

Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina

**ASOCIACIÓN DEL TRASTORNO DEPRESIVO Y LA ADHERENCIA
TERAPÉUTICA EN ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS
DEL ADULTO MAYOR**

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

MED. GRAL. BRISEIRY JAZMÍN SÁNCHEZ HERNÁNDEZ

Dirigido por:

DR. MANUEL ENRIQUE HERRERA ÁVALOS

Santiago de Querétaro, Qro. A 18 de agosto de 2026.

La presente obra está bajo la licencia:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:



Atribución — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.



NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



SinDerivadas — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad en Medicina Familiar

**“ASOCIACIÓN DEL TRASTORNO DEPRESIVO Y LA ADHERENCIA
TERAPÉUTICA EN ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS DEL
ADULTO MAYOR”**

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Grado de

Especialista en Medicina Familiar

Presenta:

Med. Gral. Briseiry Jazmín Sánchez Hernández

Dirigido por:

Dr. Manuel Herrera Ávalos

Med. Esp. Manuel Enrique Herrera Ávalos
Presidente

Med. Esp. Patricia Flores Bautista
Secretario

M. en E. Lilia Susana Gallardo Vidal
Vocal

M. en E. Ma. Azucena Bello Sánchez
Suplente

M. en E. Martha Leticia Martínez Martínez
Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Fecha de aprobación por el Consejo Universitario 2025.
México.

Resumen

Introducción: La falta de adherencia a la terapéutica en el adulto mayor es un problema creciente de salud pública mundial. La Organización Mundial de la Salud estima que la adherencia al tratamiento a largo plazo de las enfermedades crónicas en los países desarrollados promedia un 50%; en los países en desarrollo, las tasas son aún menores. El incumplimiento de las pautas de tratamiento establecido se deriva de múltiples factores dependientes del personal sanitario o de los pacientes, y el concepto de la adherencia terapéutica es importante para mantener la salud óptima de las personas con enfermedades crónicas. **Objetivo:** Determinar la asociación del trastorno depresivo y la adherencia terapéutica en adultos mayores con enfermedades crónico-degenerativas. **Material y métodos:** Estudio observacional, analítico, transversal comparativo, realizado en pacientes mayores de 65 años, se aplicó un cuestionario para conocer la adherencia terapéutica para formar dos grupos, pacientes con adherencia y pacientes sin adherencia terapéutica, una vez seleccionados se realizó un segundo cuestionario en búsqueda de trastorno depresivo. La muestra fue recolectada por conveniencia. Para el análisis estadístico se utilizaron, medidas de tendencia central, porcentajes y frecuencias, para el análisis de asociación se utilizó la prueba de chi cuadrada. Consideraciones éticas: Se contempló en la reglamentación ética vigente al someterse al Comité de Ética de Investigación en salud, ante el cual se presentó para su revisión, evaluación y aceptación. **Resultados:** Se encontró una asociación significativa entre la adherencia terapéutica y el trastorno depresivo ($X^2 = 12.94$, $p < 0.001$). **Conclusiones:** Aquellos pacientes que padecen trastorno depresivo tienen una mala adherencia terapéutica 5 veces más que los pacientes sin trastorno depresivo (OR=5.7, IC95% 2.12 – 15.75).

Palabras clave: Trastorno depresivo, adherencia terapéutica, adulto mayor.

Summary

Introduction: Lack of adherence to therapy in the elderly is a growing global public health problem. The World Health Organization estimates that adherence to long-term treatment of chronic diseases in developed countries averages 50%; in developing countries, the rates are even lower. Non-compliance with established treatment guidelines derives from multiple factors depending on the health personnel or the patients, and the concept of therapeutic adherence is important to maintain optimal health of people with chronic diseases. **Objective:** To determine the association of depressive disorder and therapeutic adherence in older adults with chronic-degenerative diseases. **Material and methods:** Analytical cross-sectional study in patients over 65 years of age who suffer from chronic diseases in whom, after signing consent, a questionnaire was applied to determine therapeutic adherence to form two groups, patients with adherence and patients without therapeutic adherence. Once selected, performed a second questionnaire in search of depressive disorder. The sample was collected for convenience. For the statistical analysis, measures of central tendency, percentages and frequencies were used, for the association analysis the chi-square test was used. Ethical considerations: It was contemplated in the current ethical regulations when submitting to the Health Research Ethics Committee, before which it was presented for review, evaluation and acceptance. **Results.** A significant association was found between therapeutic adherence and depressive disorder ($\chi^2 = 12.94$, $p < 0.001$). **Conclusions:** Those patients who suffer from depressive disorder have poor therapeutic adherence 5 times more than patients without depressive disorder (OR=5.7, 95% CI 2.12 - 15.75).

Key words: Depressive disorder, therapeutic adherence, older adult.

Dedicatorias

A mi hija:

Porque todo lo logrado hasta ahora, es para brindarle un mejor futuro. Agradezco que aun cuando mis múltiples ocupaciones no me permitan ver cada uno de sus pequeños pasos, sé que mis pensamientos y oraciones siempre estarán acompañándola. Ella es lo mejor que he hecho por mí hasta ahora, no me imagino un futuro sin ella, mi princesa, mi vida, mi todo.

A mi Sid:

Para que mi ejemplo te sirva de pilar y no te atrevas a desfallecer. Recuerda que cada uno de mis logros es con el propósito de que me superes. Creí que no existía el amor perfecto hasta que te conocí. Nunca olvides que te quietecito.

A mi Ainhoa:

Por enseñarme a valorarme, darme fuerzas ante la adversidad y por dar la vida por mi pequeña. Tu sacrificio valdrá la pena, me comprometo a hacerla feliz.

Agradecimientos

A Dios:

Por ser la luz que ilumina mi camino de regreso a casa, por llenarme de bendiciones para lograr todas mis metas y nunca abandonarme.

A mis padres:

Por la confianza ante la adversidad, el amor ante la distancia y la fortaleza ante las dificultades de mi largo y sinuoso camino, si ustedes no me hubieran inculcado la disciplina de estudiar y luchar por los sueños, no hubiera llegado tan lejos, este triunfo también es de ustedes.

A mis hermanos:

Por la dicha de tenerlos siempre presentes en mis peores y mejores momentos, por no reprocharme nada a pesar de lo poco que puedo compartir con ustedes y lo mucho que les faltó por mi causa. Mi gratitud constante.

A mi mentor y amigo:

Por su paciencia y confianza ante mi inconsistencia. Mi cariño por siempre para él. Sin su insistencia y persistencia, jamás hubiera terminado a tiempo.

Índice

Contenido	Página
Resumen	I
Summary	II
Dedicatorias	III
Agradecimientos	IV
Índice	V
Índice de cuadros	VII
Abreviaturas y siglas	VIII
I. Introducción	10
 II. Antecedentes/estado del arte	 11
Definición de trastorno depresivo	11
Definición de adherencia terapéutica	11
Definición de enfermedades crónicas	11
 III. Fundamentación teórica	
Epidemiología	13
Definición del trastorno depresivo	14
Enfermedades crónico-degenerativos	22
Falta de adherencia terapéutica	23
 IV. Hipótesis o supuestos	 32
 V. Objetivos	
General	33
Específicos	33

VI. Material y métodos	
Tipo de investigación	34
Población o unidad de análisis	34
Muestra y tipo de muestra	34
Técnicas e instrumentos	35
Procedimientos	35
VII. Resultados	38
VIII. Discusión	41
IX. Conclusiones	43
X. Propuestas	44
XI. Bibliografía	45
XII. Anexos	50

Índice de tablas

Tablas		Página
VII.1	Características sociodemográficas de la población	40
VII.2	Prevalencia de enfermedades crónicas en la población estudiada	41
VII.3	Asociación entre adherencia terapéutica y trastorno depresivo	41

Abreviaturas y siglas

TCE: Traumatismo craneoencefálico

ITT: Incapacidad temporal para el trabajo

IPP: Incapacidad permanente parcial para el trabajo

LFT: Ley Federal del Trabajo

LSS: Ley del Seguro Social

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

ECG: Escala de coma de Glasgow

OMS: Organización Mundial de la Salud

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

OIT: Organización Internacional del Trabajo

ST: Salud en el Trabajo

TEPT: Trastorno de estrés postraumático

IPT: Incapacidad permanente total

Las enfermedades crónicas representan una elevada carga para los servicios de salud, por lo que el control de estas resulta primordial para los distintos niveles de todo aquel personal involucrado con el seguimiento y tratamiento de personas con enfermedades, aquellos factores que puedan dificultar la adherencia terapéutica y por ende entorpecer el control de los pacientes, son valiosos factores de estudio. Son diversos los factores identificados que llevan a una alteración en la adherencia a la terapéutica, siendo la depresión, la causa emocional más común asociada. La evidencia indica que la adherencia al tratamiento farmacológico constituye un factor fundamental en el control de las enfermedades crónico-degenerativas, permitiendo el mantenimiento y la recuperación de la salud de los pacientes.

En el estado de Querétaro y específicamente en nuestra unidad de la que deriva nuestra población de estudio se cuenta con una población adscrita de aproximadamente 23 557 adultos mayores, muchos de los cuales acuden con frecuencia a su control mensual de enfermedades crónicas. No se conoce con exactitud cuántos de ellos cuentan tienen una buena adherencia terapéutica. La adherencia terapéutica es considerada el mejor método para el control de las enfermedades crónico-degenerativas, en conjunto con las medidas generales que incluyen la dieta y actividad física; sin embargo, su meta se ve afectada por variables sociodemográficas, económicas, situaciones emocionales, comorbilidades y riesgo social.

Actualmente se conoce que existen diversos factores que pueden impactar positiva o negativamente la adherencia terapéutica de los pacientes con enfermedades crónicas, uno de los más frecuente y por lo tanto más estudiados es la presencia concomitante de trastorno depresivo mayor en los adultos mayores, sin embargo, en el conocimiento académico actual aún existe discrepancia sobre sus efectos sobre la adherencia terapéutica.

II.

Antecedentes

II.1 Definición de trastorno depresivo

Se caracterizan por un sentimiento de tristeza pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o autoestima baja, alteraciones del sueño o del apetito, fatiga y falta de concentración. La depresión puede ser duradera o recurrente, de modo que deteriora sustancialmente la capacidad de la persona de desempeñar su trabajo o rendir en sus estudios, o de hacer frente a su vida cotidiana. En su forma más severa, la depresión puede conducir al suicidio(Organización Mundial de Salud [OMS], 2017).

Es un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo y somático, por lo que se podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo énfasis en la esfera afectiva(Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

II.2 Definición de adherencia terapéutica

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia terapéutica como “el grado en que el comportamiento de una persona de tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida y se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria(Juan et al., 2018).

II.3 Definición de enfermedades crónicas

Se definen como procesos patológicos de evolución prolongada que no se resuelven espontáneamente, rara vez alcanzan una curación completa y, además, generan una gran carga social desde el punto de vista económico, así como desde la perspectiva de la dependencia social y la discapacidad. Tienen una etiología múltiple, su desarrollo es poco predecible, presentan múltiples factores de riesgo y, con algunas excepciones, su origen no es infeccioso(Rodríguez, 2018).

II.4 Definición de adulto mayor

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son considerados de edad avanzada, de 75 a 90 años viejas o ancianas, y los que sobrepasan los 90 años se les denomina grandes, viejos o longevos. A todo individuo mayor de los 60 años se les llamara de forma indistinta persona de la tercera edad(Quintanar, 2010).

Es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona(Abaunza Forero et al., 2014).

III. Fundamentación teórica

III.1 Epidemiología

El envejecimiento es un proceso común relacionado con una modificación paulatina de las respuestas homeostáticas adaptativas del cuerpo, que ocasionan alteraciones en la composición y función de los diferentes sistemas y que eleva la vulnerabilidad del individuo al estrés ambiental y a la enfermedad. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) el adulto mayor es el sujeto de 60 años en adelante, que entra en la última etapa del desarrollo humano llamada envejecimiento, la cual terminará en el momento en que fallece, y se caracteriza por ser un periodo de grandes cambios en todas las áreas de

funcionamiento(González, 2015).

México, como parte de los países en completa transformación demográfica, experimenta un enérgico y acelerado progreso de envejecimiento poblacional, sin embargo, éste será diferente en las entidades federativas en cuanto a su magnitud y ritmo, debido a diversos factores. México es un país que se encuentra en transformación poblacional, según el Consejo Nacional de Población (CONAPO) para 2050, por cada 10 mexicanos dos tendrán menos de 15 años, proporción casi idéntica tendrá más de 60 años(González, 2015).

El índice de dependencia hace referencia a cuántos adultos mayores se encuentran por cada adulto en edad productiva. Se encuentran entidades federativas con índices muy altos como Oaxaca, Ciudad de México y Morelos, Sin embargo, en Querétaro el índice de dependencia es bajo, encontrándose 8 o menos adultos mayores por cada 100 en edad productiva(González, 2015).

Cada año, miles de personas, sin importar su estatus, nacionalidad, edad o condición social se deprimen; incluso, se estima que la cuarta parte de la población mundial puede estar atravesando por un cuadro depresivo. Más de un 20% de las personas mayores de 65 años sufren algún trastorno neuropsiquiátrico de los cuales, los más frecuentes son la demencia y la depresión. Varios pierden la habilidad de ser autosuficientes porque padecen limitaciones de la movilidad, fragilidad u otros problemas físicos o mentales. Gran parte de ellos requieren algún tipo de asistencia a largo plazo, que puede consistir en cuidados domiciliarios y ayuda para la vida cotidiana, reclusión en asilos y estadías prolongadas en hospitales(Ángel Ramirez, Bedoya Echeverri, 2015)

III.2 Definición del trastorno depresivo

La depresión es una enfermedad muy común en los adultos, que afecta cerca del 14% de los mayores de 65 años. Representa uno de los principales motivos de consulta en atención primaria y sin embargo con frecuencia está infra diagnosticada. Es imprescindible detectarla a tiempo, ya que la presencia de depresión se relaciona con un incremento global de la mortalidad que puede generar numerosas consecuencias en el paciente y en su familia, como mala

calidad de vida, significativo descenso funcional, importante agotamiento de los cuidadores o menor adherencia al tratamiento médico. A su vez multiplica las visitas ambulatorias y el gasto sanitario en un 53% y, a pesar de sus negativas consecuencias, se ha descrito poco en las personas más mayores(Sarró-Maluquer, Ferrer-Feliu, Rando-Matos, Formiga, & Rojas-Farreras, 2013).

La depresión en la tercera edad no es una consecuencia normal del envejecimiento, sino una enfermedad que debe detectarse y tratarse igual que en otras fases de la vida, con unas consideraciones especiales que por supuesto hay que tener en cuenta. En los geriátricos esta patología puede ser más complicada de detectar por mayor somatización, encubrimiento de síntomas, confusión con circunstancias comunes de la vida a esta edad (duelos, cambios de domicilio, pérdida de capacidades físicas y mentales) y, a veces, dificultad para realizar el diagnóstico diferencial con demencia (Sarró-Maluquer et al., 2013).

Comúnmente la depresión en el anciano se manifiesta en el entorno de conflictos sociales y físicos que obstaculizan el diagnóstico, por lo que, es esencial la historia clínica y el interrogatorio. Los ancianos deprimidos deben ser tratados con suficiente vigor en dosis y tiempo para incrementar la capacidad de recuperación. Se sabe que los adultos mayores tienen una importante complejidad para obtener la remisión de la enfermedad y mayor riesgo de recaída que en los adultos jóvenes (15 frente a un 6,7%)(Sarró-Maluquer et al., 2013).

La depresión es el trastorno mental más común y relevante en Atención Primaria. Sin embargo, existen dificultades en su manejo y los resultados clínicos que se obtienen no son a menudo satisfactorios. Se han diseñado programas psicoeducativos dirigidos a pacientes deprimidos, donde se implementan actividades para proporcionar información que tiene como objetivo combatir el estigma y los prejuicios sobre la enfermedad, así como hablar del tratamiento antidepressivo y la importancia de la adherencia al mismo, sobre el automanejo de las dificultades asociadas, así como orientaciones sobre el importante papel que pueden/deben desempeñar las personas próximas al paciente deprimido(Benaiges EA, Cortacans GL, Rafecas WB, Moreso JLP, Hernández Anguera JM, 2011).

Existen factores de riesgo de depresión en personas mayores:

- Aceptados: alteraciones del sueño, discapacidad, antecedentes de depresión, sexo femenino, duelo.
- Inciertos: problemas de salud, deterioro cognitivo, vivir solo, presencia de nuevas enfermedades médicas.
- No comprobados: mayor edad, menor nivel educativo, ser soltero, escaso soporte social.

Los fármacos más estrechamente relacionados con la depresión: Beta-bloqueadores, bloqueadores de los canales de calcio, inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina, metildopa, reserpina, tamoxifeno, corticosteroides, interferón- alfa, progesterona(Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2014). Los individuos de alto riesgo son aquellos que presentan: insomnio crónico o fatiga, dolor crónico, síntomas somáticos múltiples o inexplicados, enfermedad médica crónica, eventos cardiovasculares agudos, trauma físico o psicológico reciente, otros trastornos psiquiátricos y antecedentes heredofamiliares para un trastorno del estado de ánimo(Heinze-Martin & Camacho-Segura, 2010).

La depresión es un proceso multifactorial y complicado cuya posibilidad de progreso depende de un extenso conjunto de factores de riesgo, sin que hasta el momento haya sido factible determinar su totalidad ni las numerosas correlaciones existentes entre ellos. Se ignora el peso de cada uno de ellos en relación con las circunstancias y al momento de la vida en que se desarrolla. Las variables que aumentan el riesgo de depresión se pueden clasificar en factores personales, sociales, cognitivos, familiares y genéticos(Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

Es una importante causa de discapacidad tanto en hombres como en mujeres, se ha estimado que la carga de la depresión es 50% más alta en las mujeres que en los hombres. Las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales y la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco, también son factores de riesgo importantes. Los rasgos neuróticos de la personalidad se asocian con una mayor incidencia de casos y recaídas de depresión mayor,

aumentan la posibilidad de desarrollar depresión ante los acontecimientos adversos de la vida (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2014). El estado civil (estar soltero, divorciado o viudo) y el estrés crónico parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión, y también se observa que la exposición a adversidades a lo largo de la vida está implicada en el comienzo de trastornos depresivos y ansiosos (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

En la concurrencia del trastorno depresivo y la enfermedad física no psiquiátrica, se deben analizar al menos tres perspectivas: depresión como motivo de los síntomas físicos del paciente, depresión como consecuencia de una patología médica o quirúrgica y depresión que influye la evolución de la enfermedad médica o quirúrgica. La patología médica puede inducir depresión a través de cambios biológicos o de consecuencias psicosociales de cambios en la función. De la misma forma, la depresión puede agudizar alteraciones médicas crónicas ya existentes (Roca Bennasar & Aragonès, 2018).

Pueden existir, además, factores determinantes comunes que podrían aumentar el riesgo de manifestación de depresión y comorbilidad médica. Entre estos últimos se encuentran el nivel socioeconómico, problemas sociales, situaciones traumatizantes en períodos tempranos de la vida, rasgos de personalidad o características genéticas (Roca Bennasar & Aragonès, 2018). La depresión en pacientes con enfermedades médicas tiene un importante impacto en el empeoramiento del pronóstico de la enfermedad somática asociada. Asimismo, la depresión tiene un impacto negativo en la adherencia al tratamiento, en la capacidad funcional y en la calidad de vida del paciente. Todo ello supone, en muchas ocasiones, un incremento del tiempo de hospitalización y de la utilización de otros recursos sanitarios, lo que conlleva una elevación del gasto asociado a esto (Roca Bennasar & Aragonès, 2018).

Se han utilizado tratamientos no farmacológicos en pacientes con depresión y comorbilidad médica, la eficacia de la psicoterapia ha quedado demostrada en

pacientes con depresión leve-moderada asociada a este tipo de enfermedades físicas. Las técnicas que han demostrado una mayor eficacia en este tipo de pacientes han sido las estrategias cognitivo-conductuales. Pasamos a describir las situaciones de comorbilidad entre enfermedades médicas y psiquiátricas más frecuentes en las que el manejo compartido entre AP y Salud Mental resulta esencial(Roca Bennasar & Aragonès, 2018).

Para valorar el trastorno depresivo en pacientes geriátricos se han empleado diversas escalas, entre las más destacadas encontramos la de Yesavage, GDS-15 y la de Hamilton. La detección de la depresión del adulto mayor es de mayores complejidades dadas sus peculiaridades como población, su clínica no manifiesta, con ausencia de un ánimo deprimido, y la coexistencia de enfermedades como el deterioro cognoscitivo; a diferencia de la población más joven(Sarró-Maluquer et al., 2013).

Dado que la enfermedad física y la depresión en el adulto mayor se presentan comúnmente con características somáticas, como trastornos en el apetito, en el sueño (insomnio inicial), dolor, agitación, entre otras; el uso de pruebas de detección que utilizan síntomas físicos y biológicos puede dar lugar a falsos positivos; por lo que se considera más idónea la escala de depresión geriátrica de Yesavage(Sarró-Maluquer et al., 2013).

Esta escala indica la presencia de síntomas de depresión, en otras palabras, es una escala de tamización mas no arroja un diagnóstico de depresión, para tal requisito es necesaria el diagnóstico médico y su confirmación debe realizarse con los criterios del DSM V (Diagnostic and statistical manual of mental disorders). Las fallas en el abordaje adecuado de la depresión en el adulto mayor, desde el sub diagnóstico hasta el inadecuado tratamiento, hace que esta patología a menudo sea crónica en los adultos mayores, a su vez parece tener un efecto adverso sobre el pronóstico físico, en especial en cuanto a la probabilidad de una rehabilitación con éxito(Sarró-Maluquer et al., 2013).

La familia y el personal médico juegan un papel fundamental en el pronóstico de esta situación ya que la sintomatología es de evolución lenta,

confinando al paciente en un sufrimiento intenso y duradero, provocando el agotamiento de la familia, como del médico tratante. Esta evolución es aún más mórbida si al episodio depresivo se le asocia una enfermedad somática asociada, agravando el nivel de dependencia(Sarró-Maluquer et al., 2013). Aunque la depresión entre los adultos mayores no tiene necesariamente un peor pronóstico que la que se produce en fases más tempranas de la vida, existe un amplio margen para la mejoría, resultado de optimizar el tratamiento, el cual al ser continuado parece tener un efecto protector frente a las recaídas(Sarró-Maluquer et al., 2013).

Se deben considerar diversos factores en el momento de abordar el desafío de elegir un tratamiento antidepresivo en el paciente anciano como por ejemplo evaluar el perfil sintomático predominante de la depresión, la presencia de enfermedades médicas concomitantes, los cambios farmacodinámicos y farmacocinéticos asociados al envejecimiento, tanto los fisiológicos como aquellos que pueden aparecer secundarios a otras enfermedades y tratamientos, así como factores psicosociales y de vulnerabilidad personal que puedan comprometer la cumplimentación y la respuesta al tratamiento elegido (Soria, 2016).

En las últimas décadas, con el desarrollo de antidepresivos con mecanismos de acción selectivos y otros que actúan selectivamente sobre múltiples dianas se ha mejorado notablemente la tolerabilidad general a los tratamientos. Los fármacos antidepresivos de primera línea son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), sin embargo, hay que tener en cuenta que asocian efectos adversos que pueden ser potencialmente graves en pacientes ancianos. Es fundamental seleccionar el tratamiento antidepresivo de forma individualizada acorde con el perfil de cada paciente, con el objetivo de que sea eficaz, con un inicio de acción rápido y bien tolerado(Soria, 2016).

La mayoría de las personas que cursan con depresión, pueden ser evaluadas y tratadas por el médico de primer nivel de atención sin recurrir a los servicios especializados de primera intención. Sin embargo, en caso de duda diagnóstica y ante la concurrencia de poli patología y resistencia al tratamiento, se recomienda tomar en consideración la necesidad de Interconsultar con el

especialista para que evalúe la severidad del trastorno depresivo, detectar los posibles factores etiológicos y desencadenantes, e investigar los efectos de los tratamientos aplicados con anterioridad, si es que ya ha llevado alguno(Becerra Pino, Calleja Olvera, Lozano Dávila, Sosa Ortiz, & Trujillo de los Santos, 2010).

Es de mucha importancia ubicar y en caso necesario, buscar una red de apoyo preferentemente en la familia, los vecinos, amigos, grupos sociales, etcétera. Sobre todo en las primeras semanas de tratamiento, cuando puede ser de mayor dificultad el manejo del enfermo, monitorear los efectos secundarios de la prescripción y verificar el cumplimiento de las indicaciones médicas(Becerra Pino et al., 2010).

La persistencia de la depresión y falta de resultados positivos, puede ser debida a múltiples factores como falta de apego al tratamiento, ya sea por escepticismo, temor o desconfianza, falta de comprensión de las indicaciones ya sea por deficiencia sensorial o por comunicación inadecuada entre el médico, paciente y familia, o la misma apatía y desinterés del individuo deprimido(Becerra Pino et al., 2010).

Debido a la polifarmacia en este grupo etario, es vital conocer la potencial interacción farmacológica de los antidepresivos y la farmacología de cada uno (farmacocinética y farmacodinamia). Por todo lo anterior, se deben de tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- •A pesar de su alta morbilidad, la depresión en los adultos mayores sólo es diagnosticada y tratada en la mitad de los casos.
- •Es probable que la persona con antecedentes de depresión en la juventud tenga recaídas en la vejez.
- •La terapia farmacológica mejora el 80% de los síntomas depresivos.
- •La mayoría de los adultos mayores mejora su sintomatología depresiva con el 50% de la dosis para un paciente joven.

La depresión tiene una tasa de recurrencia acumulada de 30% a dos años y 85% a cinco años. El tratamiento, después de un primer episodio, debería continuar por un mínimo de 6 a 12 meses tras una recuperación de los síntomas;

algunos estudios indican que debe mantenerse por un periodo mayor a dos años(Becerra Pino et al., 2010).

Los antidepresivos se clasifican según su efecto sobre los diferentes neurotransmisores asociados con la fisiopatología de la depresión, en:

- Antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos (ATC)
- Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS)
- Moduladores de la serotonina y noradrenalina (NASSA)
- Inhibidores de recaptura mixtos de serotonina y noradrenalina (IRMSN)
- Inhibidores de la recaptura de la noradrenalina (IRN)
- Inhibidores de recaptura de dopamina y noradrenalina (IRDN)

Para reducir los efectos secundarios, el médico puede iniciar con una dosis baja del medicamento e ir aumentándola lentamente, tomando en cuenta su tolerancia y respuesta terapéutica(Becerra Pino et al., 2010).

El tratamiento de los trastornos depresivos incluye una serie de intervenciones y actividades que deben de ser llevadas a cabo por el personal de salud mental. Los componentes específicos de dichas intervenciones pueden ser subdivididos, y deben ser otorgados a todas las personas que padezcan síntomas depresivos.⁵ En pacientes con depresión leve a moderada, se aconseja tomar en cuenta las terapias psicológicas de baja intensidad, basadas en los principios de la terapia cognitivo - conductual.

Debemos considerar diversas opciones de ayuda social e individual donde incluyamos además un programa estructurado de actividad física con personal sanitario capacitado. Las intervenciones psicológicas de alta intensidad generalmente están reservadas para personas con depresión moderada a grave. Los abordajes recomendados son la TCC, que se considera de elección, o la terapia interpersonal. Una ventaja de la psicoterapia es que sus beneficios tienden a mantenerse e en el tiempo, a diferencia del efecto del tratamiento farmacológico, que a menudo se pierde al finalizarlo(Gabilondo, 2017).

Cuando la depresión precisa tratamiento, este puede realizarse solo con fármacos, solo con psicoterapia o con una combinación de ambas. Habitualmente se considera que es la combinación de fármacos con psicoterapia la mejor elección de tratamiento en algunos casos de depresión. Muchas de las técnicas de psicoterapia para la depresión tienen el inconveniente de la mayor dificultad para comprobar su eficacia de un modo científico. Es más fácil controlar y objetivar la eficacia de un medicamento que una técnica concreta de intervención psicoterapéutica. La psicoterapia de apoyo intenta ayudar al paciente a lograr el mejor nivel de funcionamiento posible teniendo en cuenta los problemas concretos que le genera la enfermedad en su actividad habitual y en su entorno(Angie Beltrán Cortes, 2009).

Trata de aportar un soporte emocional al paciente y conseguir de él la mayor colaboración posible con el tratamiento. Se basa en técnicas de explicación de la enfermedad, de adecuación de las expectativas de recuperación con la realidad de educación para solventar problemas que la enfermedad genera, de desarrollo de sistemas de apoyo al enfermo y de apoyo afectivo del terapeuta hacia el paciente(Angie Beltrán Cortes, 2009).

Con la psicoterapia interpersonal se busca mejorar la depresión a través del fortalecimiento de las relaciones interpersonales, las cuales pueden estar alteradas y se consideran relacionadas con el inicio de los síntomas(Angie Beltrán Cortes, 2009).

III.3 Enfermedades crónico-degenerativos

Las enfermedades crónico-degenerativas en la actualidad son uno de los problemas de más peso en la calidad de vida, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha respondido asignando en su programa de trabajo una mayor prioridad a la prevención, el control y la vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles. La prevención efectuada a nivel de la atención primaria de salud, apoyada en programas integrales para toda la población, constituye el método más eficaz en función de los costos(Angie Beltrán Cortes, 2009).

Los padecimientos crónicos requieren de tratamientos de larga duración o a

largo plazo para su adecuada evolución y control. En la búsqueda de procedimientos y estrategias que contribuyan al control de las condiciones crónicas, el hecho de que la persona cumpla o no con las prescripciones médicas es de gran importancia(Angie Beltrán Cortes, 2009). La OMS reconoce la elevada magnitud que presentan las deficiencias en la adherencia terapéutica, así como sus repercusiones para la salud de la población y considera que su atención debe ser una estrategia de trabajo priorizada por los sistemas de salud, los científicos e investigadores de las disciplinas de las ciencias de la salud(Angie Beltrán Cortes, 2009).

La falta de adherencia a los tratamientos es un problema con repercusiones desde el punto de vista médico, económico y psicosocial. Entre estas se encuentran la falta de respuesta terapéutica generadora de retrasos en la curación, recaídas y aparición de complicaciones, la valoración errónea de la efectividad real del tratamiento con un aumento o disminución innecesario del número de dosis; el cambio de tratamiento con la introducción de otros medicamentos más potentes y tóxicos que acrecientan el riesgo de la aparición de efectos secundarios agudos o la dependencia a largo plazo del uso del medicamento(Mora Marcial, Verdecia Tamallo, Rodríguez Vergara, Del Pino, & Guerra Cabrera, 2017). A nivel mundial las enfermedades crónicas son un problema que va en aumento, son una de las principales causas de invalidez y muerte prematura, con elevadas tasas de fracaso y baja adherencia al tratamiento. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 80% de las muertes por enfermedades crónicas se presentan en los países en vías de desarrollo(Mora Marcial et al., 2017).

III.4 Falta de adherencia terapéutica

La falta de adherencia al tratamiento en el contexto de las enfermedades crónicas es considerada como un grave problema de salud pública. La dificultad de los pacientes para cumplir con las indicaciones médicas es un problema de enorme magnitud en todas las áreas y niveles de atención. En los países desarrollados, la adherencia a los tratamientos a largo plazo en la población general es de alrededor de 50%, siendo menor en los países en desarrollo; se

asume que la magnitud y la repercusión de la adherencia terapéutica deficiente en los países en desarrollo son aún mayores, dada la escasez de recursos sanitarios y las inequidades en el acceso a la atención de salud(Juan et al., 2018).

La evidencia científica disponible indica entre apenas el 30% al 50% de los ancianos tratados no sigue correctamente la prescripción médica y más del 90% toman dosis menores de las prescritas por su médico. Si no se toma la medicación o no se siguen las prescripciones indicadas por el médico es de esperar consecuencias negativas para la salud y un incremento de los costes sanitarios; en adultos mayores de 65 años la falta de adherencia a tratamientos crónicos condiciona un porcentaje importante de ingresos hospitalarios e incrementa el coste sanitario. Tal es así que la OMS considera la falta de adherencia a los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas un tema prioritario de salud pública(Juan et al., 2018). Por tanto, el desarrollo de las estrategias para mejorar la adherencia a los tratamientos es un proceso complejo que depende de diversos aspectos entre ellos del tratamiento, de la enfermedad, del paciente y por su puesto del sistema sanitario, y está condicionado por diferentes factores que la motivan(Juan et al., 2018).

La adherencia al tratamiento o cumplimiento terapéutico se define como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen: la capacidad del paciente para asistir a citas programadas, tomar los medicamentos tal y como se le indica, realizar los cambios en el estilo de vida recomendados y, por último, completar los estudios de laboratorio o pruebas solicitadas. Lo anterior da un aspecto activo de compromiso por parte del paciente y responsabiliza al médico para crear un contexto en el que el paciente entienda mejor su problema de salud, las consecuencias de seguir un tratamiento, facilitar la toma de decisiones compartidas y como resultado mejora la efectividad de los tratamientos farmacológicos(Urbina Azabache, 2017).

La conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario que integran la

terapéutica del padecimiento(GE, 2016). En España se estima que el 50% de los pacientes no se adhiere correctamente al tratamiento de las enfermedades crónico-degenerativas, lo que se traduce en una importante cuestión de salud pública, con significativas repercusiones tanto a nivel clínico como económico. Ser adherente es tomarse la medicación prescrita en la dosis correcta, en el momento adecuado y del modo correcto(GE, 2016).

Los avances en los tratamientos y el envejecimiento de la población hacen presagiar un escenario donde la adherencia tendrá cada vez mayor relevancia. En atención primaria, hasta el 40% de los pacientes pluripatológicos presentan 3 o más enfermedades crónicas y el 94% de estos pacientes requiere polimedicación. Así como también el 80% de las consultas en los centros de atención primaria son debidas a pacientes con patologías crónicas(GE, 2016).

El no apego al tratamiento farmacológico varias veces incluye el desconocimiento de la enfermedad, desconfianza de la capacidad del médico que pudiera tener ante su enfermedad, el estado civil, escolaridad, el uso de medicina alternativa, falta de entendimiento a las indicaciones médicas, falta de interés hacia su enfermedad, creencias y costumbres, apoyo familiar(Bermúdez Roque RA, 2016).

Es importante mencionar que la polimedicación puede aumentar el riesgo de la no adherencia al tratamiento, lo que puede traducirse en una efectividad terapéutica no óptima. Es decir, la consecuencia puede ser el incremento de las dosis o la asociación de medicamentos que no hacen más que incrementar el riesgo de las interacciones, nuevas reacciones adversas y el costo del tratamiento(Bermúdez Roque RA, 2016).

El manejo médico depende de la enfermedad específica pero los componentes de la organización de los cuidados son esencialmente similares para todas las condiciones, siendo uno de estos el monitoreo de la adherencia. Entre las estrategias para mejorar la atención a las enfermedades crónicas se debe contemplar ayudar al paciente a mejorar la adherencia a través de intervenciones efectivas y viables, aspecto muchas veces deficiente por el equipo de salud que

no repara en la importancia de este eslabón(Bermúdez Roque RA, 2016).

La utilización de los recursos que están disponibles en la comunidad son fundamentales; la participación social permite la identificación de los recursos comunitarios que colaboren en las acciones preventivas y en la mejoría de la calidad de vida de las personas(Bermúdez Roque RA, 2016). El respaldo social recibido por los pacientes de otros miembros de la comunidad, de sus compañeros de trabajo y personal de asistencia es un factor importante que puede mejorar la adherencia. Las redes de apoyo social y familiar cumplen una función de retroalimentación, refuerzo y estímulo para la adopción de conductas saludables(Bermúdez Roque RA, 2016).

El modo en que se organiza la asistencia sanitaria tiene gran potencial para influir en el comportamiento de la adherencia de los pacientes. Por ejemplo, la planificación, acceso y continuidad de la atención por el mismo personal sanitario, los horarios, la duración de las consultas, la asignación de recursos, los sistemas de comunicación e información en las instituciones, entre otros aspectos(Bermúdez Roque RA, 2016).

La adherencia al tratamiento implica también aceptar el diagnóstico correspondiente a la propia enfermedad, ya que esto lleva al enfermo al éxito y a un pronóstico favorable. Ocurre lo contrario cuando el paciente no se apega a su diagnóstico e, incluso, puede llegar a ser señalado o excluido dentro de una sociedad por su enfermedad. Otro factor importante es la falta de conciencia del paciente al desconocer totalmente su padecimiento, lo que deriva en complicaciones por diferentes factores(Bermúdez Roque RA, 2016).

Algunos autores mencionan factores implicados en el incumplimiento, y los clasifican en:

Factores relacionados con la enfermedad: Cuando un paciente va mejorando su estado de salud, en aspectos neuropsicológicos y psicopatológicos, está presente la evolución, la psicopatología, la gravedad y los subtipos de trastornos(Bermúdez Roque RA, 2016).

Factores relacionados con el tratamiento: El tratamiento farmacológico

ocasiona efectos secundarios como mal sabor, discinesias. Otros factores relacionados son: eficiencia, dosis y tiempo de acción, duración y complejidad, costos y vía de administración(Bermúdez Roque RA, 2016).

Factores relacionados con el entorno del paciente: Influye la actitud de la familia, de la persona enferma y su tratamiento, la relación paciente con el profesional de medicina o enfermería; también, la supervisión y el soporte socio familiar(Bermúdez Roque RA, 2016).

Factores relacionados con el equipo terapéutico: Ésta es la relación del paciente y el profesional de la salud, ya sea paciente/médico, o bien, paciente/enfermera; la actitud frente al médico, ante la enfermedad, y el tratamiento; las características del medio terapéutico(Bermúdez Roque RA, 2016).

La ayuda de familiares y amigos, su cooperación y acompañamiento, son imprescindibles para mejorar el tratamiento y acelerar su recuperación. La familia, y en especial la pareja o persona próxima al enfermo, forma parte del «tratamiento». En efecto, la familia es la mayor fuente de apoyo social y personal de que pueden disponer las personas, tanto en los periodos de independencia como en los de dependencia. Es en el contexto familiar donde el paciente puede expresar libremente sus emociones y sentimientos, por tanto, no tiene que fingir o disimular su malestar emocional. Es decir, si el paciente prefiere no ver la TV, o realizar actividades domésticas, puede decidir no participar sin tener que dar explicaciones ni justificar su actitud(Aragonès, Cardoner, Colom, López-Cortacans, & Gilaberte, 2013).

Este «poder actuar libremente» es beneficioso para el paciente, porque percibe que su familia entiende cómo se siente y por ello no le presiona ni le exige participar o realizar en actividades de cooperación familiar. Esta comprensión del estado de ánimo del paciente por parte de la familia es beneficiosa y promueve su mejora. Es desde este contexto de ayuda donde es aconsejable que en las fases iniciales de la enfermedad se incremente el cuidado del enfermo, supervisando la toma de la medicación y acompañándolo a la visita del profesional. Se debe

recordar a la familia que en unas semanas, de 2 a 4 habitualmente, la medicación estará haciendo efecto y el enfermo, en la mayoría de los casos, podrá empezar a volver paulatinamente a la actividad social laboral y familiar(Aragonès et al., 2013).

Los factores más investigados y con mayor importancia para predecir adherencia son las creencias y las actitudes que tienen los sujetos sobre su enfermedad y tratamiento, las cuales explican hasta un 20% de la varianza de la adherencia en pacientes con enfermedades crónicas(Márquez Duro Raquel, 2016).

Se ha visto que el balance que hacen los pacientes con depresión entre la necesidad que creen que tienen de tomar medicación, y los posibles problemas que piensan que les puede acarrear, va a determinar su grado de adherencia al tratamiento. Además de lo anterior, se ha encontrado que la mejoría de la sintomatología depresiva es una de las causas más frecuentes del abandono de la medicación, y que los pacientes depresivos dejan de tomar la medicación con más frecuencia cuando mejoran su funcionamiento ocupacional, social o familiar. Parece ser que éste es el factor más importante que interviene en la adherencia al tratamiento por parte de las personas depresivas, ya que se ha comprobado que a partir de ciertas intervenciones educativas la adherencia ha aumentado(Bermúdez Roque RA, 2016).

En la percepción de la relación médico- paciente, es de real importancia establecer un acuerdo de confidencialidad claro y preciso para garantizar la alianza terapéutica como determinante para la aceptación del involucramiento familiar en el tratamiento. Asimismo, se observó la relevancia de las valoraciones del rol del psicólogo dentro del proceso de diagnóstico y tratamiento, su labor cobra sentido para las personas, en el momento en el que el psicólogo brinda el espacio para tratar temas relacionados con el contexto familiar, laboral y social, puesto que acerca a la persona a realizar procesos de cambios, con la intención de contribuir a su bienestar.

Por otro lado, se encontró que las fuentes de apoyo con mayor percepción positiva se dan en primer lugar por parte de la madre, seguido de los amigos

cercanos, luego los hermanos en algunos de los casos, y finalmente una menor percepción de apoyo por parte del padre. Frente al apoyo social que percibían de los profesionales de la salud, se resalta el rol de los psicólogos, puesto que, los participantes afirman que éstos son complementarios y necesarios para comprender y afrontar el trastorno y tratamiento de la depresión(Abaunza Forero et al., 2014).

Diversas características del paciente influyen de una forma determinante en la adherencia a diferentes tratamientos, como la clase de enfermedad (enfermedades crónicas), fármacos en ancianos, complejidad de la dosificación, la prescripción por principio activo, las reacciones adversas, vías de administración y alteraciones cognitivas(anés M, Domínguez J, Pérez M, Armengol S, Paz S, 2013).

Un nivel educativo bajo hace que haya malinterpretaciones en el tratamiento, por lo que empeora la adherencia, y tener un nivel económico bajo hace que la sanidad no sea tan accesible, y la comunicación con el médico sea nula, afectando más a ancianos, sexo femenino y raza afroamericana. Personas casadas tienen mayor adherencia al tratamiento que personas separadas o enviudadas, así como aquellas que viven en pareja con respecto a los que viven solos, o los que viven en ciudades pequeñas frente a los que viven en grandes ciudades(Márquez Duro Raquel, 2016).

Los pacientes adherentes tienen una actitud más positiva y una mejor percepción del efecto positivo de la medicación que los no adherentes. Sin embargo, en cuanto a las creencias sobre la medicación, se ha demostrado que existe una mayor probabilidad de que los pacientes continúen tomando la medicación durante el primer mes cuando han recibido mensajes educativos específicos: la importancia del cumplimiento, la posibilidad de la ausencia de mejoría perceptible en la sintomatología durante las primeras dos a cuatro semanas, la importancia de persistir en la toma aun cuando no noten esta esperada mejoría y la importancia de la retirada gradual de la medicación, siempre bajo supervisión médica(Serrano et al., 2014).

Con todo lo anterior, es imperativo mejorar el manejo de la depresión al

comienzo del tratamiento para que la respuesta al tratamiento se obtenga en un corto plazo de tiempo y así generar una percepción de dicho tratamiento más positiva en el paciente(Serrano et al., 2014).

Es preferible usar el término adherencia, y no cumplimiento, para incorporar las 3 características más importantes de un buen tratamiento: concordancia, cooperación, y colaboración. Una adherencia óptima repercute en una mejora de la calidad y de la esperanza de vida, así como en el perfil de seguridad de los tratamientos y en la evolución de las enfermedades(Márquez Duro Raquel, 2016).

En la actualidad se ha demostrado que existe relación entre la edad, la escolaridad, la ocupación y el género, ya que la mayoría de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, no tienen ningún tipo de escolaridad o tienen escolaridad muy básica, tienen un trabajo poco remunerado, son mujeres y tienen una edad entre 71 y 75 años, siendo esto un factor de riesgo de no adherirse a los tratamientos farmacológicos, ya que indican porcentajes altos con un nivel de adherencia regular(Bermúdez Roque RA, 2016).

Se puede decir que la mayoría de los adultos mayores no tienen conocimiento de las causas fisiológicas que les ocasionó la presencia de diabetes mellitus tipo II, siendo esto un factor importante, ya que tienen ideas propias erróneas de cómo les generó dicha enfermedad, y por lo tanto no quieren darse cuenta de la magnitud de las consecuencias al no llevar un nivel óptimo de adherencia al tratamiento farmacológico. Al igual, estos pacientes han llegado a sentir depresión, ansiedad y/o intranquilidad después de haber presentado dicha enfermedad. Cabe mencionar que la mitad de los adultos mayores han tratado de realizar cambios en su estilo de vida, pero siguen considerando que la enfermedad limita muchas de las actividades a las que estaban acostumbrados, por tal motivo a veces caen en no cumplir con cada uno de los tratamientos(Bermúdez Roque RA, 2016).

Con respecto al estrés, se encontró que existe una correlación inversa de éste con el cumplimiento de la dieta general. Asimismo, altos niveles de estrés se asocian a altos niveles de hemoglobina glicosilada. Es importante mencionar que,

en un estudio realizado en Chile, las variables apoyo social percibido y sintomatología depresiva no están asociadas significativamente a la adherencia al tratamiento y estas variables sí se vinculan de forma significativa con el estrés y entre sí, pudiendo asociarse indirectamente con los niveles de hemoglobina glicosilada, por medio del efecto que ejercen sobre el estrés. Este resultado merece mayor investigación y abre la puerta a futuras líneas de investigación que permitan una mejor comprensión de factores que puedan modular el efecto que tiene el estrés sobre marcadores fisiológicos y conductas de adherencia al tratamiento, posibilitando generar diferentes intervenciones sobre variables que inciden directamente en las conductas de autocuidado como el estrés, o sobre aquellas que pueden mediar los niveles de estrés de los pacientes diabéticos, como lo son el apoyo social percibido y la sintomatología depresiva(Ortiz, Ortiz, Gatica, & Gómez, 2011)

La importancia de la relación con el equipo sanitario es apreciada por todos los pacientes. Afirman que es algo primordial, de cara al tratamiento de una enfermedad. Autoestima/ Percepción propia: en su mayoría se ven bien y se sienten cómodos consigo mismos por lo que nada les motiva a cambiar. Existen pacientes que indican que les gustaría cambiar, pero no pueden, por problemas familiares, depresión, o simplemente físicos(Delgado, Villarraso, & García, 2014) (anés M, Domínguez J, Pérez M, Armengol S, Paz S, 2013).

IV.

Hipótesis

Ho: En adultos mayores con enfermedades crónico-degenerativas, en el grupo sin adherencia terapéutica la prevalencia del trastorno depresivo es menor o igual a 70% y en el grupo con adherencia terapéutica la prevalencia de trastorno depresivo es menor o igual a 35%.

Ha: En adultos mayores con enfermedades crónico-degenerativas, en el grupo sin adherencia terapéutica la prevalencia del trastorno depresivo es mayor a 70% y en el grupo con adherencia terapéutica la prevalencia de trastorno depresivo es mayor a 35%.

V.

Objetivos

V.1 Objetivo general

Determinar la asociación entre el trastorno depresivo y la adherencia terapéutica en adultos mayores con enfermedades crónico-degenerativas

V.2 Objetivos específicos

Esta investigación no tiene objetivos específicos.

VI. Material y métodos

VI.1 Tipo de investigación

Estudio observacional, analítico, transversal comparativo.

VI.2 Población

Pacientes adultos mayores de 65 años con enfermedades crónico-degenerativas adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 16, OOAD Querétaro.

Grupos de comparación. Los grupos de comparación se establecieron en función a la presencia o no de adherencia terapéutica.

Grupo con adherencia terapéutica

Grupo sin adherencia terapéutica

VI.3 Muestra y tipo de muestreo

El tamaño de muestra se calculó con la fórmula de porcentajes para dos proporciones con nivel de confianza del 95% para una zona de rechazo de la hipótesis nula ($Z_{\alpha}=1.64$), poder de la prueba de 80% ($Z_{\beta}=0.84$), asumiendo que en el grupo con adherencia terapéutica la prevalencia de trastorno depresivo era 70% ($P_0=0.70$) y en el grupo con adherencia terapéutica la prevalencia de trastorno depresivo era 35% ($P_1=0.35$).

$$n = \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 (p_0q_0 + p_1q_1)}{(p_0 - p_1)^2}$$

$$n = \frac{(1.64 + 0.84)^2 ((0.70)(0.30)) + ((0.35)(0.65))}{(0.70 - 0.35)^2}$$

El tamaño de muestra calculado fue 21.97 pero se trabajó con 44 pacientes por grupo.

Técnica muestral.

La técnica muestral fue no probabilística por casos consecutivos, empleando como marco muestral el listado de pacientes que acudieron a solicitar atención médica en la unidad de salud.

VI.3.1 Criterios de selección

Se incluyeron al estudio adultos mayores de 65 años con diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o cardiopatía isquémica. Se excluyeron pacientes con antecedentes de diagnósticos de algún trastorno cognitivo o psiquiátricos incapacitante, algún déficit visual e inmovilidad grave o con secuelas neurológicas incapacitantes. Se eliminaron todos aquellos pacientes en los que el instrumento de recolección tuvo con datos incompletos.

VI.3.2 Variables estudiadas

Las variables estudiadas fueron edad, sexo, estado civil y escolaridad.

Las comorbilidades estudiadas fueron diabetes, hipertensión enfermedad pulmonar obstructiva crónica y cardiopatía.

El trastorno depresivo

VI.4 Técnicas e instrumentos

Mediante una hoja de recolección de datos, se obtuvo información de las características sociodemográficas de los participantes.

Para determinar adherencia terapéutica se utilizó la escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, creada por la facultad de estudios superiores Iztacala, UNAM, México; validada en población mexicana en residentes de la ciudad de México, contactados en las clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, cuenta con alfa de cronbach de 0.91, la escala cuenta con 21 ítems, los cuales se califican dividiéndose en 3 factores que cuentan con 7 ítems cada uno: Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos, seguimiento médico conductual y, autoeficacia. Con puntaje mínimo de 12 y máximo de 21. Se interpreta como adherencia si cumple con un puntaje

de 57% (12 ítems) y como no adherencia si obtiene un puntaje menor al 57% (12 ítems).

VI.5 Procedimientos

Previa autorización por el Comité Local de Investigación en Salud y Comité de Ética en la Investigación, además del director de la UMF 16, se realizó la investigación en la sala de espera de los consultorios adscritos a la UMF 16, donde se acudió de lunes a viernes en el horario matutino a recabar los datos para el estudio de investigación. Se seleccionaron a los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión en la sala de espera de la consulta externa de medicina familiar.

Posteriormente se procedió a explicar a cada uno de los participantes el objetivo del trabajo y se aclararán las dudas respecto a éste, explicando los beneficios y aportaciones mutuas que al decidir participar en el mismo. Después se procedió a aplicar el instrumento donde se plasman las variables estudiadas para ser respondido por los participantes, con el apoyo de los investigadores.

Se elaboró una base de datos en el programa Excel, donde se registró la información de las variables necesarias para su análisis.

VI.5.1 Análisis estadístico

Los datos obtenidos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS versión 26.0 (Statistical Software, Simplificar Big Data Analytics) para Windows. El análisis estadístico se hizo comparando los grupos con adherencia y sin adherencia.

La variable edad se comparó con promedios, desviación estándar y prueba de t para grupos independientes.

La variable sexo se comparó con porcentajes, prueba de chi cuadrada, razón de momios e intervalos de confianza para razón de momios.

El estado civil y la escolaridad se comparó con porcentajes y prueba de chi cuadrada.

Para identificar la asociación entre adherencia y trastorno depresivo se utilizaron porcentajes, prueba de chi cuadrada, razón de momios e intervalos de confianza para razón de momios.

VI.5.2 Consideraciones éticas

En el presente estudio se tomó en cuenta la reglamentación ética vigente al someterse a un comité de investigación local en salud, ante el cual se presentó para su revisión, evaluación y aceptación.

Se utilizaron encuestas escritas solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio. Dentro de la Declaración de Helsinki 2013 se respetó el artículo 11 “En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación”. Así como el artículo 23 que refiere “deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.”

Por las características del estudio se considera que no implicó riesgo para los pacientes. Se explicaron los beneficios podía obtener, como el conocer si se padecía de trastorno depresivo y poder incidir la conducta a seguir, así como también lograr que esto aporte mejora a la Salud mental y social, de esta manera poder evitar complicaciones propias de la enfermedad en un futuro.

Se derivó a todos los adultos mayores de 65 años con trastorno depresivo al servicio de psiquiatría o psicología previa autorización de jefatura de departamento clínico y se les notificó a las autoridades pertinentes para el seguimiento puntual de cada uno de los casos.

VI.

Resultados

El estudio incluyó un total de 88 participantes, divididos en dos grupos, con y sin adherencia terapéutica.

En el grupo sin adherencia la edad fue 75.34 años $\pm$ 3.53 y en el grupo con adherencia la edad fue 70.95 años $\pm$ 5.04, la diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0.001$). Cuadro VII.1

En el grupo sin adherencia terapéutica predominó el sexo masculino con 59.1% (26 pacientes) y en el grupo con adherencia terapéutica la prevalencia del sexo masculino fue 56.0% (22 pacientes). Valores estadísticamente iguales ($p = 0.390$).

Cuadro VII.2

En el grupo sin adherencia terapéutica predominó el estado civil viudo con 38.6% (17 pacientes) y en el grupo con adherencia terapéutica la prevalencia del estado civil viudo fue 13.6% (6 pacientes). El valor de p fue 0.006. Cuadro VII.3

La escolaridad primaria y secundaria fue el nivel escolar con mayor prevalencia en pacientes sin adherencia terapéutica 34.1% (15 pacientes) en las dos categorías, en el grupo con adherencia terapéutica la escolaridad secundaria fue 34.1% (15 pacientes) y la escolaridad primaria fue 13.6% (6 pacientes). Los porcentajes son estadísticamente diferentes, ($p = 0.036$). Cuadro VII.4

En el grupo sin adherencia terapéutica la prevalencia de hipertensión es 40.9% (18 pacientes) y en el grupo con adherencia terapéutica la prevalencia es 22.7% (10 pacientes). Estadísticamente la prevalencia de hipertensión en pacientes sin adherencia terapéutica es más alta que en los pacientes con adherencia terapéutica ($p = 0.031$). Cuadro VII.5

Existe asociación entre no adherencia y depresión en el adulto mayor con enfermedad crónica degenerativa. En el grupo sin adherencia terapéutica la prevalencia de depresión es 84.1% y en el grupo con adherencia terapéutica la prevalencia de depresión es 47.7%. ($p < 0.001$). Esto significa que por cada 5.78 pacientes que no tienen adherencia y tienen depresión, existe 1 paciente con adherencia que también tiene depresión. Cuadro VII.6

Cuadro 1. Edad en el grupo con adherencia terapéutica y sin adherencia terapéutica en adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas

Edad	Adherencia		t	p
	No (n=44)	Sí (n=44)		
Promedio	75.34	70.95	4.72	<0.001
Desviación estándar	3.53	5.04		

Fuente: Información recabada en el trabajo de campo del protocolo

Cuadro 2. Sexo en el grupo con adherencia terapéutica y sin adherencia terapéutica en adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas

Sexo	Adherencia				p	RM	IC 95%	
	No (44)		Sí (44)				Inferior	Superior
	n	%	n	%				
Femenino	18	40.9	22	50.0	0.390	1.44	0.62	3.35
Masculino	26	59.1	22	50.0				
Total	44	100	44	100				

Fuente: Información recabada en el trabajo de campo del protocolo

Cuadro 3. Estado civil en el grupo con adherencia terapéutica y sin adherencia terapéutica en adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas

Estado civil	Adherencia				Chi2	p	RM	IC 95%	
	No (44)		Sí (44)					Inferior	Superior
	n	%	n	%					
Casado	13	29.5	29	65.9	12.44	0.006			
Unión libre	6	13.6	4	9.1					
Divorciado	8	18.2	5	11.4					
Viudo	17	38.6	6	13.6					
Total	44	100	44	100					

Fuente: Información recabada en el trabajo de campo del protocolo

Cuadro 4. Escolaridad en el grupo con adherencia terapéutica y sin adherencia terapéutica en adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas

Escolaridad	Adherencia				Chi2	p	RM	IC 95%	
	No (44)		Sí (44)					Inferior	Superior
	n	%	n	%					
Ninguna	5	11.4	2	4.5	10.28	0.036			
Primaria	15	34.1	6	13.6					
Secundaria	15	34.1	15	34.1					
Preparatoria	4	9.1	12	27.3					
Licenciatura	5	11.4	9	20.5					
Total	44	100	44	100					

Fuente: Información recabada en el trabajo de campo del protocolo

Cuadro 5. Frecuencia de comorbilidades crónico degenerativas en el grupo con adherencia terapéutica y sin adherencia terapéutica en adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas

Comorbilidad	Adherencia					
	No		Sí		Prueba Z	p
	n	%	n	%		
D i a b e t e s mellitus						
Presente	22	50.0	22	50.0	0.00	1.000
Ausente	22	50.0	22	50.0		
Hipertensión arterial						
Presente	18	40.9	10	22.7	1.87	0.031
Ausente	26	59.1	34	77.3		
EPOC						
Presente	1	2.3	6	13.6	2.00	0.023
Ausente	43	97.7	38	86.4		
Cardiopatía						
Presente	3	6.8	6	13.6	1.06	0.145

Ausente	41	93.2	38	86.4		
Total						

Fuente: Información recabada en el trabajo de campo del protocolo

Cuadro 6. Asociación entre adherencia terapéutica y trastorno depresivo en adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas

Depresión	Adherencia				Chi2	p	RM	IC 95%	
	No (44)		Sí (44)					Inferior	Superior
	n	%	n	%					
Sí	37	84.1	21	47.7	12.94	<0.001	5.78	2.12	15.87
No	7	15.9	23	52.3					
Total	44	100	44	100					

Fuente: Información recabada en el trabajo de campo del protocolo

VIII. Discusión

A partir de estos resultados se ratifica la presencia de la asociación entre la adherencia terapéutica y el trastorno depresivo en el adulto mayor, pues tal y como lo describe Zivin et al., en su artículo de revisión existe la teoría de la Acción Razonada, un modelo de conductas de salud, el cual expone los factores clave a nivel del paciente asociados con la adherencia al tratamiento de la depresión entre los adultos mayores, dando a conocer los factores modificables asociados con la adherencia al tratamiento de la depresión las cuales incluyen las actitudes del paciente, creencias y normas sociales, además de los factores potencialmente modificables que incluyen la ansiedad comórbida, el uso de sustancias, el estado cognitivo, la polifarmacia y la comorbilidad médica, el apoyo social y el costo del tratamiento (Zivin & Kale, 2008).

Además, que Lee et al., se sabe que las dosis y el tiempo que se toman tienen un impacto negativo en la adherencia a la medicación y en pacientes con múltiples comorbilidades muestran mayor nivel de adherencia a los medicamentos, es por tanto que tal y como lo describen estos resultados aquellos pacientes que padecen trastorno depresivo tenían mala adherencia terapéutica 5

veces más que los pacientes sin trastorno depresivo (OR=5.7, IC95% 2.12 – 15.75).

Los pacientes que presentan más negatividad a la adherencia terapéutica son los hombres, pues como lo refiere Dwyer et al, los hombres presentan mala adherencia por los efectos que algunos medicamentos causan en su salud sexual y psicológica(Dwyer, Tiemensma, Quinton, Pitteloud, & Morin, 2017), además que Fernández et al, encontraron que los hombres olvidan de manera ocasional el tomar los medicamentos y son más descuidados(Fernandez-Lazaro et al., 2019); es por tanto que esto revalida los resultados descritos.

Además la presencia de comorbilidades como la diabetes mellitus tipo 2 y la hipertensión arterial son barreras que afrontan los adultos mayores para la adherencia al tratamiento pues tal como lo describe Shvachman et al., la no adherencia también se ve influida por la presencia de depresión en el adulto mayor y una o múltiples comorbilidades, dado a que cuando reciben el diagnóstico de alguna enfermedad no logran la aceptación de la enfermedad y esto dificulta el buen apego al tratamiento(Stein-Shvachman, Karpas, & Werner, 2013), es por tanto que en nuestra población las comorbilidades como la diabetes mellitus tipo 2 y la hipertensión arterial fueron las más frecuentes en la población estudiada.

Una limitación de este estudio fue la realización de este en población que se desconocía el tiempo de inicio de los síntomas de depresión, por lo que se ignora la cronicidad de esta, así mismo no se estandarizó los años de cronicidad de sus comorbilidades, como el tiempo desde el diagnóstico de la diabetes mellitus, hipertensión, etc.

Una fortaleza del estudio es que permite ratificar la importancia del conocimiento y seguimiento del paciente adulto mayor, con los resultados presentados se revalida que existe una asociación entre la depresión y la mala adherencia terapéutica, brindando nuevas líneas de investigación que lleven al diagnóstico temprano en los adultos mayores para influir en su tratamiento oportuno.

IX. Conclusiones

Existe una asociación significativa entre la adherencia terapéutica y el trastorno depresivo ($X^2 = 12.94$, $p < 0.001$), demostrando la importancia de la atención oportuna de este padecimiento en la progresión de las enfermedades crónicas.

En aquellos pacientes que padecían trastorno depresivo la mala adherencia terapéutica se presentó 5 veces más que los pacientes sin trastorno depresivo (OR=5.7, IC95% 2.12 – 15.75). Dejando de manifiesto la magnitud de este problema.

Por lo anterior, se rechaza la hipótesis nula.

IX. Propuestas

A partir de los resultados se sugiere la participación de todos los médicos familiares en la detección temprana no solo de depresión, sino de todos los factores de riesgos que se encuentran alrededor de los adultos mayores y reforzar su envío oportuno a los servicios de geriatría, trabajo social, psicología o psiquiatría.

Así mismo replicando el modelo aplicado para enfermedades como diabetes e hipertensión, se sugiere la realización de campañas periódicas de detección de depresión y factores asociados a la mala adherencia terapéutica con mayor frecuencia en las salas de espera de las unidades de medicina familiar o bien, implementando realizar cuestionarios a pacientes que detectemos con falta de adherencia terapéutica dentro de los consultorios.

La implantación de programas de salud mental, son indispensables para toda la población, por lo que se sugiere que tanto el médico familiar como el personal de salud brinde apertura y facilidad a los pacientes para su detección y envío oportuno a los servicios de trabajo social, psicología y psiquiatría.

- Propuestas asistenciales que pueden ser factibles aplicar durante la consulta de Medicina Familiar, sería aplicar tamizaje breve con cuestionario corto para identificar a los pacientes que con falta de apego que estén relacionados con síntomas depresivos, reconocer la relación emocional y enfermedad crónica, explicar al paciente y a familiar acompañante sobre la relación entre la motivación, la adherencia y el autocuidado, no olvidando validar emociones ante la escucha activa y mirar a los ojos al paciente.

- El médico puede sugerir esquemas simples sobre la ingesta de medicamentos con horarios establecidos para la ingesta de alimentos, así como tiempo y tipo de ejercicio permitido individualizado, con metas realistas; no dejando de lado incluir al paciente en la toma de decisiones.

- En cuanto a propuestas a nivel administrativo, se podrían incluir clasificar las citas de primera vez o subsecuentes por parte de la asistente médica, lo que llevaría a aplicar un cuestionario breve a los pacientes con seguimiento

subsecuente para iniciar con el tamizaje. También se pudiera anexar en las plantillas prellenadas del expediente clínico electrónico un rubro con preguntas dicotómicas a cerca de la evaluación emocional del paciente, condicionando así al médico sobre este llenado para poder completar la atención médica y tener un seguimiento estructurado.

- Después de establecer la relación entre la depresión y el apego al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas, se puede buscar el impacto de una intervención educativa breve en el control de pacientes con enfermedades crónicas, se debe considerar el efecto del seguimiento estructurado en pacientes con enfermedades crónicas, calcular la frecuencia de síntomas depresivos en pacientes con enfermedades crónicas, el impacto en la simplificación del tratamiento en el apego terapéutico, el efecto de la consulta centrada en la familia en pacientes crónicos, la detección de depresión y su impacto en el control metabólico, satisfacción del derechohabiente y su relación con el apego al tratamiento, etc.

X. Bibliografía

- Abaunza Forero, C. I., Mendoza Molina, M. A., Bustos Benítez, P., Paredes Álvarez, G., Enriquez Wilches, K. V., & Padilla Muñoz, A. C. (2014). *Concepción del adulto mayor. Adultos mayores privados de la libertad en Colombia*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario, Instituto Rosarista de Acción Social – SERES, 2014, pp. 60-98. ISBN 978- 958-738-532-8. <https://doi.org/10.7476/9789587385328.0007>.
- Anés M, Domínguez J, Pérez M, Armengol S, Paz S, L. L. (2013). *Adherencia, persistencia en el tratamiento y costes de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en el ámbito sanitario público: revisión de la literatura*. Barcelona, España. Retrieved from The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy. <https://www.aes.es/Jornadas2013/pdf/posters/P-017.pdf>
- Ángel Ramirez, Bedoya Echeverri, C. L. (2015). RIESGO DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES. *Antioquia*, Colombia. Rev. Salud pública 17. <https://scielosp.org/pdf/rsap/2015.v17n2/184-194/es>
- Angie Beltrán Cortes, M. L. Q. (2009). *Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de depresión en una institución de salud de Bogotá*. *Journal of Human Development* (Vol. 6). Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de enfermería. Retrieved from <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/9747/tesis07-3.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Aragonès, E., Cardoner, N., Colom, F., López-Cortacans, G., & Gilaberte, I. (2013). Guía de Buena Práctica Clínica: Psicoeducación en pacientes con depresión. Alberto Alcocer 13, 1. D. Madrid.IMC. <https://www.cuidadoraschronicos.com/wp-content/uploads/2014/03/Gu%C3%ADa-de-buena-pr%C3%A1ctica-cl%C3%ADnica-en-Psicoeducaci%C3%B3n-en-pacientes-con-depresi%C3%B3n.pdf>
- Becerra Pino, M., Calleja Olvera, J., Lozano Dávila, M., Sosa Ortiz, A., & Trujillo de los Santos, Z. (2010). Guía de Consulta para el Médico de Primer Nivel de Atención Alteraciones de la Memoria en la Persona Adulta Mayor. <http://>

www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/Guia_Memoria_2aa.pdf

- Benaiges EA, Cortacans GL, Rafecas WB, Moreso JLP, Hernández Anguera JM, A. A. (2014). Abordaje psicoeducativo de la depresión en atención primaria. El modelo individual. *Metas de Enfermería*, 14(4). España. <https://projecteindi.cat/wp-content/uploads/2017/11/Abordaje-psicoeducativo-de-la-depresi%C3%B3n-en-atenci%C3%B3n-primaria.-El-modelo-INDI.-Metas-de-Enfem.2011.pdf>
- Bermúdez Roque RA, C. A. A. (2016). Factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 de una comunidad mexiquense. *Repositorio Institucional de La Universidad Autónoma Del Estado de México*, 11(09), 1–17. Retrieved from <http://hdl.handle.net/20.500.11799/66315>
- Delgado, I. Z., Villarraso, M. T. C., & García, M. R. (2014). Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso. *Enfermería Nefrológica*, Vol. 17(4). Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. <https://doi.org/10.4321/S2254-28842014000400003>
- Dwyer, A. A., Tiemensma, J., Quinton, R., Pitteloud, N., & Morin, D. (2017). Adherence to treatment in men with hypogonadotrophic hypogonadism. *Clinical Endocrinology*, 86(3), 377–383. <https://doi.org/10.1111/cen.13236>
- Fernandez-Lazaro, C. I., García-González, J. M., Adams, D. P., Fernandez-Lazaro, D., Mielgo-Ayuso, J., Caballero-Garcia, A., ... Miron-Canelo, J. A. (2019). Adherence to treatment and related factors among patients with chronic conditions in primary care: A cross-sectional study. *BMC Family Practice*, 20(1). National Library of Medicine. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1019-3>
- Gabilondo, A. I. y A. (2017). Tratamiento de la Depresión en Atención Primaria. *Infac*, 25(01), 01–11. Retrieved from https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2017/es_def/adjuntos/INFAC-Vol-25-n-1_antidepresivos.pdf
- GE, R. C. (2016). *Plan de adherencia al tratamiento: Uso responsable del*

- medicamento*. Retrieved from file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Plan-de-Adherencia (1).pdf
- González, K. D. (2015). Envejecimiento demográfico en México : análisis comparativo entre las entidades federativas. *Conapo*, 1(1), 129. Retrieved from http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Envejecimiento_demografico_en_Mexico
- Heinze-Martin, G., & Camacho-Segura, P. (2010). *Guía clínica para el manejo de la depresión*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Juan, J., Cerda, O., Herrera, D. S., Adrián, Ó., Miranda, R., Manuel, J., & Legaspi, O. (2018). Adherencia terapéutica : un problema de atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 16(3), 226–232. Retrieved from chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.scielo.org.mx/pdf/amga/v16n3/1870-7203-amga-16-03-226.pdf
- Márquez Duro Raquel, B. G. J. (2016). *Depresión : Importancia de la adherencia al tratamiento*. Retrieved from chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://eprints.ucm.es/id/eprint/56451/1/RAQUEL MARQUEZ DURO.pdf
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2014). Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto. *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia*, 61(2), 38–41.
- Mora Marcial, G. R., Verdecia Tamallo, K., Rodríguez Vergara, T. de las M., Del Pino, B. N., & Guerra Cabrera, C. (2017). Adherencia terapéutica en pacientes con algunas enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(3), 270–280.
- Organización Mundial de Salud [OMS]. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. *Organización Panamericana de La Salud*, 1–24. Retrieved from <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- Ortiz, M., Ortiz, E., Gatica, A., & Gómez, D. (2011). Factores psicosociales

- asociados a la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus Tipo 2. *Terapia Psicológica*, 29(1), 5–11. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082011000100001>
- Quintanar, A. (2010). Analisis de calidad de vida en adultos mayores del municipio de Tetepango,Hidalgo: A traves del instrumento WHOQOL-BREF. *Universidad Autonoma Del Estado de Hidalgo*, 102. Retrieved from http://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/actopan/licenciatura/Analisis de la calidad de vida.pdf
- Roca Bennasar, M., & Aragonès, E. (2018). *Abordaje compartido de la depresión. Consenso multidisciplinar. Euromedice*. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Enric_Aragones2/publication/323685480_Abordaje_compartido_de_la_depresion_Consenso_multidisciplinar/links/5b961fb3a6fdccfd54381928/Abordaje-compartido-de-la-depresion-Consenso-multidisciplinar.pdf
- Rodríguez, R. (2018). Las enfermedades crónicas. *Biomédica*, 2(1), 1–19. Retrieved from <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/4525/4016#citations>
- Sarró-Maluquer, M., Ferrer-Feliu, A., Rando-Matos, Y., Formiga, F., & Rojas-Farreras, S. (2013). Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 39(7), 354–360. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2013.01.007>
- Serrano, M. J., Vives, M., Mateu, C., Vicens, C., Molina, R., Puebla-Guedea, M., & Gili1, M. (2014). Adherencia terapéutica en pacientes depresivos de atención primaria: un estudio longitudinal. *Actas Esp Psiquiatr*, 42(3), 91–98. Retrieved from <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/16/89/ESP/16-89-ESP-91-98-756711.pdf>
- Soria, V. (2016). ¿Antidepresivos jóvenes para pacientes ancianos? *Dialnet, Información Psiquiátrica*, 228(1), 25–32. Retrieved from <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-164418>
- Stein-Shvachman, I., Karpas, D. S., & Werner, P. (2013). Depression treatment

non-adherence and its psychosocial predictors: Differences between Young and older adults? *Aging and Disease*, 4(6), 329–336. <https://doi.org/10.14336/AD.2013.0400329>

Urbina Azabache, V. A. (2017). Depresión como factor asociado a no adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial en un hospital público del Perú. *Universidad Privada Antenor Orrego*, 1(1), 1–43. Retrieved from <https://hdl.handle.net/20.500.12759/2675>

Zivin, K., & Kale, H. C. (2008). Adherence to depression treatment in older adults: A narrative review. *Drugs and Aging*, 25(7), 559–571. <https://doi.org/10.2165/00002512-200825070-00003>

XI. Anexos



X1.1 Instrumento de recolección de datos

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS				
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL				
DELEGACION QUERETARO				
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 16				
COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD				
A) Fecha de recolección	Día	Mes	Año	
B) Nombre del paciente	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	
C) Número de Afiliación:			Agregado	
D) Edad:				
E) Sexo	1) Masculin	2) Femenino		
F) trastorno depresivo	1)Si	2) No		
G) Enfermedades crónicas degenerativas (HTA, DM, EPOC)	1) Si 2) No			
H) Adherencia terapéutica	1) Si 2) No			

XI.2 Escala de depresión geriátrica – Test de Yesavage

Instrucciones: Lea cuidadosamente y responda las siguientes preguntas marcando la respuesta que considere adecuada a su situación.

1	En general, ¿Está satisfecho con su vida?	Sí	No
2	¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Sí	No
3	¿Siente que su vida está vacía?	Sí	No
4	¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	Sí	No
5	¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Sí	No
6	¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Sí	No
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí	No
8	¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	Sí	No
9	¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Sí	No
10	¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Sí	No
11	En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	Sí	No
12	¿Actualmente se siente un/a inútil?	Sí	No
13	¿Se siente lleno de energía?	Sí	No
14	¿Se siente sin esperanza en este momento?	Sí	No
15	¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Sí	No
	Total		

XI.3 Escala de adherencia terapéutica

Instrucciones: Lea cuidadosamente y responda las siguientes preguntas marcando la respuesta que considere adecuada a su situación.

1	¿Ingiero mis medicamentos de manera puntual?	Sí	No
2	No importa que el tratamiento sea largo, ¿siempre ingiero mis medicamentos a la hora indicada?	Sí	No
3	¿Me hago análisis en los periodos que el médico me indica?	Sí	No
4	Si tengo que seguir una dieta rigurosa ¿la respeto?	Sí	No
5	¿Asisto a mis consultas de manera puntual?	Sí	No
6	¿Atiendo a las recomendaciones del médico en cuanto a estar pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi estado de salud?	Sí	No
7	¿Estoy dispuesto a dejar de hacer algo placentero, como por ejemplo, no fumar o ingerir bebidas alcohólicas, si el médico me lo ordena?	Sí	No
8	¿Como solo aquellos alimentos que el médico me permite?	Sí	No
9	Si el médico me inspira confianza, ¿sigo el tratamiento?	Sí	No
10	Después de haber terminado el tratamiento, ¿regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud?	Sí	No
11	Cuando me dan resultados de mis análisis clínicos, ¿estoy más seguro de lo que tengo y me apegó más al tratamiento?	Sí	No
12	Si mi enfermedad no es peligrosa, ¿pongo poca atención en el tratamiento?	Sí	No
13	Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer, ¿se me olvida tomar mis medicamentos?	Sí	No
14	Cuando los síntomas desaparecen, ¿dejo el tratamiento aunque no esté concluido?	Sí	No
15	Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud, ¿dejo el tratamiento?	Sí	No

16	Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo, ¿lo hago?	Sí	No
17	Para que yo siga el tratamiento, ¿es necesario que otros me recuerden que debo tomar mis medicamentos?	Sí	No
18	Como me lo recomienda el médico, ¿me hago mis análisis clínicos periódicamente aunque no esté enfermo?	Sí	No
19	¿Me inspira confianza que el médico demuestre conocer mi enfermedad?	Sí	No
20	Si se sospecha que mi enfermedad es grave, ¿hago lo que esté en mis manos para aliviarme?	Sí	No
21	Aunque el tratamiento sea complicado, ¿lo sigo?	Sí	No
	Total		

XI.4 Consentimiento informado

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN
SALUD**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES
PARTICIPANTES EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:	Asociación del trastorno depresivo y la adherencia terapéutica en enfermedades crónico degenerativas del adulto mayor
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Santiago de Querétaro, UMF. 16. Delegación, Querétaro, noviembre de 2020.
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la asociación del trastorno depresivo y la adherencia terapéutica en el adulto mayor. los adultos mayores con trastorno depresivo tienen mayor riesgo de no apegarse a la terapéutica indicada por el médico, en comparación con los adultos mayores sin trastorno depresivo. Los pacientes con mala adherencia a la medicación presentan más enfermedades médicas concomitantes y más sintomatología somática, lo que genera mayor uso de los servicios de salud. La adherencia terapéutica es considerada el mejor método para el control de
Procedimientos:	A usted se le aplicarán dos instrumentos tipo cuestionario para evaluar si existe trastorno depresivo y alteración en la adherencia al tratamiento. El investigador procederá a la aplicación de cuestionario que evaluará si existe alguna alteración en la adherencia de la terapéutica médica farmacológica y no farmacológica, posteriormente se aplicará el instrumento denominado “escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas”. De manera siguiente se aplicará el cuestionario denominado “escala de depresión geriátrica (test de Yesavage)”. Se dividirán dos grupos de 44 participantes cada uno (encuestas contestadas en su totalidad) donde el grupo 1 será de pacientes con adherencia al tratamiento y el grupo 2 de pacientes sin adherencia al tratamiento. Se llevará a cabo en la sala de consulta externa

P o s i b l e s riesgos:	Los riesgos potenciales y molestias que implican su participación en este estudio son mínimos. Usted podrá sentir alguna incomodidad al realizar el cuestionario inicial y final, en caso de ser así, tiene la plena libertad de negarse a seguir participando en cualquier momento, o suspender el llenado y retirarse, la decisión de participar o no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo se relaciona con los servicios
P o s i b l e s beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Usted no recibirá un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo, si usted acepta participar, estará colaborando a largo plazo con el Instituto Mexicano del Seguro Social. Detección del trastorno depresivo y envío al servicio de psiquiatría o psicología según lo amerite
Información s o b r e resultados y alternativas de	Al término y presentación de trabajo de tesis, se proporcionará una copa a jefatura de enseñanza de la unidad correspondiente para revisión de quien se encuentre interesado.
Participación o retiro:	Usted cuenta con la libertad de retirar su consentimiento informado en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, no habrá prejuicios en caso de suspender su participación. Se ofrece la oportunidad de hacer preguntas y
Privacidad y confidencialidad:	El uso de la información será anónimo y confidencial. Toda la información que usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por los integrantes del estudio de investigación y para los fines establecidos en el mismo. Su información quedará encriptada o identificada con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá usted ser identificado. El participante cuenta con la seguridad de que no se identificará su personalidad y se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad. Se garantiza por medio de este escrito al participante que sus datos no podrán ser vistos o utilizados por otras personas ajenas al estudio, ni
En caso de colección de material biológico (si aplica): No aplica.	
No autoriza que se tome la muestra.	
Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	
Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si	No aplica

Beneficios al término del estudio: Informar sobre los resultados obtenidos.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Med. Esp. Manuel Herrera Ávalos
Especialista en Medicina Familiar
Médico Familiar en UMF 16, Querétaro.
Matricula: 99175412
Director Metodológico de tesis
Celular: 442 332 64 28
Correo electrónico: manuel.herreraav@imss.gob.mx

Med. Gral. Briseiry Jazmín Sánchez Hernández
Residente de Medicina Familiar de primer año
Unidad de adscripción: UMF 16 Querétaro
Matricula: 99238222
Celular: 4427771129
Correo electrónico: bj Sanchez.124@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230,

Nombre y firma del Nombre y firma de quien obtiene el

Nombre y firma testigo:

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información