Chi-cuadrada (X^2), asumiendo $p < 0,05$ como significativo. El análisis se hizo considerando las frecuencias más relevantes y las relaciones (factor vs adherencia al tratamiento) que resultaron significativas.

4.9. Criterios éticos

El estudio durante todo el proceso de investigación garantizó los principios éticos inherentes a todo ser humano (87):

- a) **Beneficencia:** el estudio siempre actuó en beneficio de los participantes, buscando promover su salud, dado que la investigación se realizó con el objetivo de generar un impacto positivo en su bienestar biopsicosocial.
- b) **No maleficencia:** se protegió el bienestar físico, psicológico y social de cada uno de los participantes, sin causar algún tipo de daño, siempre buscando minimizar riesgos en cada una de las interacciones que se tuvo con ellos.

- c) **Autonomía:** se respetó la libertad y autonomía del paciente para la toma de decisiones, siendo ellos los que decidieron si participaban o no del estudio, además de desistir de continuar con el mismo en el momento que ellos lo consideren.

- d) **Justicia:** se garantizó una distribución equitativa de los beneficios y oportunidades del estudio, evitando la discriminación de todo tipo y promoviendo la igualdad de trato.

- e) **Confidencialidad:** el estudio aseguró la protección de la información personal de cada participante, no divulgando la información a terceros sin antes contar con el consentimiento informado de su parte.

CAPÍTULO V

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. Presentación de resultados

Los resultados son presentados en un análisis descriptivo, con tablas simples que contienen frecuencias absolutas y porcentuales. El análisis inferencial, se presenta en una tabla de doble entrada. Se empleo la prueba estadística de Chi-cuadrada (X^2) para comprobar la hipótesis, asumiendo un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$.

Las tablas con los resultados se han interpretado de acuerdo a los factores que tras la revisión de la literatura científica en el presente estudio se han asumido como factores que se encuentran asociados a la adherencia al tratamiento antidepresivo.

5.2. Análisis, interpretación y discusión de resultados

Tabla 1. Factores demográficos en pacientes con diagnóstico de depresión del Centro de Salud Mental Comunitario “Caminando Juntos” Baños del Inca Cajamarca 2024.

Factores demográficos	N°	%
Edad		
Menor de 60 años	82	68,3
De 60 a más años	38	31,7
Sexo		
Femenino	83	69,2
Masculino	37	30,8
Lugar de residencia		
Urbano	74	61,7
Rural	46	38,3
Total	120	100,0

Fuente: Cuestionario factores demográficos y socioeconómicos asociados a la adherencia al tratamiento antidepresivo, 2024.

En la tabla se observa que, según los factores demográficos asociados a la adherencia, el 31,7% de los pacientes con depresión tenían más de 60 años, el 30,8% eran varones y el 38,3% vivían en la zona rural. Cifras propias de pacientes diagnosticados con problemas de salud mental, entre ellos con depresión, tal como lo afirma Roca, et al. (8), al indicar que, a mayor edad, ser varón y residir en zonas rurales son factores que limitan el cumplimiento y adherencia al tratamiento con antidepresivos.

De acuerdo a la edad como factor asociado a la adherencia, tres de cada diez pacientes que recibían tratamiento antidepresivo fueron adultos mayores, datos contrapuestos porcentualmente a los reportados por Torres, et al. (28), donde 60,6% eran mayores de

60 años; por Pedrosa-Naudín, et al. (37), en el que 51,1% tenían más de 60 años; o el de Bhattacharjee, et al. (25), donde 83,5% de los pacientes eran adultos mayores.

En este punto, las cifras están relacionadas con las características sociodemográficas de la muestra, dado que en los estudios discutidos se trabajó con poblaciones mayores de 50 años, lo que aumento la posibilidad de encontrar un mayor número de personas mayores de 60 años que padecían depresión y que se encontraban recibiendo tratamiento para esta enfermedad, lo que se condice con las evidencias científicas en las que se afirma que la mayor edad puede significar un factor que se asocia con el incumplimiento y la no adherencia al tratamiento antidepresivo (7, 22, 25).

Asimismo, Rivera (39), evidenció 11,4% de pacientes con más de 60 años; Gamarra (26) 12%, cifras tres veces menores a las reportadas en el presente estudio. Datos que si bien es cierto son menores porcentualmente a los identificados en el estudio, dan a conocer que cada vez más personas jóvenes presentan depresión, aspecto que con el tiempo se acentúa como un factor vinculado a la no adherencia al tratamiento.

Es importante tener en cuenta que la edad permite a la persona ir adquiriendo determinadas experiencias y roles para mantener su salud; sin embargo, a medida que esta avanza hacia el envejecimiento se convierte en un factor que influye negativamente en la adherencia a algún tratamiento farmacológico antidepresivo, esto debido a que el adulto mayor es más frágil física y psicológicamente, lo que provoca la instauración de trastornos mentales, como la depresión (71, 72).

Además, los adultos mayores muestran mayor interés por el cumplimiento del tratamiento; sin embargo, presentan menor adherencia terapéutica debido a que tienen que enfrentar dificultades, como el consumir mayor cantidad de fármacos (polifarmacia) (73) y los problemas de memoria (deterioro cognitivo propio del envejecimiento) (74). En este sentido, el estudio organiza la edad en dos categorías: 0 a 60 años y mayores de 60 años.

Respecto al sexo como factor asociado a la adherencia, tres de cada diez participantes del estudio fueron varones, cifras parecidas a las identificadas a nivel internacional, como las de Torres, et al. (28), en Cuba, donde el 33,3% fueron hombres; a las de Palomino y Bolaños (24), en Colombia, con 36,6% de varones; a las de Bhattacharjee, et al. (25), en un estudio multi países, con el 24,6%; o a las de Pedrosa-Naudín, et al. (37), en España, en el que 20,6% de los pacientes con depresión pertenecían al sexo masculino. Pero ligeramente inferiores al reporte nacional de Rivera (39), en la región Tacna, con 56,7% de varones.

La literatura científica en su mayoría reporta que los varones son los más propensos a presentar menor adherencia al tratamiento antidepresivo que las mujeres, esto debido a que por cuestiones de estigma de género son más renuentes a buscar ayuda y recibir el tratamiento, lo que explicaría la menor frecuencia de varones en la muestra; además es posible que por su condición de proveedor familiar descuide su medicación, lo que aumenta su riesgo de incumplir o abandonar el tratamiento (24, 75).

Al considerar el área de residencia como factor asociado a la adherencia, casi cuatro de cada diez pacientes con tratamiento antidepresivo que participaron del estudio residían en el área rural, cifras parecidas a lo identificado en España por Pedrosa-Naudín, et al. (37),

donde el 36,6% de pacientes residían en la zona rural y a lo encontrado en distintos países por Bhattacharjee, et al. (25), en el que 21,4% vivían en áreas rurales.

Al respecto, los estudios indican que el área de residencia rural es la que más incide en la presencia de no adherencia al tratamiento, situación marcada posiblemente por el limitado acceso a los servicios de salud, entre ellos a los medicamentos y a personal sanitario capacitado (37); además, está demostrado que las personas del área rural presentan menos adherencia terapéutica debido al limitado acceso que tienen hacia los servicios de salud mental, entre ellos a consultas especializadas (Psicólogos, Psiquiatras) y a la carencia de medicamentos (74).

Los factores demográficos, en promedio, están presentes en más del 33,6% de los pacientes que participaron del estudio, lo cual indica que, tres de cada diez encuestados muestran evidencia de que no han podido afrontar las condiciones negativas que lo han llevado a la depresión, dado que son adultos mayores y residen en el área rural, características que incrementan su riesgo de padecer depresión. Además, estos factores son difíciles de manejar, por lo que limitan al paciente en su adaptación a una nueva situación, la cual impacta negativamente en su adherencia al tratamiento antidepresivo, indicando la necesidad de que el sector salud, diseñe e implemente acciones encaminadas no solo a promover adherencia, sino también bienestar psicológico para prevenir otros problemas de salud mental.

Tabla 2. Factores socioeconómicos en pacientes con diagnóstico de depresión del Centro de Salud Mental Comunitario “Caminando Juntos” Baños del Inca Cajamarca 2024.

Factores socioeconómicos	N°	%
Grado de instrucción		
Secundaria / Superior	83	69,2
Sin instrucción / Primaria	37	30,8
Condición laboral		
Con trabajo	36	30,0
Sin trabajo	84	70,0
Ingreso económico		
Igual o mayor a 1025 soles	30	25,0
Menor a 1025 soles	90	75,0
Número de medicamentos		
1 a 3 medicamentos	109	90,8
4 a más medicamentos	11	9,2
Efectos adversos		
No presenta	81	67,5
Si presenta	39	32,5
Total	120	100,0

Fuente: Cuestionario factores demográficos y socioeconómicos asociados a la adherencia al tratamiento antidepressivo, 2024.

En la tabla se observa que, de acuerdo a los factores socioeconómicos asociados a la adherencia al tratamiento, 30,8% de los pacientes no tenían instrucción o contaban con educación primaria, 70% no tenían trabajo, 75% percibían menos de 1025 soles, 9,2% consumía de cuatro a más medicamentos diarios, y 32,5% indicaron la presencia de efectos adversos tras la ingesta de antidepressivos.

Considerando el grado de instrucción como factor asociado a la adherencia, tres de cada diez participantes del estudio fueron iletrados o tenían educación primaria, cifras superiores a las reportadas en estudios como los de Palomino y Bolaños (24), en Colombia, donde 19,6% no estudiaban; Reddy, et al. (38), en la India, en el que 10,3% tenían solo educación primaria; o al estudio peruano de Rivera (39), en la región de Tacna, en el que 6,6% de los pacientes contaban con primaria.

En este punto, el alto porcentaje de pacientes sin instrucción o con educación primaria encontrado en el estudio podría deberse a que es una población que vive en condiciones de pobreza y que como tal no ha tenido acceso a servicios de educación o que por su condición económica ha priorizado el trabajo (informal o subempleo); convirtiéndose este factor en un condicionante que determina la adherencia al tratamiento antidepresivo (28).

Al respecto, el grado de instrucción es uno de los factores que más influye en la adherencia al tratamiento, pues el régimen terapéutico requiere un cierto grado de conocimiento y disponer de información sobre la enfermedad y las condiciones de la medicación; es por eso que las personas con menor grado de instrucción tienen mayor riesgo de no adherirse al tratamiento farmacológico, esto por falta de comprensión sobre la importancia del tratamiento y el proceso que implica seguir la mediación (23, 39).

Teniendo en cuenta la condición laboral como factor asociado a la adherencia, siete de cada diez participantes del estudio indicaron no contar con empleo formal, datos parecidos a lo reportado a nivel internacional por Reddy, et al. (38), con el 51,7% y a Bhattacharjee, et al. (25), con el 69,4% que no laboraban; e igual de coincidentes con los estudios nacionales de Gamarra (26), donde el 52% de pacientes no laboraban y al 46,7%

de Rivera (39). Cifras vinculadas a la nula o limitada educación que han recibido (caso verificable en el presente estudio) lo que le resta oportunidades para acceder a un empleo formal donde perciba al menos un sueldo mínimo mensual para satisfacer sus necesidades básicas, entre ellas de salud (22, 25); y a que la mayoría de adultos mayores que en su momento contaban con un empleo formal, ahora se encuentran jubilados.

A pesar de los hallazgos, se debe considerar que la condición laboral del individuo influye en la adherencia terapéutica, dado que contribuye con su independencia económica y a disponer de algún seguro de salud; sin embargo, una persona desempleada podría tener dificultades económicas para la adquisición de medicamentos o acceder a servicios sanitarios que brinden acceso oportuno a médicos especialistas (28, 37, 38). Asimismo, la falta de empleo o empleos precarios pueden generar estrés adicional y limitaciones económicas que afecta de manera negativa la adherencia terapéutica. De acuerdo con Rivera (39), las personas sin empleo presentan 3,5 veces más probabilidades de no adherirse al tratamiento farmacológico.

Según el ingreso económico como factor asociado a la adherencia, siete de cada diez participantes del estudio manifestaron ganar menos del sueldo mínimo vital, es decir por debajo de los 1025 soles, cifras más de dos veces superiores a lo reportado en distintos países por Bhattacharjee, et al. (25), donde 30,6% de los que sufren depresión percibían un salario mínimo mensual; o en el Perú por Gamarra (26), en el que 30% de pacientes ganaban menos de 1025 soles. Hallazgos vinculados al grado de instrucción y condición laboral de los participantes, lo que puede agravarse aún más, cuando es el único ingreso familiar, esto debido a que los pacientes, por lo general, cuenta con carga familiar, haciendo que el salario sea insuficiente para acceder a servicios de salud especializados

y a la compra de medicamentos que el sistema sanitario no los proporciona de manera gratuita (39).

Los hallazgos respecto a los ingresos económicos impactan de forma negativa en la adherencia al tratamiento farmacológico, dado que puede afectar la capacidad adquisitiva de la persona para acceder a la medicación o trasladarse al establecimiento sanitario (28, 70); por lo que, aquel paciente que no cuenta con ingresos económicos suficientes tendrá limitaciones financieras que dificultarán la compra regular de medicamentos, el acceso a servicios de salud y el seguimiento de tratamientos adicionales como la terapia psicológica, generando incumplimiento del tratamiento y no adherencia terapéutica (25, 26).

De acuerdo al número de medicamentos de consumo diario como factor asociado a la adherencia, uno de cada diez participantes del estudio indicó consumir de cuatro a más medicamentos en el día, cifras parecidas a las de Rivera (39), donde 13,3% de participantes consumían más de tres medicamentos; pero ligeramente inferiores a las reportadas por Pedrosa-Naudín, et al. (37) y Gamarra (26), con 18,4% y 25% de polifarmacia, respectivamente. Hallazgos relacionados, entre otros, con el nivel y categoría del establecimiento de salud (nivel primario), dado que las diferencias en los sistemas sanitarios y contextos culturales pueden influir en los patrones de prescripción y adherencia al tratamiento (20, 21).

Además, los resultados respecto a cantidad de medicamentos a consumir a diario por el paciente, refleja la complejidad del tratamiento antidepresivo, lo que incrementa el riesgo de incumplimiento el mismo, haciendo que el paciente abandone la prescripción diaria,

por olvido, confusión, falta de mejoría, desconocimiento o desmotivación, convirtiéndole en un factor asociado a la no adherencia terapéutica a los antidepresivos (14, 24, 27, 30).

Por otra parte, es sabido que la cantidad diaria de medicamentos que consume el paciente influye en su adherencia terapéutica, por lo que ingerir una menor cantidad de medicamentos facilita la adherencia, ya que el tratamiento es más sencillo y menos propenso a errores u olvidos; mientras que consumir varios medicamentos puede resultar abrumador y aumentar la probabilidad de errores en la medicación, reduciendo la adherencia, especialmente en personas con un escaso nivel educativo (37, 77).

Asimismo, la frecuencia diaria en que se administra los medicamentos y la dosis dificulta la adherencia y el monitoreo del régimen terapéutico (74); haciendo que la polifarmacia se perjudicial para la adherencia, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas (73).

Observando los efectos adversos como factores asociados a la adherencia, tres de cada diez paciente del estudio manifestaron que los antidepresivos le provocan efectos adversos, cifras inferiores a los hallazgos de Gamarra (26), donde 48% refirió estos problemas, al igual que 60% encontrado por Rivera (39). Resultados atribuidos a las diferencias en la percepción y tolerancia hacia los efectos adversos, así como a las características propias de los participantes, como edad, comorbilidades o tiempo del tratamiento.

En esta misma línea, se debe considerar que aspectos como el tipo y dosis de los antidepresivos prescritos, la calidad del seguimiento sanitario y las estrategias educativas utilizadas para manejar los efectos adversos pueden influir en su presencia e impactar de

forma directa en la adherencia a los antidepresivos; por lo que elegir la medicación, dosis, frecuencia y periodo del tratamiento son esenciales, dado que es aquí donde se presenta la mayor dificultad para seguir adecuadamente la prescripción médica, haciendo que el paciente abandone la terapia, causando la no adherencia (4, 5).

Por otro lado, una de las desventajas de la medicación son los efectos adversos que el paciente puede presentar al medicamento, lo que está vinculado directamente a la no adherencia farmacológica; pues estos podrían hacer que el paciente abandone el tratamiento o no cumpla con las recomendaciones médicas (dosis, frecuencia, vía de administración, etc.), sobre todo cuando no se cuenta con la orientación sanitaria de un profesional para manejarlos correctamente (38, 78, 79).

Además, entre los efectos adversos más comunes están la somnolencia, incremento de peso, disminución de la libido y vómitos (24); estos, aunque eventuales impiden el normal desarrollo de las actividades diarias, dando como resultado la no adherencia terapéutica del paciente. De acuerdo con Rivera (39), si se presentan efectos adversos a la medicación el riesgo de no adherencia se incrementa casi 10 veces más.

Los factores socioeconómicos, en promedio, están presentes en más del 43,5% de los pacientes con depresión que participaron del estudio, lo cual indica que, cuatro de cada diez encuestados muestran evidencia de que no han podido afrontar adecuadamente la situación que les está provocando la depresión, esto posiblemente relacionado con su escaso conocimiento sobre estrategias de afrontamiento de la depresión, efectos secundarios del medicamento, cantidad de medicamentos que debe consumir diariamente, falta de empleo, o escasos ingresos económicos; factores difíciles de manejar que impiden al paciente adoptar comportamientos estables y repetitivos (hábitos), lo que impacta directamente en su adherencia al tratamiento antidepresivo.

Tabla 3. Adherencia al tratamiento antidepresivo en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario “Caminando Juntos” Baños del Inca Cajamarca 2024.

Adherencia	N°	%
No adherente	109	90,8
Adherente	11	9,2
Total	120	100,0

Fuente: Test De Morisky-Green, 2024.

En la tabla se observa que, 90,8% de los pacientes participantes del estudio que recibieron tratamiento antidepresivo no presentaron adherencia al tratamiento; en tanto, 9,2% fueron adherentes.

El estudio muestra que, nueve de cada diez pacientes con depresión no tuvieron adherencia al tratamiento, cifras que difieren por mucho a las investigaciones internacionales de Muhammad, et al. (23), donde la no adherencia al tratamiento antidepresivo fue de 14,6% en Estados Unidos; al de Pedrosa-Naudín, et al. (37), en España con el 20%; al de Bhattacharjee, et al. (25), con el 30%; o superiores al 33,7% de no adherencia de Torres et al. (28) y al 47,3% reportado por Reddy, et al. (38). Las cifras encontradas muestran claramente la existencia de un problema sanitario que requiere atención urgente, dado que no solo es el incumplimiento del tratamiento sino también el agravamiento de los problemas de salud mental que podría estar ocasionando esta situación en los pacientes.

Al respecto, Hernández (50), indica que los pacientes con depresión que no se adhieren al tratamiento pueden desarrollar complicaciones físicas, como dolor crónico, trastornos digestivos; problemas mentales, como pánico, anorexia, trastorno obsesivo-compulsivo;

abuso de sustancias, como alcohol o drogas; además de aislamiento social, disminución del rendimiento laboral, automutilación, ideas suicidas, dificultades de concentración. Complicaciones que podrían estar presentando la mayoría de pacientes participantes del estudio, lo que limita la continuidad o reinicio de la terapia farmacológica.

Mientras tanto, a nivel nacional las cifras de no adherencia antidepresiva difieren porcentualmente a las reportadas en el presente estudio, este es el caso de Gamarra (26), quién evidenció que 73% de pacientes fueron no adherentes, en tanto Rivera (39), identificó un 60% de no adherencia terapéutica antidepresiva; hallazgos probablemente debido a factores específicos presentes en la población evaluada, como menor comprensión sobre el tratamiento, limitado acceso a los medicamentos y servicios sanitarios, seguimiento descontinuado del tratamiento, o educación sanitaria poco efectiva.

El alto porcentaje de pacientes no adherentes identificado, puede deberse a factores como, condiciones del entorno terapéutico, efectos secundarios de los fármacos, falta de motivación y apoyo familiar, escaso seguimiento profesional y creencias negativas hacia la medicación antidepresiva, elementos que provocan la interrupción del tratamiento; estos resultados son consistentes con estudios que indican que la percepción de que el medicamento no le brinda mejoría y la falta de acompañamiento psicológico reducen la adherencia a los antidepresivos (22, 39).

En general las tasas de no adherencia observadas en el estudio pueden atribuirse a diversos factores como el acceso limitado a los servicios de salud, la falta de educación sanitaria sobre la importancia de la adherencia terapéutica o el monitoreo de la

prescripción médica, afectando la adherencia en la población evaluada; esto se sustenta en las similitudes identificadas en estudios internacionales, donde los pacientes que no reconocen los beneficios del tratamiento antidepresivo (23, 39) y/o no tienen un manejo apropiado de los efectos adversos muestran no adherencia (78). A pesar de las altas tasas de no adherencia encontrada en el estudio, no se debe dejar de lado las cifras de adherencia, dado que en los últimos años se ha reportado que varios pacientes deprimidos abandonan el tratamiento al no sentir mejoría o al tener la percepción errada de que al sentirse mejor ya no tendrán una recaída si discontinúan el mismo (24, 26).

Por otro lado, estudios han identificado que cada vez los pacientes tienen menos compromiso con su tratamiento, lo que genera mayor riesgo de no adherencia; esto vinculado a múltiples factores demográficos, sociales y económicos, como la edad, sexo, lugar de residencia, grado de instrucción, condición laboral, ingreso económico, cantidad de medicamentos prescritos y efectos adversos (7-9); mismos factores que en el estudio, en promedio están presentes en más del 30% de los participantes. Las cifras de no adherencia también podrían estar asociadas, al desconocimiento del paciente sobre el tratamiento, a la carencia de recursos económicos para acceder a los antidepresivos, a las zonas de residencia distante de los centros de salud (siendo los más afectados los adultos mayores), o a la discriminación y estigmatización que sufren los pacientes con problemas psicológicos o mentales (14).

Otro dato a tener en cuenta es que de acuerdo a la Defensoría del Pueblo (17), cerca del 80% de las personas con depresión que viven en la pobreza no reciben tratamiento y los que reciben tienen un alto grado de no adherencia terapéutica, indicando la posible existencia de un subregistro de los pacientes diagnosticados con depresión en el centro de

salud mental comunitario, por lo que se requiere de estrategias sanitarias que permitan su cobertura universal, independientemente de su edad, condición, social, cultural, económica.

En la línea de la no adherencia al tratamiento antidepresivo reportado en el estudio, estaría ligado a la conducta que muestra el paciente, que de por sí ya se encuentra alterada (desánimo, desinterés, apatía, desmotivación), haciendo que esta se incremente, más si no se cuenta con la supervisión de un profesional de salud o algún familiar capacitado, llegando a tasas de no adherencia mayores al 35% en el primer mes de iniciado el tratamiento o a más del 55% luego de los tres meses, tal como lo afirman Bravo (29) y Solís (30).

Finalmente, los resultados en este punto explican que la adherencia al tratamiento antidepresivo gira en torno a la calidad de información con la que cuenta el paciente y que ha recibido de parte del personal sanitario, lo que condiciona la adopción de comportamientos sanitarios apropiados para el cumplimiento del tratamiento. Por esta razón, los pacientes que desconocen o tienen limitada información sobre la depresión y su tratamiento, muestran hábitos negativos y tienen mayor riesgo de abandonar el tratamiento; en tanto, los pacientes que están más informados sobre la enfermedad muestran conductas positivas y mejor compromiso con el tratamiento, permitiéndoles alcanzar una adherencia terapéutica antidepresiva.

Tabla 4. Factores demográficos y socioeconómicos que se asocian a la adherencia al tratamiento antidepresivo en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario “Caminando Juntos” Baños del Inca Cajamarca 20

Factores		Uso de antidepresivos				Prueba Estadística
		No adherente		Adherente		
		Nº	%	Nº	%	
Factores demográficos	Edad					
	Menor de 60 años	73	60,8	9	7,5	X ² =1,018
	De 60 a más años	36	30,0	2	1,7	p=0,313
	Sexo					
	Femenino	75	62,5	8	6,7	X ² =0,072
	Masculino	34	28,3	3	2,5	p=0,788
	Lugar de residencia					
Urbano	69	57,5	5	4,2	X ² =1,346	
Rural	40	33,3	6	5,0	p=0,246	
Factores socioeconómicos	Grado de instrucción					
	Secundaria / Superior	74	61,7	9	7,5	X ² =0,909
	Sin instrucción / Primaria	35	29,2	2	1,7	p=0,340
	Condición laboral					
	Con trabajo	32	26,7	4	3,3	X ² =0,629
	Sin trabajo	77	64,2	7	5,8	p=0,236
	Ingreso económico					
	Igual o mayor a 1025 soles	25	20,8	5	4,2	X ² =2,702
	Menor a 1025 soles	84	70,0	6	5,0	p=0,100
	Número de medicamentos					
	0 a 3 medicamentos	98	81,7	11	9,2	X ² =1,222
	4 a más medicamentos	11	9,2	0	0,0	p=0,269
	Efectos adversos					
No presenta	70	58,3	11	9,2	X ² =5,831	
Si presenta	39	32,5	0	0,0	p=0,016	

Fuente: Elaboración propia en función a los resultados del estudio.

De acuerdo a los factores demográficos de la muestra, la no adherencia se presentó en el 60,8% de los pacientes que tenían menos de 60 años; al igual que en el 62,5% de los varones y el 57,5% de los que viven en la zona urbana. No se determinó asociación estadística significativa en ninguno de los factores demográficos evaluados y la adherencia al tratamiento antidepresivo.

Según los factores socioeconómicos de la muestra, la no adherencia se evidenció en el 61,7% de los pacientes con secundaria o educación superior; al igual que en el 64,2% de los que no contaban con trabajo, en el 70,0% de los que percibían un sueldo menor a los 1025 soles, en el 81,7% de los que consumían hasta tres medicamentos diarios y en el 58,3% de los que no presentaron efectos adversos tras el consumo de los antihipertensivos. No se determinó asociación estadística significativa entre los factores socioeconómicos evaluados y la adherencia al tratamiento antidepresivo, excepto en el factor socioeconómico de los efectos adversos ($p=0,016$).

Las cifras observadas en el estudio coinciden con otros estudios en cuanto a la significancia estadística reportada entre los efectos adversos y la adherencia al tratamiento antidepresivo; este es el caso de los reportes internacionales de Palomino y Bolaños (24), en Colombia, Reddy, et al. (38), en la India, Torres, et al. (28), en Cuba; y a la investigación peruana de Rivera (39), desarrollada en la región de Tacna, donde se demostró que los efectos adversos se asocian con la adherencia terapéutica antidepresiva; esto posiblemente debido a que los efectos adversos afectan la percepción del paciente sobre la tolerancia y eficacia del tratamiento que sigue.

En la misma línea, la relación estadística observada en el presente estudio y otros de nivel internacional y nacional radica en que los efectos adversos son un factor que comúnmente se encuentra vinculado a la adherencia terapéutica antidepresiva en las poblaciones de distintos contextos sociales, geográficos, económicos o culturales (25, 78); esto se debe a que la presencia de efectos adversos pos ingesta de antidepresivos impacta de manera negativa en la percepción del paciente al momento del tratamiento, generando en muchos casos la suspensión del mismo (7, 22, 79).

Por otro lado, a nivel internacional los resultados del presente estudio difieren con lo encontrado por Muhammad, et al. (23), en Estados Unidos, India, España, Nepal y Etiopía, donde la edad, sexo, educación, ingresos económicos, estado civil y polifarmacia se asociaron con la adherencia antidepresiva; Pedrosa-Naudín, et al. (37), en España, evidenciaron asociación con la edad, sexo, condición laboral y polifarmacia; Reddy, et al. (38), en la India, concluyeron asociación con la edad avanzada y el trabajo no remunerado; Torres, et al. (28), en Cuba, identificaron relación con el sexo, edad, residencia, escolaridad, ocupación, ingreso económico e incumplimiento del tratamiento; en tanto, Bhattacharjee, et al. (25), evidenciaron que el sexo femenino, ingreso mensual inferior, ingesta de más de dos medicamentos y residencia rural se asocian con la adherencia.

Asimismo, lo encontrado en el presente estudio difieren a lo reportado por estudios peruanos como los de Gamarra (26) y Rivera (39), quienes identificaron que la edad, grado de instrucción, ingreso económico y el número de medicamentos que consumen diario se asocian con la adherencia terapéutica antidepresiva.

La no asociación estadística entre lo encontrado en el presente estudio y los reportes internacionales y nacionales sobre los factores analizados pueden deberse a las características sociodemográficas de la población participante, a las diferencias en el acceso a los servicios de salud (17, 74), o los protocolos de prescripción del tratamiento antidepresivo (5, 67).

Asimismo, factores culturales y estructurales propios del entorno del paciente pueden influir en cómo estos perciben y manejan su adherencia, lo que podría explicar la ausencia de significancia estadística entre los factores demográficos, socioeconómicos (excepto efectos adversos) y la adherencia terapéutica antidepresiva (20, 78).

A pesar de la no significancia estadística observada en el estudio, las evidencias científicas dejan en claro que la adherencia al tratamiento antidepresivo se asocia a factores, como la edad (mayor edad), el sexo (masculino), la residencia del paciente (rural), educación (nula o escasa), economía familiar (bajo ingreso económico), efectos adversos de los medicamentos (vómitos, náuseas, sueño, somnolencia, aumento de peso, etc.) o la cantidad de fármacos que debe tomar como parte de su tratamiento (mayor a tres) (22-26). Además, se ha identificado otros factores que influyen en la adherencia al tratamiento, tales como olvidos, comorbilidades e ideas erróneas sobre la enfermedad y costumbres religiosas (27, 28).

Se debe aclarar que la falta de asociación entre variables evaluadas no indica dejar de lado el carácter multifactorial que tiene la adherencia, sino por el contrario se requiere fortalecer la vigilancia del cumplimiento adecuado de la medicación prescrita, fortaleciendo el conocimiento, experiencias y motivación que mostraron los pacientes que

evidenciaron adherencia satisfactoria, y promover la misma en quienes aún no han alcanzado la capacidad para cumplir y adherirse al tratamiento antidepresivo; al respecto, Lundberg, et al (21), indica que la no adherencia es considerada un problema de salud pública que requiere intervención multidisciplinaria.

Desde la perspectiva del Modelo estímulo-respuesta de Watson, la no adherencia observada se explica por la carencia de estímulos, los cuales deberían generar una acción repetitiva para en lo posterior convertirse en hábitos o comportamientos estables; sin embargo, en el presente estudio estos estímulos estarían ocasionando respuestas contrarias, que para el caso ocasionan la omisión al tratamiento y la no adherencia al mismo.

Por su parte, la Teoría de las Creencias en Salud, desde los resultados encontrados, permite relacionar la no adherencia a situaciones como aquellas en la que los pacientes perciben que la depresión es una condición seria pero que no le prestan la atención que se requiere, que el tratamiento no siempre es beneficioso, y que no tiene la capacidad de seguirlo, lo que hace más probable que no desarrollen el hábito de adherirse al régimen terapéutico prescrito.

CONCLUSIONES

El estudio arribó a las siguientes conclusiones, las cuales se presentan de acuerdo a los objetivos planteados:

- En cuanto a los factores demográficos asociados a la adherencia al tratamiento antidepresivo, la minoría tenían más de 60 años, eran de sexo masculino y vivían en zona rural.
- Referente a los factores socioeconómicos asociados a la adherencia al tratamiento antidepresivo, tres de diez pacientes no tenían instrucción o contaban con educación primaria; siete de diez no tenían trabajo; tres cuartos ganaban menos de 1025 soles mensuales; uno de diez consumía de cuatro a más medicamentos diarios; y un tercio indicaron tener efectos adversos tras la ingesta de antidepresivos.
- Respecto a la adherencia al tratamiento antidepresivo, la mayoría de pacientes (nueve de diez) evidenciaron no adherencia; mientras tanto, la adherencia alcanzó a uno de cada diez participantes que se encontraban recibiendo tratamiento antihipertensivo.
- No se encontró una relación estadística significativa entre los factores demográficos y los factores socioeconómicos con la adherencia al tratamiento antidepresivo ($p > 0,05$), excepto para los efectos adversos de los factores socioeconómicos ($p = 0,016$).

RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

A los directivos de la Escuela de Posgrado, Facultad de Ciencias de la Salud UNC.

- Fortalecer la investigación con estudios de nivel explicativo, que diseñen y validen programas educativos que fortalezcan la adherencia al tratamiento antidepresivo y prevengan la aparición de trastornos depresivos.
- Fortalecer entre sus estudiantes la formación continua en materia de adherencia al tratamiento y la gestión individual y familiar de los efectos adversos.

A los directivos de la DIRESA Cajamarca.

- Impulsar estrategias de sensibilización y educación sanitaria y comunitaria sobre adherencia antidepresiva que se adapten a las necesidades de salud de cada uno de los pacientes, involucrando a la familia en el cumplimiento del tratamiento.
- Realizar el seguimiento permanente a los pacientes que se encuentran bajo tratamiento antidepresivo, además de monitorear de forma continua las actividades que se desarrollan en el marco de la prevención de los trastornos mentales.

A los directivos del Centro Comunitario de Salud Mental “Caminando Juntos”, Baños del Inca.

- Diseñar estrategias personalizadas dirigidas a fortalecer la adherencia en aquellos grupos que muestran no adherencia, y a mejorar la sensibilización y concientización en el cumplimiento del tratamiento antidepresivo en aquellos pacientes que aún muestran bajos niveles de adherencia.

- Implementar estrategias conductuales que reconozcan las conductas de cumplimiento del tratamiento antidepresivo, permitiendo al paciente asociar su adherencia a consecuencias agradables y aumentar la probabilidad de mantenerla en el tiempo.

A los pacientes que están recibiendo tratamiento antihipertensivo.

- Cumplir con el tratamiento prescrito, aun cuando perciban mejoría en su salud; además de buscar apoyo familiar y solicitar asistencia sanitaria cuando sientan que corren el riesgo de abandonar el tratamiento antidepresivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Estrés. [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2023 [consultado 25 mayo 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/stress>
2. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2023 [consultado 21 mayo 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
3. Gomez C. Depresión y Sociedad. Más allá de sus expresiones neuropsicosomáticas en el contexto cubano. Alternativas [Internet]. 2020 [consultado 21 mayo 2024];21(1):pp12. Disponible en: <https://doi.org/10.23878/alternativas.v21i1.320>
4. Hernández JV, Barrera ME. Manejo del trastorno depresivo ¿Qué tratamiento elegir?. Revista médica Risaralda [Internet]. 2021 [consultado 12 marzo 2024];27(1):85-91. Disponible en: <https://doi.org/10.22517/25395203.24637>
5. Córcoles S. Depresión: pasado, presente y futuro en su tratamiento farmacológico [Tesis de Titulación]. [Internet]. Palma de Mallorca, España: Universitat De Les Illes Balears; 2023 [consultado 11 febrero 2024]. Disponible en: <https://repositori.uib.es/xmlui/handle/11201/162581>
6. World Health Organization. Adherence to long term therapies: evidence for action [Internet]. Ginebra, Suiza: WHO; 2004 Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>

7. McIntyre RS, Alsuwaidan M, Baune BT, Berk M, Demyttenaere K, Goldberg JF, et al. Treatment-resistant depression: definition, prevalence, detection, management, and investigational interventions. *World Psychiatry* [Internet]. 2023 [consultado 11 marzo 2024];22(3):394-412. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37713549/>
8. Roca M, Bonelli A, Cattaneo A, Comandini A, Di Dato G, Heiman F, Pegoraro V, Kasper S, Volz HP, Palao D. Factors associated with sick leave duration in patients suffering from major depressive disorder initiating antidepressant treatment: a real-world evidence study in Germany and Spain. *Int J Psychiatry Clin Pract* [Internet]. 2023 [consultado 01 febrero 2024];27(1):59-68. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35801359/>
9. Alarifi M, Jabour A, Foy DM, Zolnoori M. Identifying the underlying factors associated with antidepressant drug discontinuation: content analysis of patients' drug reviews. *Inform Health Soc Care* [Internet]. 2022 [Consultado 14 mayo 2024];47(4):414-423. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35050827/>
10. Ortega J, Sánchez H, Rodríguez A, Ortega J. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta méd.* [Internet]. 2018 [consultado 26 enero 2024]; 16(3): 226-232. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226
11. Organización Panamericana de la Salud. La pandemia por COVID-19 provoca un aumento de la ansiedad y la depresión. [Internet]. Washington, USA: OPS; 2022. [consultado 11 enero 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/2-3-2022-pandemia-por-covid-19-provoca-aumento-25-prevalencia-ansiedad->

depresion-todo

12. Pfizer. III foro diálogos PFIZER-pacientes. La adherencia al tratamiento: Cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida [Internet]. España; 2023 [consultado 10 enero 2024]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pfizer-adherencia-01.pdf>
13. Organización Panamericana de la Salud. Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. [Internet]. Washington, USA: 2022; OPS [consultado 25 mayo 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/9-10-2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-es-trastorno-mental-mas-frecuente#:~:text=y%20el%20Caribe,-,M%C3%A1s%20de%20350%20millones%20de%20personas%20de%20todas%20las%20edades,el%20Caribe%20no%20la%20reciben>
14. Mena M. Crece la dependencia mundial de los antidepresivos [Internet]. México; 2022. [consultado 08 mayo 2024]. Disponible en: <https://es.statista.com/grafico/28425/consumo-de-antidepresivos-en-dosis-diarias-definidas-por-cada-1000-habitantes/>
15. Ministerio de Salud. Nota de prensa: La depresión es uno de los trastornos de salud mental más frecuentes en el país [Internet]. Lima, Perú: MINSA; 2024 [consultado 23 mayo 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/892900-la-depresion-es-uno-de-los-trastornos-de-salud-mental-mas-frecuentes-en-el-pais>
16. Organización Panamericana de la Salud. The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES) [Internet]. Washington, USA: OPS; 2022. [consultado 24 enero

2024]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55563>

17. Defensoría del Pueblo. El Derecho a la Salud Mental. Supervisión de la implementación de la política pública de atención comunitaria y el camino a la desinstitutionalización [Internet]. Lima, Perú: Defensoría del Pueblo; 2020 [consultado 21 mayo 2024]. Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/12/Informe-Defensorial-N%C2%BA-180-Derecho-a-la-Salud-Mental-con-RD.pdf>
18. Dirección Regional de Salud. Observatorio Regional de Salud Mental [Internet]. Cajamarca, Perú: DIRESA; 2024 [consultado 25 mayo 2024]. Disponible en: <https://sir.diresacajamarca.gob.pe:8010/trastorno-depresivo>.
19. Red de Comunicación Regional. Casos de depresión y ansiedad aumentan en Cajamarca después de la pandemia [Internet]. Cajamarca, Perú: RCR; 2023 [consultado 20 mayo 2024]. Disponible en: <https://www.rcrperu.com/casos-de-depresion-y-ansiedad-aumentan-en-cajamarca-despues-de-la-pandemia/>
20. Salinas KM. Factores relacionados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con depresión en el centro de Salud Mental Moisés Heresi desde enero a junio del 2017 [Tesis de maestría]. [Internet]. Arequipa, Perú: Universidad Católica de Santa María; 2018 [consultado 11 enero 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/94602>
21. Sánchez S, Cabrera C, Martínez MF, Pérez G, Sánchez A, Hernández JL. Tendencias de Adherencia a Antidepresivos en una Unidad de Salud Mental. Psiquiatra [Internet]. 2020 [consultado 21 mayo 2024];24(12):pp-10.Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36515938/>

22. Lundberg J, Cars T, Lööv SÅ, Söderling J, Sundström J, Tiihonen J, et al. Association of Treatment-Resistant Depression With Patient Outcomes and Health Care Resource Utilization in a Population-Wide Study. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2023 ;8[consultado 25 mayo 2024];80(2):167-175. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36515938/>
23. Muhammad N, Ullah SR, Nagi TK, Yousaf RA. Factors Associated With Non-adherence to Anti-depressant Medication in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cureus* [Internet]. 2023 [consultado 25 mayo 2024];15(4):e37828. DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.37828>
24. Palomino DM, Bolaños LA. Evaluación de la adherencia al tratamiento con fármacos antidepresivos en jóvenes de una localidad de Bogotá D.C. durante el periodo 2020-2023 [Tesis de maestría] [Internet]. [Internet]. Bogotá, Colombia: Universidad El Bosque; 2023 [consultado 18 enero 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unbosque.edu.co/items/205a972f-3ca3-4f01-a900-cfd1e2a3781c>
25. Bhattacharjee S, Lee JK, Vadieli N, Patanwala AE, Malone DC, Knapp SM, et al. Extent and Factors Associated with Adherence to Antidepressant Treatment During Acute and Continuation Phase Depression Treatment Among Older Adults with Dementia and Major Depressive Disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*. [Internet]. 2020 [consultado 25 mayo 2024];16:1433-1450. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7292261/>
26. Gamarra EV. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento antidepresivo en pacientes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Nuevo Perú - San Juan de Lurigancho. Lima 2022 [Tesis de Maestría]. [Internet]. Lima, Perú:

Universidad Norbert Wiener; 2022. [consultado 11 enero 2024]. Disponible en:
<https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/9781>

27. Marasine NR, Sankhi S. Factors Associated with Antidepressant Medication Non-adherence. Turk J Pharm Sci. [Internet] 2021 [consultado 25 enero 2024];18(2):242-249. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8100773/>
28. Torres SA, Ortiz SY, Martínez SH, Fernández YN, Pacheco D. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes con depresión. Mul Med. [Internet]. 2014 [consultado 11 enero 2024]; 2019;23(1):1-10. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2019/mul191a.pdf>
29. Bravo NP. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento en depresión en el Servicio de Psiquiatría del Hospital San José-Callao, 2020-2021 [Tesis de Especialidad] [Internet]. Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma; 2023 Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/6636>
30. Solís MT. Factores que inciden en el abandono del tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad generalizada y trastornos depresivos mayores en los habitantes de la localidad de San Martín Cuautlalpan en el Municipio de Chalco de Díaz Covarrubias, Estado de México. [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco; 2021. [consultado 23 mayo 2024]. Disponible en:
<https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/26444>
31. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para el tamizaje, diagnóstico y tratamiento de la depresión en personas mayores de 18 años desde el primer nivel

de atención [Internet]. Lima, Perú: MINSA; 2024 [consultado 25 mayo 2024].
Disponibile en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/6597.pdf>

32. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud: Centro de Salud Mental Comunitarios [Internet]. Lima, Perú: MINSA; 2017 [consultado 25 mayo 2024].
Disponibile en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4499.pdf>
33. Congreso de la Republica. Ley General de Salud: Ley N° 26842. [Internet]. Lima, Perú: Congreso Peruano; 2019 [consultado 26 myo 2024]. Disponibile en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/256661-26842>
34. Congreso de la Republica. Ley N° 30947. Ley de Salud Mental. [Internet]. Lima, Perú: congreso peruano; 2019 [consultado 20 mayo 2024]. Disponibile en: <https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/1423694-30947>
35. Congreso de la Republica. Ley que modifica la ley N° 30947: Ley de la salud mental. [Internet]. Lima, Perú: Congreso peruano; 2019 [consultado 20 mayo 2024].
Disponibile en: https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Proyectos_de_Ley_y_de_Resoluciones_Legislativas/Proyectos_Firmas_digitales/PL05538.pdf
36. Congreso de la República. Ley que modifica la ley 29459 ley de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios. [Internet]. Lima, Perú: Congreso peruano; 2016 [consultado 20 mayo 2024]. Disponibile en: https://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Proyectos_de_Ley_y_de_Resoluciones_Legislativas/PL07492-20210409.pdf

37. Pedrosa-Naudín MA, Gutiérrez-Abejón E, Herrera-Gómez F, Fernández-Lázaro D, Álvarez FJ. Non-Adherence to Antidepressant Treatment and Related Factors in a Region of Spain: A Population-Based Registry Study. *Pharmaceutics* [Internet]. 2022 [consultado 25 mayo 2024];14(12):2696. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36559190/>
38. Reddy M, Abhilasha P, Thirunavukarasu M, Raj-Kumar R, Suresh Kumar M. A cross-sectional study of factors associated with anti-depressant medication adherence in women attending an out patient psychiatry department. *Indian Journal of Mental Health and Neuroscience* [Internet]. 2021. [consultado 26 mayo 2024];2(1):31-35. Disponible en: <https://ijmhns.com/index.php/Home/article/view/10/14>
39. Rivera JA. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento con psicofármacos en pacientes que acuden al Hospital de Día en Salud Mental y adicciones del Hospital Hipólito Unanue. [Tesis de Titulación], Tacna, Perú: Universidad Privada de Tacna; 2020. [consultado 22 enero 2024]. Disponible en: <https://repositorio.upt.edu.pe/handle/20.500.12969/760>
40. Watson J. Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review*. [Internet]. 1913 [Consultado 22 julio 2025];20(2):158-177. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v45n2/v45n2a14.pdf>
41. Moreno E, Gil Jesús. El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* [Internet]. 2003 [consultado 22 julio 2025]; 3(1):91-109. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/pdf/560/56030105.pdf>

42. Skinner BF. Operant Behavior. American Psychologist. [Internet]. 1963 [consultado 03 octubre 2025];18(2):503-515. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1037/h0045185> SCIRP
43. Staddon JE, Cerutti DT. Operant conditioning. Annu Rev Psychol. [Internet]. 2003 [consultado 03 octubre 2025];54:115-44. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12415075/>
44. Corea Del Cid MT. La depresión y su impacto en la salud pública. Revista Médica Hondureña. [Internet]. 2021 [consultado 26 mayo 2024];89(Supl.1):46–52. Disponible en: <https://doi.org/10.5377/rmh.v89iSupl.1.12047>
45. World Health Organization. Depressive disorder. [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2023 [consultado 09 mayo 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
46. Matos A, Manzano G. Bases neurológicas de la depresión. Analogías Del Comportamiento. [Internet]. 2021 [consultado 26 mayo 2024];19(1):6-21. Disponible en: <https://revistasenlinea.saber.ucab.edu.ve/index.php/analogias/article/view/5165>
47. Barragán P. Fisiología de la depresión y su relación con el uso de las redes sociales. [Trabajo de Titulación] [Internet]. Sevilla, España: Universidad de Sevilla; 2023 [consultado 25 mayo 2024]. Disponible en: <https://idus.us.es/handle/11441/157380>
48. Jesulola E, Micalos P, Baguley I. Understanding the pathophysiology of depression: From monoamines to the neurogenesis hypothesis model - are we there yet?. Behavioural Brain Research. [Internet]. 2018 [consultado 25 mayo

2024];341(1):79-90.

Disponible

en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0166432817318521>

49. Moncrieff J, Cooper RE, Stockmann T, et al. The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence. *Mol Psychiatry*. [Internet]. 2023 [consultado 01 octubre 2025];28:3243-3256. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01661-0>
50. Pearson K, Beier K, Mardis T, Munoz B, Zaidi A. The Neurochemistry of Depression: The Good, The Bad and The Ugly. *Mo Med*. [Internet]. 2024 [consultado 03 octubre 2025];121(1):68-75. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10887465/>
51. Organización Mundial de la Salud. CIE-11 - Clasificación Internacional de Enfermedades 11ª Revisión. Trastornos Depresivos; 2024. [Internet] [citado 26 mayo 2024]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%%202f334423054>
52. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR), 5th ed., Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2022 [Internet] [consultado 26 mayo 2024]. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
53. Fernández-Ortega MÁ, Chávez-Ciriaco A, Sánchez-Mendéz I. Depresión e ideación suicida en médicos residentes. *Arch Med Fam*. [Internet]. 2023 [consultado 26 mayo 2024];25(3):135-138. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=112138>
54. Hernández SM. La depresión en la ciencia moderna: desde el DSM a los estados

- depresivos. [Tesis de Titulación] [Internet]. C.D. México: Universidad Autónoma de México; 2023 [consultado 26 mayo 2024]. Disponible en: <https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000838636/3/0838636.pdf>
55. Haihua T, Zhenyu H, Jia X. The molecular pathophysiology of depression and the new therapeutics. *MedCom*. [Internet]. 2022 [consultado 14 mayo 2024]; 3(3):37–47. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/mco2.156>
 56. Hillhouse TM, Porter JH. A brief history of the development of antidepressant drugs: from monoamines to glutamate. *Exp Clin Psychopharmacol*. [Internet]. 2015 [consultado 27 mayo 2024];23(1):1-21. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25643025/>
 57. Vargas G, Gallegos C, Salgado C, Salazar M, Huamán K, Bonilla C, Reyes N, Caballero P. Guía de práctica clínica basada en evidencias para el tratamiento de depresión en adultos en un hospital especializado en salud mental. Lima, Perú. *An Fac med*. [Internet]. 2019 [consultado 15 enero 2024];80(1):123-30. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v80n1/a22v80n1.pdf>
 58. Quintana I, Velazco Y. Reacciones adversas de los antidepresivos: consideraciones actuales. *Med.Electrón*. [Internet]. 2018 [consultado 15 enero 2024];40(2):684-824. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000200017
 59. Matthews AR, Buhusi M, Buhusi CV. Blockade of Catecholamine Reuptake in the Prelimbic Cortex Decreases Top-down Attentional Control in Response to Novel, but Not Familiar Appetitive Distracters, within a Timing Paradigm. *NeuroSci*. [Internet]. 2020 [consultado 27 mayo 2024];1(2):99-114. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8758100/>

60. Erritzoe D, Barba T, Spriggs MJ, Rosas FE, Nutt DJ, Carhart-Harris R. Effects of discontinuation of serotonergic antidepressants prior to psilocybin therapy versus escitalopram for major depression. *J Psychopharmacol.* [Internet]. 2024 [consultado 27 mayo 2024];38(5):458-470. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38520045/>
61. Barbut J, Barba T, Kettner H, Kuc J, Nutt DJ, Carhart-Harris R, Erritzoe D. Interactions between classic psychedelics and serotonergic antidepressants: Effects on the acute psychedelic subjective experience, well-being and depressive symptoms from a prospective survey study. *J Psychopharmacol.* [Internet]. 2024 [consultado 27 mayo 2024];38(2):145-155. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38281075/>
62. Hashimoto K. Effects of Antidepressant Medication on Brain-Derived Neurotrophic Factor (BDNF). *Front Mol Neurosci.* [Internet]. 2023 [consultado 04 octubre 2025];16:10634295. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10634295/>
63. Zanos P, Gould TD. Mechanisms of Ketamine Action as an Antidepressant. *Mol Psychiatry.* [Internet]. 2018 [consultado 04 octubre 2025];23(4):801–811. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5999402/>
64. Braund T, Tillman G, Palmer D, Gordon E. Antidepressant side effects and their impact on treatment outcome in people with major depressive disorder: an iSPOT-D report. *Translational Psychiatry.* [Internet]. 2021 [consultado 20 enero 2024];11(417):1-8. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41398-021->

65. Ramic E, Prasko S, Gavran L, Spahic E. Assessment of the antidepressant side effects occurrence in patients treated in primary care. *Mater Sociomed.* [Internet]. 2020 [consultado 15 enero 2024]; 32(2): 131–134. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7428926/>

66. Strawn J, Mills J, Poweleit E, Ramsey L, Croar P. Adverse effects of antidepressant medications and their management in children and adolescents. *Journal of the American Academy.* [Internet]. 2023 [consultado 20 enero 2024]; 43(7): 675-690. Disponible en: <https://accpjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/phar.2767>

67. Reyes E, Trejo R, Arguijo S, Jiménez A, Castillo A. Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. *Behavioural Brain Research.* [Internet]. 2018 [consultado 15 enero 2024];84(3):125-131. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2016/pdf/Vol84-3-4-2016-14.pdf>

68. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Methods to assess medication adherence. *Ars Pharm.* [Internet]. 2018 [consultado 25 mayo 2024];59(3):163-172. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/ars/v59n3/2340-9894-ars-59-03-163.pdf>

69. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* [Internet]. 1986 [consultado 27 mayo 2024];24(1):67-74. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3945130/>

70. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a

medication adherence measure in an outpatient setting. J Clin Hypertens

(Greenwich). [Internet]. 2008 [consultado 27 mayo 2024];10(5):348-54. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18453793/>

71. Jumah K, Hassali MA, Qhatani D, Tahir K. Factors associated with adherence to medication among depressed patients from Saudi Arabia: a cross-sectional study. *Neuropsychiatr Dis Treat*. [Internet]. 2014 [consultado 27 mayo 2024];10:2031-2047. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4218914/>
72. Campos RA, Paucar EG. Distorsiones cognitivas y adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en un centro de salud mental comunitario Huancayo 2021. [Tesis de Titulación] [Internet]. Huancayo, Perú: Universidad Continental; 2022 [consultado 27 mayo 2024]. Disponibl en: <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/11994>
73. Rosero M, Maya BV, Calpa JP, Rodríguez AV, Pantoja JA, Betancur IC et al. Polifarmacia en adultos mayores institucionalizados. *Boletín Informativo CEI*. [Internet]. 2023 [consultado 27 mayo 2024];10(1):138–139. Disponible en: <https://revistas.umariana.edu.co/index.php/BoletinInformativoCEI/article/view/3431>
74. Rivera EC. Antidepresivos: Adherencia al tratamiento y factores asociados. [Tesis de Titulación] [Internet]. Azogues, Ecuador: Universidad Católica de Cuenca; 2023 [consultado 27 mayo 2024]. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/items/cac46fd7-39b8-4825-9f6e-ab7eb15ac3cf>
75. Matud MP, Guerrero K, Roberto M. Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. [Internet]. 2016 [consultado 27 mayo 2024];6(1):7-21.

Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/337/33760101.pdf>

76. Córdova-Santos EP, Heysen-Vasquez JM, Puentes-Sánchez PR. Gastos de bolsillo, apoyo económico a pacientes y la adherencia al tratamiento. Rev. Cuerpo Med. HNAAA [Internet]. 2020 [consultado 27 mayo 2024];12(4):348-9. Disponible en: <https://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/571>
77. Pérez-Padilla EA, Cervantes-Ramírez VM, Hijuelos-García NA, Pineda-Cortés JC, Salgado-Burgos H, Pérez-Padilla EA, et al. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. Revista biomédica [Internet]. 2017 [consultado mayo 2024];28(2):73-98. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-84472017000200073&lng=es&nrm=iso&tlng=es
78. Gainza-Tejedor I, Moreno-Flores PL, Méndez-Cordovez F, Sánchez-Gravie C, Defterali C, Sánchez-Gómez P. Adherencia al tratamiento, aceptabilidad y tolerabilidad de venlafaxina XR a dosis de 300 mg/día en pacientes con trastorno depresivo mayor. Actas españolas de psiquiatría. [Internet]. 2023 [consultado 27 mayo 2024]; 51(5):193-201. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9223330>
79. Gradu L. Uso de la farmacogenética para la personalización del tratamiento con antidepresivos en adultos. [Título de Licenciatura] [Internet]. Navarra, España: Universidad Pública de Navarra; 2023 [Consultado 27 mayo 2024]. Disponible en: <https://academica-e.unavarra.es/handle/2454/45620>
80. Municipalidad distrital de Baños del Inca. Información del distrito de Baños del Inca [Internet]. Cajamarca, Perú: Municipalidad distrital de Baños del Inca; 2024

[consultado 27 mayo 2024]. Disponible en:
<https://www.mdbi.gob.pe/ver/informacion-del-distrito>

81. Centro de Salud Mental Comunitario “Caminando Juntos” Baños del Inca. Padrón Nominal de atendidos Centro de Salud Mental. Archivo Excel; 2024.
82. Bunge M. Epistemología. 3ra Ed. Barcelona, España: Editorial Ariel; 2002.
83. Huffman SD. Filosofía y desarrollo de la ciencia. Huffman SD, editor. México, Costa Rica: Universidad Autónoma Chapingo, Instituto Tecnológico de Costa Rica; 2006.
84. Hernández-Sampieri R, Mendoza CP. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 1ra ed. México: McGraw-Hill; 2018.
85. Nguyen T, La Caze A, Cottrell N. What are validated self-report adherence scales really measuring?: a systematic review. Br J Clin Pharmacol. [Internet]. 2014 [consultado 27 mayo 2024];77(3):427-45. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23803249/>
86. Pérez-Escamilla B, Franco-Trigo L, Moullin JC, Martinez-Martinez F, Garcia-Corpas JP. Identification of validated questionnaires to measure adherence to pharmacological antihypertensive treatments. Patient Prefer Adherence. [Internet]. 2015 [consultado 27 mayo 2024];9:569. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25926723/>
87. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Internet]. Asociación Médica Mundial; 2024 [consultado 27 mayo 2024]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de->

ANEXOS

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INVESTIGACIÓN: Factores asociados a la adherencia al tratamiento antidepresivo. Centro de Salud Mental Comunitario “Caminando Juntos” Baños del Inca Cajamarca 2024.

OBJETIVO: Determinar los factores demográficos y socioeconómicos que se asocian a la adherencia al tratamiento antidepresivo en los pacientes que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario “Caminando Juntos” Baños del Inca Cajamarca 2024.

Yo....., identificada con DNI N° , después de haber recibido información sobre el trabajo de investigación a realizar por la Bachiller Susana Cabrera Delgado, acepto ser entrevistada y doy el consentimiento de colaboración por mi propia voluntad, y así brindar la información solicitada por el investigador de manera personal y a través de mi historia clínica, teniendo en cuenta que la misma será confidencial.

Cajamarca,de.....del 2024.

Encuestada(o)

Investigador

Anexo 2

INSTRUMENTO



**UNIVERSIDAD NACIONAL
DE CAJAMARCA**
Escuela de Postgrado
MAESTRÍA
Salud Pública

“Factores asociados a la adherencia al
tratamiento antidepresivo. Centro de Salud
Mental Comunitario “Caminando Juntos”
Baños del Inca Cajamarca 2024”

CUESTIONARIO: FACTORES DEMOGRÁFICOS Y SOCIOECONÓMICOS ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO

Señor(a) participante:

Este cuestionario forma parte de la investigación “Determinar los factores demográficos y socioeconómicos que se asocian a la adherencia al tratamiento antidepresivo en los pacientes que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario “Caminando Juntos” Baños del Inca Cajamarca 2024”. Por lo que solicito responda con total sinceridad a las siguientes preguntas:

A. FACTORES DEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO.

1. ¿Qué edad tienes actualmente?

- a) Menos de 60 años (0)
- b) 60 a más años (1)

2. ¿De qué sexo es usted?

- a) Femenino (0)
- b) Masculino (1)

3. ¿Cuál es su lugar de residencia?

- c) Zona Urbana (0)
- d) Zona rural (1)

B. FACTORES SOCIOECONÓMICOS ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO

4. **¿Qué grado de estudio tiene (concluidos)?**
- a) Secundaria o Superior (0)
 - b) *Iletrada o Primaria* (1)
5. **¿Cuál es su condición laboral actualmente? (no se deberá tener en cuenta oficios no remunerados como ama de casa o agricultor)**
- a) Con trabajo (0)
 - b) *Sin trabajo* (1)
6. **¿Cuánto es lo que gana al mes?**
- a) Más de 1025 soles mensuales (0)
 - b) *1025 o menos soles mensuales* (1)
7. **¿Cuántos medicamentos consume diariamente? (considerar solo los que fueron indicados por el médico).**
- a) 0 a 3 medicamentos (0)
 - b) *4 a más medicamentos* (1)
8. **¿Presenta malestar cuando consume los medicamentos? (vómitos, mareos, somnolencia, aumento de peso, dolor de cabeza, entre otros).**
- a) No (0)
 - b) *Si* (1)

Anexo 3

INSTRUMENTO



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE
CAJAMARCA**
Escuela de Postgrado
MAESTRÍA
Salud Pública

“Factores asociados a la adherencia al
tratamiento antidepresivo. Centro de Salud
Mental Comunitario “Caminando Juntos”
Baños del Inca Cajamarca 2024 ”

TEST DE MORISKY-GREEN

Instrucciones:

Marque con una equis (X) la respuesta que considere es la actitud correcta que usted adopta hacia el tratamiento antidepresivo que está recibiendo:

Ítems	Opciones	
1. ¿Olvida tomar su medicina algunas veces?	Si	No
2. Algunas veces las personas no se toman su medicina por razones diferentes al olvido. Piense en las dos semanas pasadas. ¿Dejó de tomar su medicina algún día?	Si	No
3. ¿Alguna vez ha tomado menos pastillas, o ha dejado de tomarlas sin decírselo al doctor porque se sentía peor cuando las tomaba?	Si	No
4. ¿Cuándo viaja o sale de casa olvida llevar sus medicinas algunas veces?	Si	No
5. ¿Se tomó sus medicinas ayer?	Si	No
6. Cuando siente que sus síntomas están bajo control, ¿deja de tomar su medicina algunas veces?	Si	No
7. Tomar las medicinas todos los días es realmente incómodo para algunas personas, ¿siente usted que es un fastidio lidiar con su plan de tratamiento?	Si	No
8. ¿Con qué frecuencia le es difícil recordar que debe tomar todas sus medicinas?		
- Nunca/Raramente ()		
- De vez en cuando ()		
- A veces ()		
- Normalmente ()		
- Siempre ()		

*** Opciones correctas en los 7 primeros ítems: No/no/no/no/si/no/no**

Anexo 4

VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS (V-AIKEN)

A) CUESTIONARIO DE FACTORES DEMOGRÁFICOS Y SOCIOECONÓMICOS

Variable 1: Factores geográficos y socioeconómicos																														
Ítems	Criterio evaluado por el experto																				V de Aiken por ítem y criterio evaluado									
																					Adecuación		Suficiencia		Pertinencia		Claridad			
	Adecuación					Suficiencia					Pertinencia					Claridad					s	V-ítem	s	V-ítem	S	V-ítem	S	V-ítem		
	J1	J2	J3	J4	J5	J1	J2	J3	J4	J5	J1	J2	J3	J4	J5	J1	J2	J3	J4	J5										
Pregunta 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1.00	5	1.00	5	1.00	5	1.00		
Pregunta 2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1.00	5	1.00	5	1.00	5	1.00		
Pregunta 3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1.00	5	1.00	5	1.00	5	1.00		
Pregunta 4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1.00	5	1.00	5	1.00	5	1.00		
Pregunta 5	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	4	0.80	4	0.80	5	1.00	4	0.80		
Pregunta 6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1.00	5	1.00	5	1.00	5	1.00		
Pregunta 7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1.00	5	1.00	5	1.00	5	1.00		
Pregunta 8	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	4	0.80	4	0.80	5	1.00	5	0.60		
																					V-Criterio		0.95		0.95		1.00		0.93	
																					V-Escala		0.96							

B) ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO (TEST DE MORISKY-GREEN)

Variable 2: Adherencia al tratamiento antidepressivo																												
Ítem:	Criterio evaluado por el experto																				V de Aiken por ítem y criterio evaluado							
																					Adecuación		Suficiencia		Pertinencia		Claridad	
	Adecuación					Suficiencia					Pertinencia					Claridad					S	V-ítem	S	V-ítem	S	V-ítem	S	V-ítem
	J1	J2	J3	J4	J5	J1	J2	J3	J4	J5	J1	J2	J3	J4	J5	J1	J2	J3	J4	J5	S	V-ítem	S	V-ítem	S	V-ítem	S	V-ítem
Ítem 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1.00	5	1.00	5	1.00	5	1.00
Ítem 2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1.00	5	1.00	5	1.00	5	1.00
Ítem 3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1.00	5	1.00	5	1.00	5	1.00
Ítem 4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1.00	5	1.00	5	1.00	5	1.00
Ítem 5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1.00	5	1.00	5	1.00	5	1.00
Ítem 6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1.00	5	1.00	5	1.00	5	1.00
Ítem 7	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	4	0.80	3	0.60	5	1.00	3	0.60
Ítem 8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1.00	5	1.00	5	1.00	5	1.00
V-Criterio																					0.98		0.95		1.00		0.95	
V-Escala																					0.97							

Anexo 5

CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

A) CUESTIONARIO DE FACTORES DEMOGRÁFICOS Y SOCIOECONÓMICOS

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	15	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	15	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

KR-20	N de elementos
,752	8

BASE DE DATOS

Factores demográficos y socioeconómicos								
ID	D1	D2	D3	S4	S5	S6	S7	S8
1	0	0	0	0	1	1	0	0
2	0	1	0	0	0	0	0	1
3	1	1	1	1	1	1	1	1
4	1	0	1	1	1	1	0	0
5	1	0	1	0	1	1	0	1
6	0	1	0	0	0	0	1	0
7	1	1	1	1	1	1	1	1
8	1	0	1	1	1	1	1	1
9	0	0	0	0	0	0	0	0
10	0	0	1	0	1	1	0	1
11	0	1	1	1	1	0	0	0
12	1	1	1	0	0	1	0	1
13	1	1	1	0	0	1	1	1
14	1	0	1	0	0	0	0	1
15	0	1	0	0	0	0	0	1

B) ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO (TEST DE MORISKY-GREEN)

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	15	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	15	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,764	8

BASE DE DATOS

Test de Morisk – Green								
ID	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8
1	0	0	0	0	1	0	0	1.00
2	1	1	0	0	1	0	1	0.75
3	1	1	0	1	1	1	1	0.50
4	0	0	0	0	0	0	0	0.00
5	1	1	1	0	0	1	1	0.75
6	0	0	0	0	1	0	1	1.00
7	1	0	0	0	1	0	1	0.75
8	0	0	0	0	0	0	0	0.00
9	0	0	0	0	0	0	0	0.00
10	0	0	1	0	1	0	1	1.00
11	0	0	0	0	0	1	0	0.75
12	1	0	1	1	1	0	1	0.75
13	0	0	0	0	1	0	0	0.50
14	1	1	0	1	1	1	0	0.00
15	0	0	0	0	0	0	0	1.00