



Universidad Autónoma de Querétaro  
Facultad de Medicina

**“FACTORES ASOCIADOS A LA FALTA DE ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO  
ANTIDEPRESIVO EN EL ADULTO MAYOR EN LA CONSULTA EXTERNA DE  
GERIATRÍA DEL HGR1 EN QUERÉTARO”**

**Tesis**

Que como parte de los requisitos para obtener el Grado de

**Especialidad en Geriatría**

Presenta:

\_Francisco Javier Jiménez González

Dirigido por:

Med. Esp. José Juan García González

Co-dirigido por:

Med. Esp. Juan Carlos Márquez Solano

Centro Universitario, Querétaro, Qro. México.

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

**“FACTORES ASOCIADOS A LA FALTA DE ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO  
ANTIDEPRESIVO EN EL ADULTO MAYOR EN LA CONSULTA EXTERNA DE  
GERIATRÍA DEL HGR1 EN QUERÉTARO”**

**Tesis**

Que como parte de los requisitos para obtener el Grado de

**Especialidad en Geriatría**

Presenta:

Francisco Javier Jiménez González

Dirigido por:

Med. Esp. José Juan García González

Co-dirigido por:

Med. Esp. Juan Carlos Márquez Solano

Presidente: Med. Esp. José Juan García  
González

Secretario: Med. Esp. Juan Carlos  
Delgado Márquez

Vocal: Med. Esp. Mayra Gabriela Ríos  
Quintana

Suplente: Med. Esp. Guillermo Antonio  
Lazcano Botello

Suplente: Med. Esp. José Almeida  
Alvarado

Centro Universitario, Querétaro, Qro.  
México.

## Resumen

**Introducción:** La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes, caracterizada por una disminución del ánimo, pérdida de interés y dificultades para disfrutar experiencias previas. La adherencia al tratamiento antidepresivo es un factor clave en su eficacia, sin embargo, un alto porcentaje de pacientes interrumpe su tratamiento en los primeros meses.

**Objetivo:** Identificar los factores asociados a la falta de adherencia del tratamiento antidepresivo en el adulto mayor en la consulta externa de geriatría del Hospital General Regional No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Querétaro.

**Material y métodos:** Estudio transversal, analítico, observacional y retrolectivo. Se entrevistaron pacientes mayores de 65 años diagnosticados con depresión y que recibieron tratamiento antidepresivo en los últimos seis meses. Se evaluaron factores como edad, sexo, escolaridad, deterioro cognitivo, multimorbilidad, polifarmacia, efectos adversos, déficit visual y relación médico-paciente. El análisis estadístico incluyó pruebas descriptivas e inferenciales mediante regresión logística binaria.

**Consideraciones éticas:** Se obtuvo aprobación del comité de ética del IMSS y consentimiento informado de los participantes, garantizando la confidencialidad y el respeto a los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

**Resultados:** Se incluyeron 138 pacientes, con una edad media de 78.72 años ( $\pm 6.91$ ). La adherencia al tratamiento fue del 48.6%, mientras que el 51.4% no se adhirió. Las variables con significancia estadística asociadas a la falta de adherencia fueron el no entender el diagnóstico y tratamiento (RM 3.4, IC 95%: 1.601-7.235,  $p=0.003$ ) y la presencia de efectos adversos (RM 3.5, IC 95%: 1.5-8.108,  $p=0.005$ ).

**Conclusiones:** Se identificó que la relación médico-paciente y la comprensión del diagnóstico y tratamiento son factores clave en la adherencia. Los efectos adversos influyen significativamente en el abandono del tratamiento. Se recomienda mejorar la comunicación médico-paciente y realizar un seguimiento cercano para mitigar efectos secundarios y aumentar la adherencia.

**Palabras clave:** Depresión, adulto mayor, adherencia al tratamiento, efectos adversos, relación médico-paciente.

## Summary

**Objective:** Identify factors associated with non-adherence to antidepressant treatment in older adults attending outpatient geriatrics at the Regional General Hospital No. 1 of the Mexican Social Security Institute in Querétaro.

**Materials and Methods:** A cross-sectional, analytical, observational, and retrospective study. Patients over 65 years diagnosed with depression and prescribed antidepressants in the last six months were interviewed. Factors such as age, gender, education, cognitive impairment, multimorbidity, polypharmacy, adverse effects, visual impairment, and doctor-patient relationship were assessed. Statistical analysis included descriptive and inferential tests using binary logistic regression.

**Ethical Considerations:** Approved by the IMSS ethics committee, with informed consent obtained, ensuring confidentiality and adherence to ethical principles of autonomy, beneficence, non-maleficence, and justice.

**Results:** The study included 138 patients, with a mean age of 78.72 years ( $\pm 6.91$ ). Treatment adherence was 48.6%, while 51.4% did not adhere. Statistically significant variables associated with non-adherence were lack of understanding of diagnosis and treatment (OR 3.4, 95% CI: 1.601-7.235,  $p=0.003$ ) and adverse effects (OR 3.5, 95% CI: 1.5-8.108,  $p=0.005$ ).

**Conclusions:** The doctor-patient relationship and understanding of diagnosis and treatment are key factors in adherence. Adverse effects significantly influence treatment discontinuation. Improving doctor-patient communication and closely monitoring adverse effects is recommended to enhance adherence.

**Key words:** Depression, older adults, treatment adherence, adverse effects, doctor-patient relationship.

## **Dedicatorias**

Dedico esta tesis a los pilares de mi vida:

Dios: Tú sabes la razón de ponerme en este camino y los planes que tienes para poder usar los conocimientos que aprendí y usarlos según tu guía

A mis padres (Juan y Mar) que me han brindado las herramientas para ser un buen ser humano, sin duda la mejor herencia que me pudieron dar. A mi hermana (Nan) que ha confiado y me ha motivado a seguir adelante, a mi abuelita (Mari) que sin dudar a estado conmigo en cada proyecto que quiero realizar y es un ejemplo de vida y dedicación para nunca rendirse a pesar de cualquier adversidad, y a mis familiares que han sido mi sostén y motivación en este camino, sin su apoyo y confianza no hubiera sido posible.

A Ale: Quien me ha acompañado en estos últimos meses y que ha depositado su confianza en mí para seguir adelante.

### **Agradecimientos**

Agradezco a todos mis profesores quienes han sido parte importante de mi formación para lograr ser el médico en el que me estoy convirtiendo, siendo parte de mi formación profesional.



## Índice

Contenido	Página
Resumen	3
Summary	5
Dedicatorias	6
Agradecimientos	7
Índice	8
Abreviaturas y siglas	10
I. Introducción	11
II. Antecedentes	13
III. Fundamentación teórica	15
III.2. Modelos Teóricos de la Depresión en el Adulto Mayor	15
III.2.1 Modelo Biopsicosocial	15
III. 2.2 Teoría monoaminérgica	16
III. 2.3 Teoría Cognitivo-Conductual	16
III.3. Factores Asociados a la Depresión en el Adulto Mayor	16
III. 3.1 Factores Biológicos	17
III. 3.2 Factores Psicológicos	17
III. 3.3 Factores Sociales	17
III. 4. Criterio diagnóstico	18
III. 4.1 Instrumentos para tamizaje de depresión	19
III. 4.2 Escala de Depresión Geriátrica (GDS)	20
III. 5. Tratamiento de depresión	21
III. 5.1 Tratamiento no farmacológico	21
III. 5.2 Tratamiento farmacológico	21
III. 5.3 Duración de tratamiento antidepressivo	22
III. 6. Fármacos antidepressivos	22
III. 6.1 Elección del tratamiento antidepressivo	25
III. 6.2 Elección del tratamiento antidepressivo en el adulto mayor	25
III. 7. Efectos adversos de los antidepressivos	26
III. 7.1 Posibles causas de efectos adversos de los antidepressivos	26
III. 8.1 Barreras para la Adherencia	28
III. 8.2 Estrategias para Mejorar la Adherencia	29
IV. Hipótesis	30
IV.1 Hipótesis General	30
IV. Hipótesis Específicas	30

V. Objetivos	31
V.1 Objetivo general	31
V.2 Objetivos específicos	31
VI. Material y métodos	32
VI.1 Tipo de investigación	32
VI.2 Población	32
VI.3 Muestra y tipo de muestreo	32
VI.3.1 Criterios de selección	32
VI.3.2 Variables estudiadas	34
VI.4 Técnicas e instrumentos	42
VI.5 Procedimientos	42
VI.5.1 Análisis estadístico	42
VI.5.2 Consideraciones éticas	43
VII. Resultados	44
VIII. Discusión	61
IX. Conclusiones	64
X. Propuestas	65
XI. Bibliografía	66
XII.I Anexos	69

## **Abreviaturas y siglas**

ATC: Antidepresivos tricíclicos

DSM-V: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición

GDS: Escala de Depresión Geriátrica

HGR: Hospital General Regional

IC: Intervalo de confianza

IMAO: Inhibidores de la monoaminooxidasa

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

IRDN: Inhibidores de la recaptación de dopamina y noradrenalina

IRNA: Inhibidores de la recaptación de noradrenalina

IRSN: Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina

ISRS: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

MoCA: Montreal Cognitive Assessment

NASSA: Antagonistas selectivos de serotonina y noradrenalina

OR: Razón de momios (Odds Ratio)

RM: Razón de momios

SIRELCIS: Sistema de Registro Electrónico de Comités de Ética en Investigación en Salud

## **I. Introducción**

La depresión es una de los trastornos psiquiátricos más prevalentes a nivel mundial, afectando a personas de todas las edades y estratos sociales. En la población adulta mayor, este trastorno cobra especial relevancia debido a su impacto en la calidad de vida, la funcionalidad y la morbilidad asociada a otras enfermedades crónicas. Se ha observado que el tratamiento antidepresivo, basado en la farmacoterapia, representa una de las estrategias terapéuticas más empleadas en la práctica clínica. Sin embargo, un problema recurrente en este grupo etario es la falta de adherencia al tratamiento, lo que compromete los resultados clínicos y el bienestar de los pacientes.

La adherencia terapéutica se define como el cumplimiento de las indicaciones médicas respecto al uso de medicamentos en términos de dosis, frecuencia y duración del tratamiento. En el caso de los antidepresivos, la adherencia cobra una importancia crucial debido al tiempo necesario para alcanzar la respuesta terapéutica del tratamiento y la necesidad de una suspensión gradual para evitar efectos adversos por interrupción abrupta. No obstante, se ha reportado que entre el 30 y el 70% de los pacientes interrumpen la medicación dentro de los primeros tres meses de tratamiento, lo que limita su eficacia y favorece la recurrencia de episodios depresivos.

Diversos factores han sido asociados a la falta de adherencia en el adulto mayor, entre los que destacan la edad, el nivel educativo, la presencia de deterioro cognitivo, la multimorbilidad, la polifarmacia, los efectos adversos de los medicamentos y la relación médico-paciente. Estudios previos han identificado que la comprensión inadecuada del diagnóstico y el tratamiento, así como la presencia de eventos adversos, representan barreras significativas para la adherencia. Asimismo, la polifarmacia y la coexistencia de diversas patologías crónicas pueden

generar dificultades en la administración del tratamiento, incrementando la posibilidad de omisiones o suspensiones no supervisadas.

En este contexto, el presente estudio tiene como objetivo identificar los factores asociados a la falta de adherencia del tratamiento antidepresivo en el adulto mayor atendido en consulta externa de geriatría del Hospital General Regional No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Querétaro. A través de un diseño transversal analítico y observacional, se analizará la influencia de variables sociodemográficas, clínicas y terapéuticas en la adherencia al tratamiento, con la finalidad de generar información relevante para la implementación de estrategias que mejoren la adherencia y optimicen los resultados en salud de esta población vulnerable.

Esta investigación cobra relevancia en el ámbito de la salud pública y la atención geriátrica, ya que la adherencia terapéutica es un factor determinante en la eficacia del tratamiento de la depresión y en la prevención de sus complicaciones. Al comprender los factores que inciden en el cumplimiento terapéutico, se podrán diseñar intervenciones orientadas a fortalecer la educación del paciente, mejorar la comunicación con el equipo de salud y minimizar los efectos adversos de la farmacoterapia, contribuyendo así a una atención más efectiva y centrada en las necesidades del adulto mayor.

## **II. Antecedentes**

La depresión en el adulto mayor es una condición de alta prevalencia que ha sido ampliamente documentada en la literatura médica y psicológica. Se estima que entre el 7% y el 15% de los adultos mayores presentan síntomas depresivos clínicamente significativos, lo que impacta negativamente su bienestar general y su capacidad funcional (OMS, 2020). La Organización Mundial de la Salud reconoce a la depresión como una de las principales causas de discapacidad en esta población, resaltando la importancia de su diagnóstico y tratamiento oportunos (WHO, 2019).

Diversos estudios han demostrado que la falta de adherencia al tratamiento antidepresivo es un problema recurrente en la población geriátrica. Investigaciones previas indican que los adultos mayores presentan tasas significativamente más altas de interrupción temprana del tratamiento en comparación con grupos etarios más jóvenes (Gómez et al., 2020). Factores como la presencia de enfermedades crónicas concomitantes, la polifarmacia y la falta de comprensión del tratamiento han sido identificados como barreras clave para la adherencia terapéutica (Pérez & Ruiz, 2018).

Un análisis de estudios longitudinales ha señalado que la relación médico-paciente juega un papel crucial en la adherencia al tratamiento antidepresivo. Se ha observado que aquellos pacientes que perciben una comunicación clara y empática por parte de su médico tienen una mayor probabilidad de cumplir con el régimen terapéutico prescrito (Martínez et al., 2019). Asimismo, estrategias como el seguimiento telefónico, la educación sobre la enfermedad y el apoyo familiar han mostrado resultados positivos en la mejora de la adherencia en adultos mayores (Rodríguez & Vargas, 2021).

En el contexto mexicano, los estudios sobre adherencia terapéutica en geriatría han reportado hallazgos similares. Investigaciones realizadas en unidades de atención primaria han evidenciado que los efectos adversos de los

antidepresivos, junto con la desinformación sobre la importancia del tratamiento, son factores determinantes en la decisión de suspender la medicación (Hernández & Fernández, 2022). Además, la estigmatización de los trastornos psiquiátricos en el adulto mayor sigue siendo un obstáculo significativo para la búsqueda de atención y el mantenimiento del tratamiento (López et al., 2020).

Por lo tanto, el presente estudio se fundamenta en la necesidad de identificar los factores específicos que influyen en la adherencia al tratamiento antidepresivo en la población geriátrica mexicana. A partir de la evidencia disponible, se pretende contribuir con información que permita diseñar estrategias de intervención efectivas para mejorar la adherencia y, en consecuencia, la calidad de vida de los adultos mayores con depresión (García & Sánchez, 2023).

### **III. Fundamentación teórica**

La depresión en adultos mayores es un problema de salud pública de gran relevancia, con implicaciones en la calidad de vida, el bienestar emocional y la funcionalidad física de los individuos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), se estima que la depresión afecta aproximadamente al 7% de la población adulta mayor a nivel mundial. Esta patología, caracterizada por la tristeza persistente, la pérdida de interés en actividades cotidianas y síntomas físicos asociados, impacta negativamente en el envejecimiento saludable y la autonomía de los adultos mayores (Blazer, 2018).

#### *III.2. Modelos Teóricos de la Depresión en el Adulto Mayor*

Diferentes enfoques teóricos han intentado explicar las causas y manifestaciones de la depresión en adultos mayores, entre ellos destacan:

##### *III.2.1 Modelo Biopsicosocial*

Este modelo, propuesto por Engel (1977), establece que la depresión es el resultado de una interacción compleja entre factores biológicos, psicológicos y sociales.

- Biológicos: Alteraciones neuroquímicas, reducción de serotonina y dopamina, cambios estructurales en el cerebro.
- Psicológicos: Duelo, baja autoestima, patrones de pensamiento negativos.
- Sociales: Aislamiento, falta de apoyo familiar, disminución de roles sociales.

Estudios recientes han reforzado este modelo al demostrar la interdependencia de estos factores en la etiología y progresión de la depresión en adultos mayores (Katz & McHugh, 2020).



### *III.2.2 Teoría monoaminérgica*

La hipótesis neuroquímica sugiere que los niveles reducidos de neurotransmisores como serotonina, noradrenalina y dopamina desempeñan un papel clave en la aparición de síntomas depresivos (Miller et al., 2021).

Los antidepresivos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) han sido ampliamente utilizados basados en esta teoría. Sin embargo, estudios recientes han señalado que otros factores como la neuroinflamación y el estrés oxidativo también pueden influir en la patogénesis de la depresión geriátrica (Felger & Lotrich, 2019).

### *III.2.3 Teoría Cognitivo-Conductual*

Beck (1976) propuso que la depresión surge de esquemas cognitivos negativos, en los cuales el paciente mantiene creencias distorsionadas sobre sí mismo, el mundo y el futuro.

- La terapia cognitivo-conductual (TCC) basada en esta teoría ha mostrado ser efectiva en el tratamiento de la depresión en adultos mayores (Cuijpers et al., 2020).
- La combinación de TCC con tratamiento farmacológico ha demostrado mejorar los síntomas depresivos en comparación con el uso de solo fármacos (Hofmann et al., 2019).

### *III.3. Factores Asociados a la Depresión en el Adulto Mayor*

La depresión en esta población es multifactorial, influenciada por aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

### *III.3.1 Factores Biológicos*

- Cambios estructurales en el cerebro, como la atrofia del hipocampo.
- Enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer y el Parkinson.
- Polifarmacia y efectos secundarios de medicamentos (Gnjidic et al., 2015).

### *III.3.2 Factores Psicológicos*

- Duelo y pérdida de seres queridos.
- Historial de eventos traumáticos.
- Percepción de inutilidad y desesperanza (Blazer, 2018).

### *III.3.3 Factores Sociales*

- Aislamiento y falta de redes de apoyo.
- Barreras económicas y acceso limitado a servicios de salud mental.
- Estigmatización de la salud mental en adultos mayores (Cacioppo & Cacioppo, 2018).

### III.4. Criterios diagnóstico

Para poder realizar el diagnóstico de trastorno depresivo mayor nos basamos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 TR. Imagen 1.

<p>A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas. (Nota: en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable).</li><li>2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).</li><li>3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: en los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado).</li><li>4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.</li><li>5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi todos los días.</li><li>6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.</li><li>7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).</li><li>8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).</li><li>9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.</li></ol>
<p>B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>
<p>C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.</p>
<p>D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.</p>
<p>E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.</p>

Imagen 1 Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según DSM-5

El sentimiento de tristeza puede ser menos común en adultos mayores con depresión con respecto a la población joven con este diagnóstico, mientras que los cambios de humor como son la irritabilidad, los síntomas somáticos y la ansiedad pudieran estar de manera más predominante que la tristeza. Las alteraciones psicosociales son importantes, como la muerte de un ser querido o la pérdida de la salud, que son situaciones frecuentes en el adulto mayor, y pueden desencadenar cambios en el estado de ánimo similares a un episodio depresivo, sin embargo estas reacciones son propias del duelo y se espera sean transitorias, aunque en algunos casos pudieran ser eventos desencadenantes para un episodio depresivo mayor.

En el DSM-5, presenta diferencia con las ediciones previas, la pena después del deceso de un ser querido no se considera excluyente, dependerá del tiempo y la resolución de los síntomas expresados por el paciente. Se debe prestar suma atención con las enfermedades médicas puesto que complica la atención de la depresión. Las personas con depresión tardía tienen tasas más altas de afecciones presentes así como polifarmacia que sus contrapartes no deprimidas.

La conexión entre la depresión y una enfermedad médica concurrente puede ser bidireccional: condiciones médicas como el dolor crónico pueden aumentar el riesgo de depresión, mientras que la depresión está relacionada con peores resultados en enfermedades como la cardíaca.

#### III.4.1 Instrumentos para tamizaje de depresión

Existen varios instrumentos algunos de ellos enfocados en los adultos mayores. La de mayor uso es la Geriatric Depression Scale. Estas escalas incluyen puntos sobre insomnio, ansiedad, humor, inhibición, pensamientos de muerte, culpabilidad, síntomas somáticos, síntomas paranoides, síntomas compulsivos, entre otros (Salgado 2011)

### III.4.2 Escala de Depresión Geriátrica (GDS)

Existen varios instrumentos para el tamizaje para el trastorno depresivo mayor, algunas de ellas enfocadas en los adultos mayores. La de mayor uso es la Geriatric Depression Scale, desarrollado por Yesavage et al en 1982, la escala es un cuestionario diseñado para evaluar síntomas depresivos en adultos mayores. Existen versiones validadas en español, incluyendo la de 30 ítems (GDS-30) y versiones abreviadas como la de 15 ítems (GDS-15) y la de 5 ítems (GDS-5).

Estas escalas incluyen puntos sobre insomnio, ansiedad, humor, inhibición, pensamientos de muerte, culpabilidad, síntomas somáticos, síntomas paranoides, síntomas compulsivos, entre otros.

EL GDS-30 es la versión más grande de la escala, está compuesto por 30 ítems; en su versión original, la puntuación va de 0 (no deprimido) a 30 (depresión grave) con un punto de corte en la puntuación 11. Tiene una alta sensibilidad de aproximadamente 95,7 % y una especificidad (92,4%).

El GDS-15 es la forma abreviada (GDS-15) o versión corta es una escala de calificación de depresión ampliamente utilizada para los adultos mayores, la puntuación va de 0-4 normal, 5 o más, presenta síntomas depresivos tiene una sensibilidad del 95,7 % y una especificidad del 84,3 %.

El GDS-5, basado en la necesidad de darle un uso rutinario en atención ambulatoria, Hoyl, C. Alessi, L. Rubenstein et al desarrollaron la versión de 5 ítems. Los autores encontraron que un puntaje de 5 o más respuestas positivas son sugerentes de depresión y encontraron en la GDS-5 una sensibilidad de 97% y especificidad de 85%. (Izal et al., 2007)

### III.5.Tratamiento de depresión

En el tratamiento de la depresión enfocado en el adulto mayor es el tratamiento antidepresivo como son los antidepresivos (medicamentos), las terapias físicas, como la terapia electroconvulsiva (TEC), así como el tratamiento no farmacológico que está enfocado en la psicoterapia (en varias de sus modalidades la principal es la terapia conductivo conductual).(González 2018)

#### III.5.1 Tratamiento no farmacológico

Existe evidencia prometedora para las intervenciones de ejercicio y mente-cuerpo (p. ej., tai chi, yoga) para reducir los síntomas depresivos en la vejez, ya sea solos o en combinación con otras terapias. La actividad física en forma de ejercicio es un importante guía no farmacológica para ayudar a mejorar el estado de ánimo en los adultos mayores. Los médicos deben utilizar su juicio al recomendar el tipo de ejercicio y la duración, teniendo en cuenta las comorbilidades, la capacidad física y el nivel de motivación. Las psicoterapias con la mayor evidencia de efectividad en adultos mayores incluyen: terapias cognitivo-conductuales (TCC; individual y grupal) y terapia de resolución de problemas (PST). PST se puede proporcionar a adultos mayores con deterioro cognitivo y disfunción ejecutiva. La TCC y la PST también han demostrado beneficios para los adultos mayores con depresión y comorbilidad médica. (CCFSSM 2021). El tiempo en el cual se administre el tratamiento farmacológico va a depender de si se trata de el primer episodio depresivo o no.

#### III.5.2 Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico, por lo general, está dirigido a pacientes con depresión mayor o trastorno depresivo mayor. No se aconseja iniciar un tratamiento con

medicamentos en aquellos que presentan síntomas depresivos leves, salvo en situaciones específicas. (López 2016)

La dosis inicial debe ser la dosis mínima terapéutica durante la primera semana para evitar, en la medida de lo posible, que los efectos adversos sean de tal intensidad que lleve al paciente a abandonar el tratamiento. A partir de la segunda semana se puede aumentar la dosis. El periodo de latencia antidepressiva de los medicamentos es de dos a tres semanas. (Alvarez J 2023 )

### III.5.3 Duración de tratamiento antidepressivo

Las pautas a seguir son:

- Identificar si es el primer episodio depresivo: una vez que se haya identificado la remisión completa de los síntomas (en 1 o 2 meses en la mayoría de los casos ), se debe de mantener el tratamiento por lo menos otros 6 meses con una reducción de manera gradual en 2 meses más.
- Identificar si no es el primer episodio depresivo:
  - Episodio previo: 12 meses después de la remisión
  - Paciente con dos episodios previos: 2 años después de la remisión
  - Paciente con depresión recurrente con 3 o más episodios anteriores o un episodio grave, como lo es las tentativas suicidas, o más de 75 años, se deberá mantener a tratamiento durante periodos de 5 años , en algunos casos durante toda la vida, esto para prevenir nuevos episodios.(Hidalgo 2018)

○

### III.6. Fármacos antidepressivos

Actualmente hay una amplia variedad de antidepressivos que se pueden clasificar según su perfil bioquímico.

La efectividad del tratamiento farmacológico para la depresión mayor en adultos está bien establecida, aunque persisten dudas sobre cuál antidepresivo es el más adecuado. En términos generales, a mayor gravedad de los síntomas de depresión, mayor es el beneficio del tratamiento farmacológico. (Ministerio de Sanidad SSEI 2023). Existen diferentes tipos de antidepresivos. Tabla 1.



## Antidepresivos: tipos, dosis y vida media

Clasificación / Medicamento		Dosis diaria	Frecuencia de administración	Vida media (horas)
<b>1ª GENERACIÓN</b>				
<b>IMAO</b>	Tranilcipromina	20-30 (hasta 60 mg)	2 veces al día	2-4
	Moclobemida	300-600 mg	2 ó 3 veces al día	1-2
<b>ATC</b>	Amitriptilina	50-150 mg (hospitalizados: hasta 200 mg)	2 ó 3 veces al día	9-25
	Ciompipramina	100-150 mg (hasta 250 mg)	Varias veces al día	22-84
	Imipramina	50-200 mg	Varias veces al día	10-16
	Trimipramina	300-400 mg (en depresión mayor)	2 ó 3 veces al día	9-11
	Nortriptilina	75-100 mg (hospitalizados: hasta 150 mg)	Varias veces al día	18-35
	Doxepina	50-150 mg (hasta 300 mg)	2 ó 3 veces al día	11-23
	Tianeptina	37,5 mg	3 veces al día	2-3
	Mianserina	30-200 mg	1 ó varias veces al día	21-61
<b>Heterocíclicos</b>	Maprotilina	25-150 mg	1 ó varias veces al día	27-55
<b>2ª GENERACIÓN</b>				
<b>ISRS</b>	Citalopram	20-40 mg	1 vez al día	35
	Escitalopram	10-20 mg	1 vez al día	27-32
	Fluoxetina	20-60 mg	1 ó 2 veces al día	84-144
	Fluvoxamina	100-300 mg	1 ó 2 veces al día	13-22
	Paroxetina	20-50 mg	1 vez al día	15-20
	Sertralina	50-200 mg	1 vez al día	26
<b>2ª GENERACIÓN: POSTERIORES</b>				
<b>IRSN (duales)</b>	Duloxetina	60 mg (hasta 120 mg)	1 vez al día	11-16
	Venlafaxina	75-375 mg	1 vez al día (retard) ó Varias veces al día	3-13
	Desvenlafaxina	50-200 mg	1 vez al día	11
<b>IRDN</b>	Bupropión	150-300 mg	1 vez al día	21
<b>IRNA</b>	Reboxetina	8-12 mg	Varias veces al día	12
<b>NASSA</b>	Mirtazapina	15-45 mg	1 vez al día	20-40
<b>ASIR</b>	Trazodona	150-400 mg (hospitalizados: hasta 600 mg)	Varias veces al día	7
<b>Agonista melatoninérgico</b>	Agomelatina	25-50 mg	1 vez al día (al acostarse)	1-2
<b>Multimodal</b>	Vortioxetina	5-20 mg	1 vez al día	66
ND: no disponible <b>ASIR:</b> Antagonistas receptores serotoninérgicos 5-HT <sub>2</sub> e Inhibidores débiles captación serotonina; <b>IRDN</b> (o dopaminérgicos): Inhibidores selectivos recaptación dopamina y noradrenalina; <b>IRNA</b> (o noradrenérgicos): Inhibidores selectivos recaptación noradrenalina; <b>IRSN</b> (o duales): Inhibidores selectivos recaptación serotonina y noradrenalina; <b>ISRS</b> (o serotoninérgicos): Inhibidores selectivos recaptación de serotonina; <b>NASSA:</b> Antagonistas selectivos de serotonina y noradrenalina; <b>Multimodal:</b> Antagonistas y agonistas receptores serotoninérgicos e inhibición transportador serotoninérgico.				

Tabla 1. Pública EAdS. Depresión: ISRS frente a antidepresivos posteriores de 2ª generación. Boletín Terapéutico Andaluz 2016;31.

### III.6.1 Elección del tratamiento antidepresivo

El tratamiento inicial se basará principalmente de acuerdo a los eventos secundarios y su tolerabilidad, la demostración previa al tratamiento, los síntomas, las interacciones, la opinión del paciente, las múltiples enfermedades y los costos. Se ha evidenciado que los ISRS pueden ser en gran parte de los pacientes los fármacos de primera elección, ya que su respuesta ha sido igual de efectiva que otros antidepresivos y tienen una relación beneficio/riesgo favorable. Dentro de los antidepresivos como son que sertralina, citalopram y fluoxetina forman la primera línea del tratamiento en la mayor parte de los pacientes, aunque la individualización del paciente en las etapas de la vida puede cambiar. (Servicio Andaluz de Salud 2022)

Si bien los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRS) son los fármacos con más respaldo y con mejor equilibrio beneficio-riesgo, también se puede hacer uso de otros antidepresivos como los inhibidores de la receptación de serotonina y noradrenalina (IRSN o “duales”). Los nuevos antidepresivos no han mostrado ser más seguro ni eficaces que los ISRS, por lo usarlos solo podría tomarse en consideración si los pacientes no responden a los ISRS o no hubo tolerancia. Los antidepresivos tricíclicos (ATC), de acuerdo a su posibilidad de eventos adversos, deberíamos de considerarlo solo si el paciente tiene depresión grave y/o resistente con el uso de otros antidepresivos que no fueron eficaces o que no fueron tolerados.

### III.6.2 Elección del tratamiento antidepresivo en el adulto mayor

Cuando se seleccione el medicamento para el adulto mayor se debe tener en cuenta que hay las modificaciones en el organismo por el envejecimiento, la múltiples patologías, la polifarmacia y la fisiopatología de la depresión. Puesto que

el objetivo del tratamiento es la remisión de la síntomas y no sólo la mejoría. (González 2018)

### III.7. Efectos adversos de los antidepresivos

El uso de antidepresivos puede provocar la aparición de eventos no deseados, interacciones con otros medicamentos prescritos, o situaciones clínicas que podrían llevarnos a considerar un cambio de tratamiento o la suspensión. Los efectos adversos suelen manifestarse al inicio del tratamiento y tienden a desaparecer en las primeras semanas, por lo que una estrategia común en casos leves es esperar a que disminuyan. (Hidalgo 2018)

Los efectos adversos de los antidepresivos van a ser diferentes en función de los grupos farmacológicos empleados.

Los eventos adversos en pacientes con múltiples comorbilidades pueden minimizarse mediante la selección cuidadosa de medicamentos que probablemente no empeoren o compliquen los problemas médicos específicos del paciente.

En los antidepresivos usados, los efectos secundarios aparecieron en un 15% de los usuarios, pero sólo en un 5% provocó que suspendieran el medicamento. Por lo que el personal que prescriba el fármaco deberá diferenciar entre la toxicidad del fármaco o la presencia de síntomas depresivos como lo son astenia, ansiedad, alteraciones en el patrón del sueño. Debemos de tener cuidado con las dosis infra terapéuticas del medicamentos ya que ayuda a reducir los efectos adversos pero no trata de manera adecuada la depresión.

#### III.7.1 Posibles causas de efectos adversos de los antidepresivos

Los efectos dependen de diferentes factores:

- Las propiedades farmacológicas y sus efectos esencialmente alfa adrenérgico y anticolinérgico.
- La posología y el ritmo de administración.
- La sensibilidad individual de cada paciente.
- Las eventuales asociaciones e interacciones medicamentosas.

Debido a las preocupaciones sobre la prolongación del intervalo QTc con citalopram y escitalopram, e incorporando el nivel de evidencia, recomendamos sertralina o duloxetina como medicamentos de primera línea para un episodio agudo de depresión mayor en adultos mayores. Citalopram y escitalopram siguen siendo opciones útiles.

Los ISRS tiene efectos gastrointestinales importantes como son como las náuseas, vómitos, hiporexia, anorexia, efectos gastrointestinales como el estreñimiento. Efectos neurológicos como somnolencia, agitación entre otros como astenia, disfunción sexual y cefalea. (Medina 2004)

Hay una variedad de otros antidepresivos apropiados para adultos mayores, como venlafaxina, bupropión y mirtazapina.

Además, la vortioxetina es un antidepresivo relativamente nuevo, que ha demostrado ser beneficioso para los adultos mayores, incluida alguna evidencia de mejora en la disfunción cognitiva relacionada con la depresión. En la mayoría de los casos, no se recomienda fluoxetina debido a su larga vida media biológica, así como la paroxetina debido a sus mayores efectos anticolinérgicos y no se recomiendan los inhibidores de la monoaminooxidasa de primera generación debido a un mayor riesgo de interacciones medicamentosas y medicamentosas graves. Los antidepresivos tricíclicos solo debe considerarse como agentes de tercera línea con

la debida consideración de sus efectos secundarios potencialmente graves (CCFSSM 2021) .

### Perfil de efectos adversos y letalidad por sobredosis de los antidepresivos

MEDICAMENTO		EFECTO ADVERSO							
		Anticolinérgico (Boca seca, sudación)	Sedación	SNC (Insomnio, agitación)	Hipotensión postural	Gastrointestinal (Náuseas, diarrea)	Disfunción sexual	Aumento de peso	Letalidad en sobredosis
<b>IMAO</b>	Tranilcipromina	+	+	++	++	+	++	+	Alta
	Moclobemida	—	—	+	—	—	—	—	Baja
<b>ATC</b>	Amitriptilina	++	++	—	++	—	+	++	Alta
	Clomipramina	++	++	+	++	+	++	+	Moderada
	Imipramina	++	+	+	++	—	+	+	Alta
	Nortriptilina	+	+	+	+	—	+	—	Alta
<b>Heterocicli- cos</b>	Mianserina	—	++	—	—	—	—	—	Baja
	Maprotilina	++	++	—	—	—	+	++	Alta
<b>ISRS</b>	Citalopram	—	—	+	—	++	++	—	Baja/ Moderada
	Escitalopram	—	—	—	—	+/-	+	+/-	ND
	Fluoxetina	—	—	+	—	++	++	—	Baja
	Fluvoxamina	—	—	+	—	++	++	—	Baja
	Paroxetina	—	—	+	—	++	++	+/-	Baja
	Sertralina	—	—	+	—	++	++	—	Baja
<b>IRSN (duales)</b>	Duloxetina	—	—	+	—	++	++/+	—	Moderada
	Venlafaxina	+/-	—	+	+/-	+/-	++	++/-	Moderada
	Desvenlafaxina	+/-	—	+	+	+	—	+	ND
<b>Otros</b>	Bupropión	—	—	+	—	—	—	—	Moderada
	Reboxetina	+	—	+	—	—	+/-	—	Baja
	Mirtazapina	—	++	—	—	—	—	++	Baja
	Trazodona	+/-	++	—	++	—	—	+	Baja
	Agomelatina	—	—	—	—	—	—	—	ND

— : raramente ; + : ocasionalmente; ++ : frecuentemente; ND: no disponible.  
 ATC: antidepresivos tricíclicos; ISRS: inhibidores selectivos de recaptación de serotonina; IRSN: inhibidores selectivos de recaptación de serotonina y nora-  
 drenalina.

Tabla 2. Pública EAdS. Depresión: ISRS frente a antidepresivos posteriores de 2a generación. Boletín Terapéutico Andaluz 2016;31.

### III.8. Adherencia al Tratamiento Antidepresivo

Uno de los mayores retos en el manejo de la depresión en adultos mayores es la adherencia al tratamiento. Estudios han indicado que entre el 30% y el 70% de los pacientes interrumpen su tratamiento dentro de los primeros tres meses (González et al., 2021).

#### III.8.1 Barreras para la Adherencia

- Efectos adversos de los fármacos: Náuseas, insomnio y alteraciones cognitivas (Smith et al., 2020).

- Falta de percepción de necesidad del tratamiento: Muchos pacientes creen que la medicación no es necesaria (Lin et al., 2019).
- Relación médico-paciente deficiente: Falta de empatía y comunicación clara (Jiménez & López, 2022).

### III.8.2 Estrategias para Mejorar la Adherencia

- Educación sobre la enfermedad y el tratamiento: Información adecuada mejora la adherencia en un 25% (Martínez et al., 2021).
- Seguimiento clínico y monitoreo: Llamadas de seguimiento y consultas regulares han mostrado reducir las tasas de abandono del tratamiento (Bosworth et al., 2011).
- Intervenciones psicoterapéuticas: La combinación de terapia cognitiva con tratamiento farmacológico aumenta la efectividad del manejo de la depresión (Karyotaki et al., 2021).

## IV. Hipótesis

### IV.1 Hipótesis General

La falta de adherencia al tratamiento antidepresivo en adultos mayores atendidos en consulta externa de geriatría del Hospital General Regional No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Querétaro está significativamente influenciada por factores sociodemográficos, clínicos y terapéuticos, lo que impacta negativamente en la efectividad del tratamiento y la calidad de vida de los pacientes.

### IV. 2 Hipótesis Específicas

1. **Factores sociodemográficos y adherencia:** La edad avanzada, el bajo nivel educativo y la ausencia de una red de apoyo familiar están asociados con una menor adherencia al tratamiento antidepresivo en adultos mayores.
2. **Factores clínicos y adherencia:** La presencia de comorbilidades crónicas y el deterioro cognitivo influyen negativamente en la continuidad del tratamiento antidepresivo en esta población.
3. **Factores terapéuticos y adherencia:** La polifarmacia y los efectos adversos de los medicamentos son barreras significativas para la adherencia al tratamiento antidepresivo en adultos mayores.
4. **Intervenciones y adherencia:** La implementación de estrategias de educación para el paciente y seguimiento clínico periódico mejora la adherencia al tratamiento y los resultados terapéuticos en pacientes geriátricos con depresión.
5. **Impacto de la relación médico-paciente:** Una comunicación efectiva y empática entre el personal de salud y el paciente incrementa la probabilidad de adherencia al tratamiento antidepresivo en adultos mayores.

## **V. Objetivos**

### **V.1 Objetivo general**

Identificar los factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento antidepresivo en adultos mayores atendidos en consulta externa de geriatría del Hospital General Regional No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Querétaro, con el fin de generar estrategias de intervención que mejoren la adherencia terapéutica y la calidad de vida de los pacientes.

### **V.2 Objetivos específicos**

1. Analizar la influencia de factores sociodemográficos como edad, género, nivel educativo y apoyo social en la adherencia al tratamiento antidepresivo en adultos mayores.
2. Evaluar el impacto de las comorbilidades crónicas y el deterioro cognitivo en la continuidad del tratamiento antidepresivo.
3. Identificar el efecto de la polifarmacia y los efectos adversos de los medicamentos en la adherencia al tratamiento antidepresivo en la población geriátrica.
4. Examinar la relación entre la calidad de la comunicación médico-paciente y la adherencia al tratamiento en adultos mayores con depresión.
5. Diseñar y proponer estrategias de educación y seguimiento clínico para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes geriátricos con depresión.
6. Determinar el impacto de las intervenciones de apoyo psicosocial en la adherencia al tratamiento antidepresivo y en la percepción del bienestar en adultos mayores.

## **VI. Material y métodos**



## **VI.1 Tipo de investigación**

El presente estudio es de tipo observacional, transversal y analítico. Se llevará a cabo un análisis de los factores asociados a la adherencia al tratamiento antidepresivo en adultos mayores, utilizando técnicas de recolección de datos mediante encuestas y revisión de expedientes clínicos.

## **VI.2 Población**

La población del estudio estará conformada por adultos mayores de 60 años atendidos en consulta externa de geriatría del Hospital General Regional No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Querétaro, diagnosticados con depresión y bajo tratamiento farmacológico antidepresivo.

## **VI.3 Muestra y tipo de muestreo**

Se realizará un muestreo no probabilístico por conveniencia, seleccionando a aquellos pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y acepten participar en el estudio. Se espera reclutar un mínimo de 150 participantes para garantizar una adecuada representatividad y análisis estadístico.

### **VI.3.1 Criterios de selección**

#### *Criterios de inclusión*

- Adultos mayores de 60 años o más.
- Diagnóstico clínico de trastorno depresivo mayor confirmado por un médico especialista.
- En tratamiento con antidepresivos por al menos tres meses.
- Consentimiento informado firmado para participar en el estudio.

#### *Criterios de exclusión*

- Pacientes con deterioro cognitivo severo que impida la comprensión del estudio.
- Diagnóstico de trastornos psiquiátricos distintos a la depresión mayor.
- Uso de medicamentos antidepresivos por indicaciones distintas a la depresión.

#### *Criterios de eliminación*

- Retiro voluntario del estudio.
- Datos incompletos en las encuestas aplicadas.

### VI.3.2 Variables estudiadas

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable y Escala	Unidad de medida
<b>Depresión</b>	Trastorno mental que se caracteriza por la disminución del estado de ánimo, manifestada por tristeza o anhedonia, con 5 de los siguientes 9 síntomas; alteraciones del sueño, apetito, concentración, irritabilidad, ideación de muerte, sentimiento de inutilidad, enlentecimiento psicomotor y fatiga.	Se identificaran a los adultos mayores que expresan síntomas de depresión mediante la escala GDS (Yesavage), de 15 ítems	Cuantitativa Discreta	0-4 Normal 5-8 Síntomas depresivos leves 9-10 Síntomas depresivos moderadas 12-15 Síntomas depresivos severos
<b>Antidepresivo</b>	Medicamento psicotrópico utilizado para tratar la depresión	Medicamento antidepresivos indicados por el médico tratante del paciente , y será corroborado en el expediente clínico.	Cualitativa Nominal	ISRS IMAO ATC Heterocíclicos IRSN IRDN IRNA NASSA ASIR

				Agonista melatoninérgico
<b>Falta de adherencia terapéutica</b>	Incumplimiento en el seguimiento de las indicaciones médicas.	Para identificar la falta de adherencia se aplicará el Test Haynes-Sacket	Cualitativa Nominal	<p>Con falta de adherencia</p> <p>Se considera con falta de adherencia si tiene dificultad en alguna de las tres preguntas. Sin falta de Adherencia</p> <p>Se considera sin falta de adherencia cuando contesta sin dificultad en las tres preguntas.</p>
<b>Adherencia terapéutica</b>	Cumplimiento en el seguimiento de las indicaciones médicas.	Para identificar la adherencia se aplicará el Test Morisky – Green	Cualitativa Nominal	Con adherencia

				<p>Cuando contesta en forma correcta a las 4 preguntas.</p> <p>Sin adherencia.</p> <p>Cuando contesta en forma incorrecta a alguna pregunta.</p>
<b>Efecto adverso</b>	Cualquier experiencia indeseable relacionada con el uso de un medicamento o de otro producto médico.	Evento adverso indicado por el paciente , y será verificado en su expediente.	Cualitativa Nominal	<p>Anticolinérgico</p> <p>Sedación</p> <p>Hipotensión postural</p> <p>Insomnio</p> <p>Agitación</p> <p>Gastrointestinal</p> <p>Disfunción sexual</p>

				Aumento de peso Arritmia
<b>Polifarmacia</b>	Ingestión de más de tres medicamentos al día	Se interroga sobre el número de medicamentos que toma en 24 horas, independientemente de las tomas.	Cualitativa Nominal	Con polifarmacia  Toman más de 3 medicamentos en 24 horas,  Sin polifarmacia  Toman 3 o menos fármacos en 24 horas.
<b>Comorbilidad</b>	Enfermedades crónicas y degenerativas de salud establecidas médicamente	Lo indicado por el médico tratante el paciente, y será corroborado en el expediente clínico. Hipotiroidismo Enfermedad	Cualitativa nominal	Con comorbilidad  La presencia de 2 o más enfermedades crónico-

		pulmonar obstructiva crónica Hipertensión arterial sistémica Diabetes tipo 2 Arritmias cardíacas Cardiopatía isquémica Epilepsia Trastorno del sueño Antecedente de EVC		degenerativa s.  Sin comorbilidad.  La ausencia o la presencia de solo una enfermedad crónica degenerativa .
<b>Total de comorbilidades</b>	Suma de comorbilidades diagnosticadas médicamente	Lo indicado por el paciente, y será verificado en su expediente.	Cuantitativa discreta	Números absolutos
<b>Tipo de convivencia</b>	Situación de convivencia, dentro del mismo núcleo familiar	Lo indicados por el paciente y familiar	Cualitativa nominal	El paciente vive solo  En pareja  Tiene cuidadores
<b>Apoyo para la ministración de</b>	Es el apoyo que brindan los familiares o cuidadores para otorgar los	Lo indicado por el médico tratante el paciente y familiar.	Cualitativa nominal	Si recibe apoyo

<b>medicamentos</b>	medicamentos de acuerdo a las órdenes médicas.			No recibe apoyo
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido en años desde la fecha de nacimiento.	Edad de años interrogada	Cuantitativa discreta	Años cumplidos
<b>Sexo</b>	Características fenotípicas de la persona	Característica biológica y fisiológica de la paciente	Cualitativa Nominal	Hombre Mujer
<b>Escolaridad</b>	Años estudiados desde la primaria	Lo indicado por el paciente y será verificado en su expediente	Cuantitativa discreta,	Se categorizará en 13 o más años (escolaridad alta) y menos de 12 años (escolaridad baja)
<b>Relación médico – paciente</b>	Interacción del profesional de la salud y el paciente y/o su familia, como proceso de comunicación , en donde les escuche y se les expliquen con claridad sus dudas.	Lo indicados por el paciente y familiar ¿Considera Usted que la relación entre Usted y sus médicos es buena?	Cualitativo Nominal	Si No
<b>Trastorno neurocognitivo</b>	Trastorno neurocognitivo ( con alteración en la	Puntuación obtenida en MoCA test , MiniMental o	Cuantitativa discreta	Análisis estadístico, se usaran las



	memoria, percepción y resolución de problemas)	cuestionario pfeiffer, obtenidos al momento en que se realiza el diagnóstico de depresión.	<p>En cuanto MoCa se categorizara en 26 o más puntos = sin trastorno neurocognitivo y 25 o menos puntos con trastorno neurocognitivo</p> <p>En Cuanto Minimental Puntaje &lt; 24 = Probable deterioro cognitivo. Puntaje &gt; 24 = Sin deterioro cognitivo.</p> <p>Cuestionario de pfiffer 2 errores valoración cognitiva normal , Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales)</p>	categorías de esta variable para la evaluación estadística , se utilizaran números absolutos para describir esta variable
--	--	--	---	---

			<p>se admite un error más para cada categoría, 3 errores valoración cognitiva normal.</p> <p>- Si el nivel educativo es alto (universitario) se admite un error menos.</p>	
--	--	--	--	--

## **VI.4 Técnicas e instrumentos**

Para la recolección de datos se utilizarán los siguientes instrumentos:

- Encuestas estructuradas para evaluar la adherencia al tratamiento (Morisky Medication Adherence Scale - MMAS-8).
- Cuestionario sociodemográfico y clínico.
- Revisión de expedientes clínicos para verificar diagnósticos y prescripciones médicas.

## **VI.5 Procedimientos**

1. Solicitud de autorización y aprobación del comité de ética del hospital.
2. Selección de pacientes conforme a los criterios de inclusión y exclusión.
3. Obtención del consentimiento informado de cada participante.
4. Aplicación de encuestas y recopilación de información relevante de los expedientes clínicos.
5. Análisis y procesamiento de datos.

### **VI.5.1 Análisis estadístico**

Los datos recopilados serán analizados utilizando el software estadístico SPSS versión más reciente. Se emplearán pruebas estadísticas descriptivas (frecuencias, medias y desviaciones estándar) y pruebas inferenciales (chi-cuadrado, regresión logística y análisis de varianza ANOVA) para determinar la relación entre las variables independientes y la adherencia al tratamiento antidepresivo.

### **VI.5.2 Consideraciones éticas**

Este estudio cumplirá con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y las normas nacionales de investigación en salud. Se garantizará la confidencialidad de los datos y el anonimato de los participantes. Todos los sujetos recibirán información detallada sobre el propósito del estudio y sus derechos como participantes. Además, se obtendrá la aprobación del comité de ética del hospital antes de iniciar la recolección de datos.

## VII. Resultados

La población total de estudio que se realizó en este protocolo fue un total de 138 pacientes de los cuales la edad media fue de 78.72 años , con una desviación estándar de  $\pm 6.91$  (Tabla 1).

Tabla 1.- Edad de los pacientes

Edad	Media	78.72
	Desviación estándar	$\pm 6.91$

Nota: Elaboración propia

De acuerdo con la escala empleada para establecer el diagnóstico de depresión, se usó el instrumento GDS de 15 puntos. En lo recabado el puntaje GDS como media se obtuvo 7.67 puntos con una desviación estándar de  $\pm 2.46$  (Tabla 2).

Tabla 2.- Puntaje GDS de 15 puntos

GDS	Media	7.67
	Desviación estándar	$\pm 2.46$

Nota: Elaboración propia

Los pacientes tuvieron polifarmacia, de los cuales se obtuvo una media de 8.05 medicamentos (ya incluyendo el antidepresivo) con una desviación estándar de  $\pm 3.5$  (Tabla 3).

Tabla 3.- Número de medicamentos

Medicamentos	Media	8.05
	Desviación estándar	$\pm 3.5$

Nota: Elaboración propia

El número de comorbilidades fue de 4.94 enfermedades con una desviación estándar de  $\pm 2.19$ , en este apartado ya se incluye la depresión como una enfermedad asociada (Tabla 4).

Tabla 4.- Número de comorbilidades

Comorbilidades	Media	4.94
	Desviación estándar	$\pm 2.19$

Nota: Elaboración propia

De la muestra recolectada, tuvo una mayor prevalencia las mujeres con respecto a los hombres, con un 69.6% para ellas y un 42% que corresponde a los hombres (Tabla 5).

Tabla 5.- Sexo de los pacientes

Sexo	No. de Pacientes	Porcentaje
Hombre	42	30.40%
Mujer	96	69.60%
Total	138	100%

Nota: Elaboración propia

El nivel educativo de la muestra se basó en educación básica que se considera 12 años o menos y educación avanzada de 13 años o más. En la muestra se obtuvo mayor predominancia de educación básica con un 76.1% y con educación avanzada un 23.9% (Tabla 6).

Tabla 6.- Nivel educativo de los pacientes

Nivel educativo	No. de Pacientes	Porcentaje
12 años o menos	105	76.10%
13 años o más	33	23.90%
Total	138	100%

Nota: Elaboración propia

La mayor parte de los pacientes presentaba un déficit visual con un número total de 116 y solo 22 pacientes reportaron no tener déficit (Tabla 7).

Tabla 7.- Déficit visual

Déficit visual	No. de Pacientes	Porcentaje
No	22	15.90%
Si	116	84.10%
Total	138	100%

Nota: Elaboración propia

Para poder valorar los resultados de la muestra, se analizó 2 poblaciones, de los 138 pacientes que respondieron el instrumento de recolección el 48.6% presentó adherencia al tratamiento antidepresivo y el 51.4% no se adhiere a él (Tabla 8).

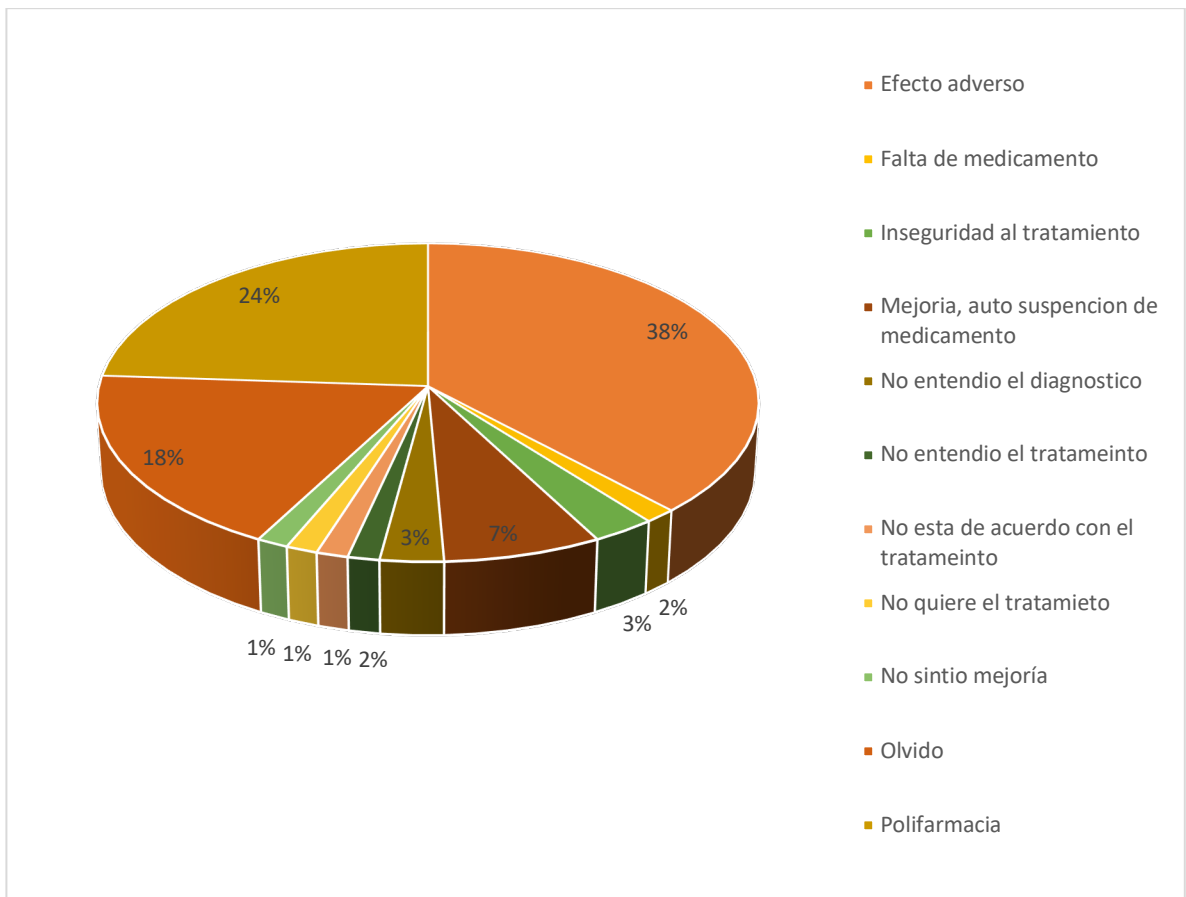
Tabla 8.-Adherencia a Tratamiento

Adherencia a Tratamiento	No. de Pacientes	Porcentaje
No	71	51.40%
Si	67	48.60%
Total	138	100%

Nota: Elaboración propia

De los pacientes que no presentaron adherencia, el 38% fue por un efecto adverso al tratamiento, el cual se traduce como la principal causa de la suspensión; como segunda causa fue la polifarmacia con un 24% y como tercera causa , fue por olvido en la administración de su tratamiento farmacológico en un 18% (Gráfico 1).

Gráfico 1. Efectos adversos

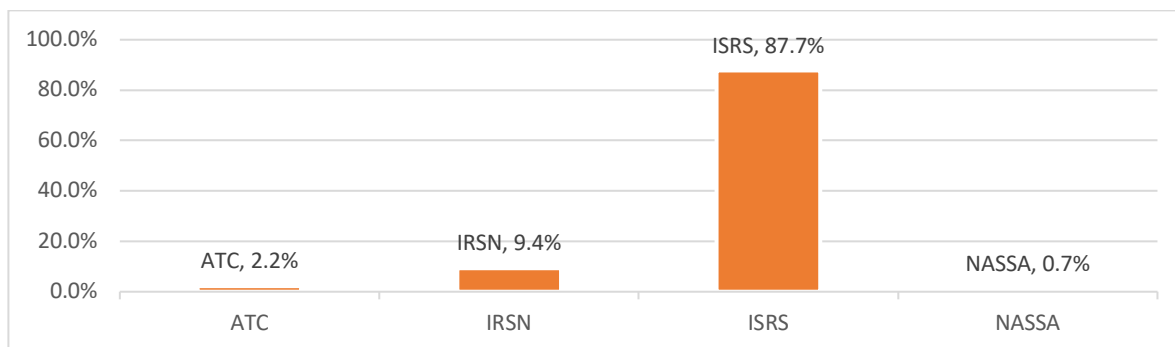


Nota: Elaboración propia

Los pacientes encuestados, tuvieron un antidepresivo de diferentes familias , el más usado para el tratamiento fue los ISRS con un 87.7% de prevalencia, seguidos de los IRSN CON UN 9.4%, y los menos usados fueron los NASSA (Gráfico 2).



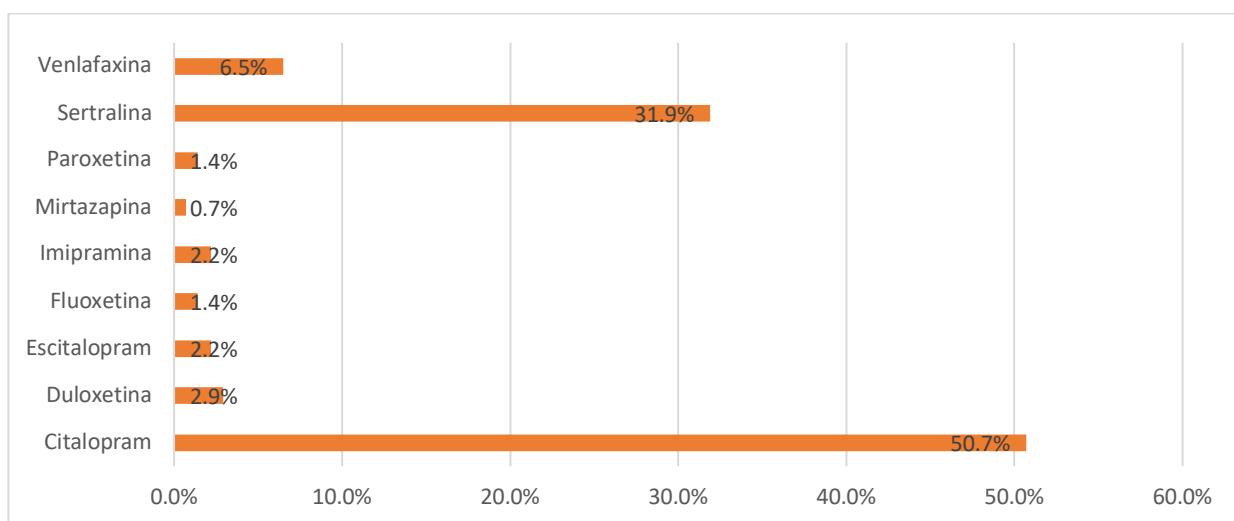
Gráfico 2.- Familia de antidepresivo



Nota: Elaboración propia ATC (Antidepresivos triciclicos) IRSN (Inhibidores selectivos recaptación serotonina y noradrenalina) ISRS (Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina) NASSA (Antagonista selectivos de serotonina y noradrenalina)

Respecto al tipo de antidepresivo más empleado fue el citalopram con un 50.7%, seguido de sertralina en un 31.9%, ambos son ISRS. Como segunda línea el más usado fue la venlafaxina, que pertenece a la familia de los IRSN (Gráfico 3)

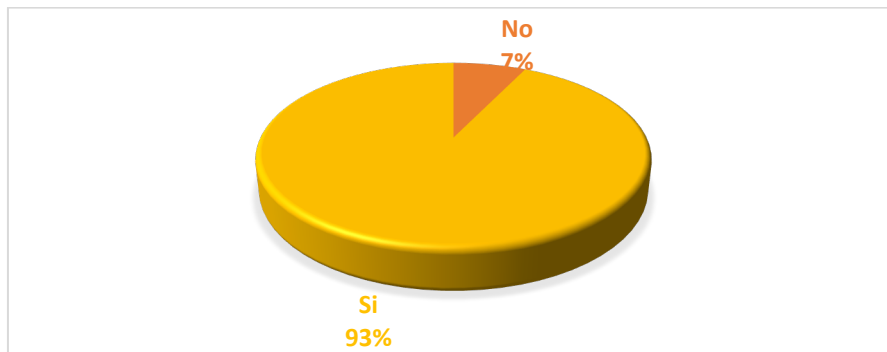
Gráfico 3.-Tipo de antidepresivo



Nota: Elaboración propia

La mayoría de los pacientes refieren tener una buena relación con su médico en un 93% (Gráfico 4).

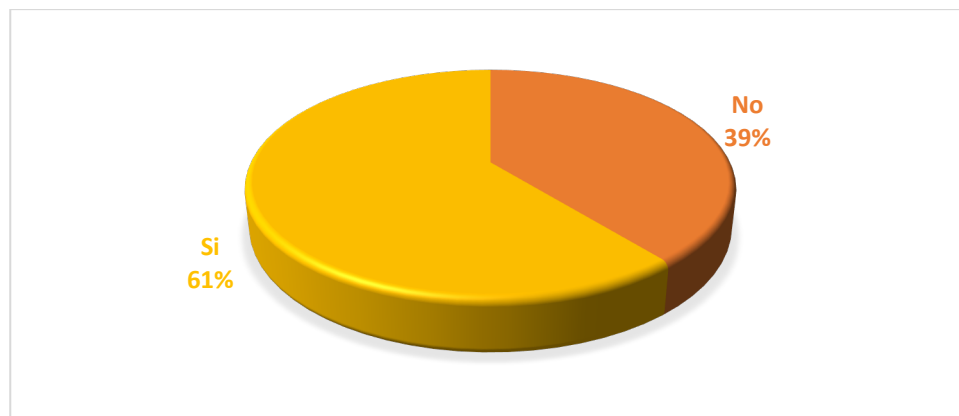
Gráfico 4.- ¿Considera Usted que la relación entre Usted y sus médicos es buena?



Nota: Elaboración propia

El 61% de los encuestados refieren que, si entendieron el diagnóstico, sin embargo más de una tercera parte que corresponde al 39% refieren que no (Gráfico 5).

Gráfico 5.- ¿Entendió el diagnóstico y tratamiento?

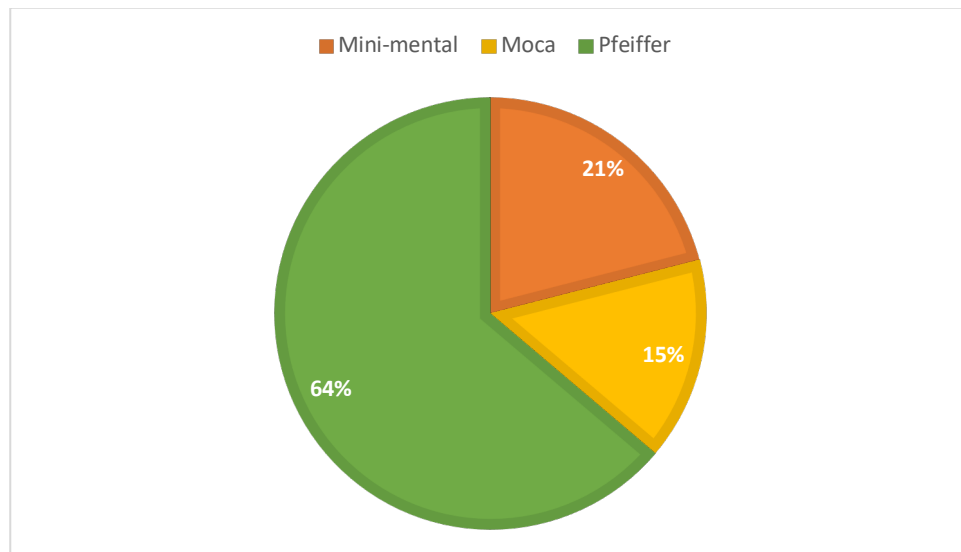


Nota: Elaboración propia

Para este protocolo de estudio se evaluaron pacientes con depresión sin deterioro cognitivo, estos datos fueron obtenidos de las notas de expediente médico, del momento en el cual se realizó el diagnóstico de depresión, la escala de tamizaje

que mas se uso para la estatificación fue pfeiffer con un 64% de prevalencia , 21% Mini-Mental y un 15% Moca(Gráfico 6). Estos instrumentos presentaron puntuaciones que los catalogaba “Sin deterioro cognitivo”.

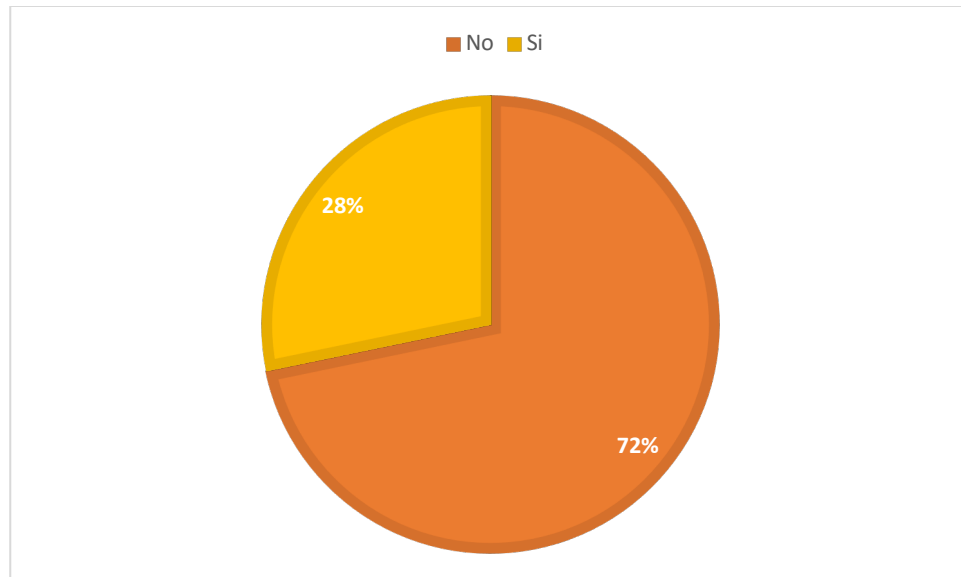
Gráfico 6.- Escala realizada evaluar trastorno neurocognitivo



Nota: Elaboración propia

Del número total de pacientes de la muestra 99 pacientes (72%) refieren que no presentaron efecto adverso y solo 39 pacientes (28%) refieren que si lo presentaron, estos datos son reflejados independientemente si tuvieron adherencia o no (Gráfico 7).

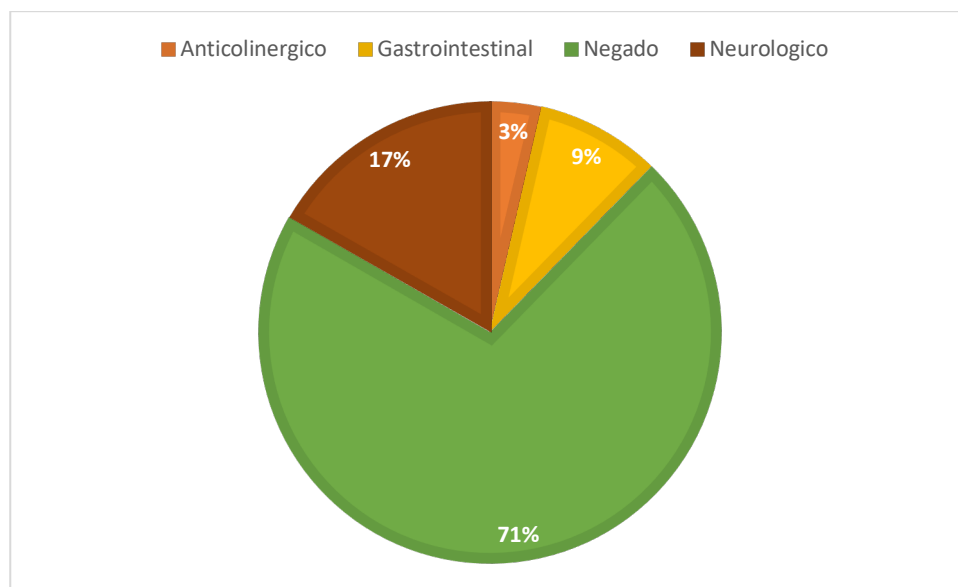
Grafico 7.-Presentó Efecto adverso



Nota: Elaboración propia

El tipo de efecto adverso se clasificó de acuerdo a el sistema afectado , el 71% refirió no haber presentado ninguno, sin embargo de los que sí presentaron efecto la mayoría reportó que fueron síntomas neurológicos con una prevalencia del 17%, seguidos por los gastrointestinales en un 9% y por último los efectos anticolinérgicos con un 3% (Gráfico 8).

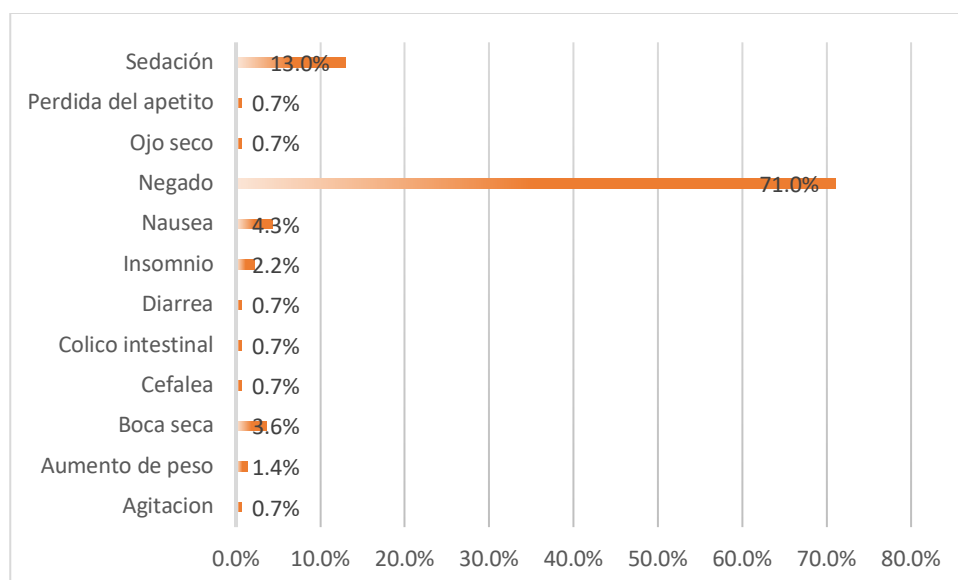
Gráfico 8.- Tipo de efecto adverso



Nota: Elaboración propia

De los efectos neurológicos el que más predominó fue la sedación con un 13% , de los síntomas gastrointestinales las náuseas con un 4.3% y de los efectos anticolinérgicos la boca seca con un 3.6% (Gráfico 9).

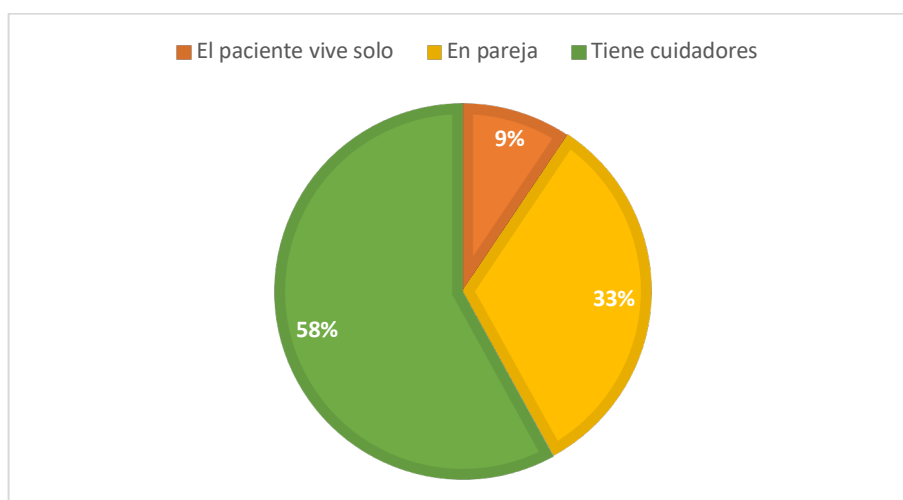
Gráfico 9.- Subtipo de efecto adverso



Nota: Elaboración propia

La mayoría de los pacientes tiene cuidadores en un 58% de los casos (Gráfico 10).

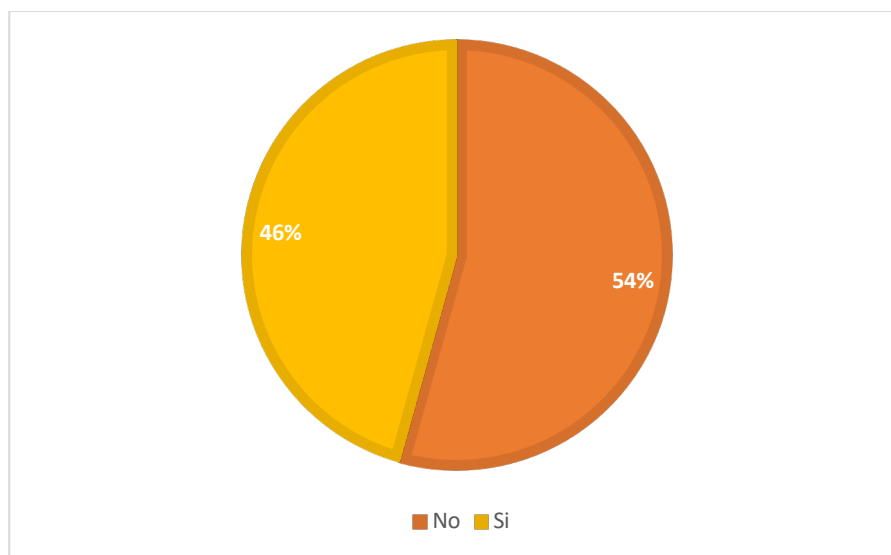
Gráfico 10.- Tipo de convivencia en domicilio



Nota: Elaboración propia

Del número total de pacientes la mayoría no recibe apoyo para la administración de los medicamentos, por un 8% de diferencia (Gráfico 11).

Grafico 11.- Recibe apoyo para la administración de medicamentos



Nota: Elaboración propia

Respecto al sexo de los pacientes, no hubo diferencia entre los que se adhirieron al tratamiento y los que no, en ambas el predominio fue de mujeres, no fue estadísticamente significativo (Tabla 9).

Tabla 9.- Sexo

Sexo	No adherencia N=71	Si adherencia n=67	Chi cuadrado de Pearson
Hombre n(%)	21 (29.60%)	21 (31.30%)	0.822
Mujer n(%)	(50) 70.40%	(46) 68.7%	

Nota: Elaboración propia

El nivel educativo no marcó la diferencia entre los que se adhirieron al tratamiento y los que no, ambas poblaciones tuvieron menos de 12 años de estudio académico, no fue estadísticamente significativo (Tabla 10).

Tabla 10.- Nivel Educativo

Nivel educativo	No adherencia (N)%	Si adherencia (N)%	Chi cuadrado de Pearson
12 años o menos n(%)	(54)76.10%	(51)76.10%	0.993
13 años o más n(%)	(17) 23.90%	(67) 23.95%	

Nota: Elaboración propia

El déficit visual no tuvo diferencia entre los que se adhirieron al tratamiento y los que no, en ambas comparaciones la mayoría de los pacientes tenía déficit visual, no fue estadísticamente significativo (Tabla 11).

Tabla 11.- Déficit visual

Déficit visual	No adherencia (N)%	Si adherencia (N)%	Chi cuadrado de Pearson
No n(%)	(14) 19.70%	(8) 11.90%	0.212
Si n(%)	(57) 80.30%	(59) 88.10%	

Nota: Elaboración propia

En la familia de antidepresivos no tuvo la diferencia entre los que se adhirieron al tratamiento y los que no, en ambos predominan los ISRS (Tabla 12).

Tabla 12.- Familia de antidepresivos

Familia de antidepresivos	No adherencia (N)%	Si adherencia (N)%	Chi cuadrado de Pearson
ATC n(%)	(0) 0.00%	(3) 4.5%	0.066
IRSN n(%)	(4) 5.60%	(9) 13.4%	
ISRS n(%)	(67) 94.40%	(54) 80.6%	
NASSA n(%)	(0) 0.00%	(1) 1.5%	

Nota: Elaboración propia



El tipo de antidepresivo no tuvo diferencia entre los que se adhirieron al tratamiento y los que no , predominó en ambas poblaciones de estudio fue citalopram y la sertralina (Tabla 13).

Tabla 13.- Tipo de fármaco

Tipo de fármaco usado	No adherencia (N)%	Si adherencia (N)%	Chi cuadrado de Pearson
Citalopram n(%)	(35) 49.30%	(35) 52.2%	0.160
Duloxetina n(%)	(1) 1.40%	(3) 4.5%	
Escitalopram n(%)	(2) 2.80%	(1) 1.5%	
Fluoxetina n(%)	(2) 2.80%	(0) 0.0%	
Imipramina n(%)	(0) 0.00%	(3) 4.5%	
Mirtazapina n(%)	(0) 0.00%	(1) 1.5%	
Paroxetina n(%)	(2) 2.80%	(0) 0.0%	
Sertralina n(%)	(26) 36.60%	(18) 26.9%	
Venlafaxina n(%)	(3) 4.20%	(6) 9.0%	

Nota: Elaboración propia

La relación con el médico fue estadísticamente significativa y se da por que los pacientes que no se adhirieron al tratamiento. Se determinó la razón de momio obteniendo un valor de tienen 9.5 (IC 95 1.17 a 77.8) veces más probabilidad que los que si se adhirieron de no llevar su tratamiento médico (Tabla 14).

Tabla 14.- Relación con el médico

¿Considera Usted que la relación entre Usted y sus médicos es buena?	No adherencia (N)%	Si adherencia (N)%	Chi cuadrado de Pearson
No (mala) n(%)	(9) 12.70%	(1) 1.5%	0.011
Si (Buena) n(%)	(62) 87.30%	(66) 98.5%	

Nota: Elaboración propia

El entender el diagnóstico y el tratamiento fue estadísticamente significativo. Se determinó la razón de momio obteniendo un valor de 2.8 (IC 95 1.37 a 5.71) veces más probable que si no entendieron, no tengan un apego a su tratamiento (Tabla 15).

Tabla 15.-Entendió el diagnóstico y tratamiento

¿Entendió el diagnóstico y tratamiento?	No adherencia (N)%	Si adherencia (N)%	Chi cuadrado de Pearson
No n (%)	(36) 50.70%	(18) 26.9%	0.004
Si n (%)	(35) 49.30%	(49) 73.1%	

Nota: Elaboración propia

La presencia de efectos adversos fue estadísticamente significativa. Se determinó la razón de momio obteniendo un valor de 2.8 (IC 95 1.2 a 6.1) más probable que los que presentaron efectos no tuvieran adherencia (Tabla 16).

Tabla 16.-Efecto adverso

Efecto adverso	No adherencia (N)%	Si adherencia (N)%	Chi cuadrado de Pearson
No n (%)	(44) 62%	(55) 82.1%	0.009
Si n (%)	(27) 38%	(12) 17.9%	

Nota: Elaboración propia

Las diferencias estadísticamente significativas se dan porque los pacientes que no tienen adherencia al tratamiento tienen 4 veces más probabilidad de tener efectos anticolinérgicos, 3 veces efectos gastrointestinales y 1.8 efectos neurológicos (Tabla 17).

Tabla 17.-Tipo de efecto adverso

Tipo de efecto adverso	No adherencia (N)%	Si adherencia (N)%	Chi cuadrado de Pearson
Anticolinérgico n (%)	(4) 5.60%	(1) 1.5%	0.040
Gastrointestinal n (%)	(9) 12.70%	(3) 4.5%	
Negado n (%)	(43) 60.60%	(55) 82.1%	
Neurológico n (%)	(15) 21.10%	(8) 11.9%	

Nota: Elaboración propia

El subtipo en específico de efectos adversos no fue estadísticamente significativo entre la adherencia y no (Tabla 18).

Tabla 18.- Subtipo de efecto adverso

Subtipo de efecto adverso	No adherencia (N)%	Si adherencia (N)%	Chi cuadrado de Pearson
Agitación n(%)	(1) 1.40%	(0) 0.0%	0.127
Aumento de peso n (%)	(1) 1.40%	(1) 1.5%	
Boca seca n(%)	(4) 5.60%	(1) 1.5%	
Cefalea n(%)	(1) 1.40%	(0) 0.0%	
Cólico intestinal n(%)	(1) 1.40%	(0) 0.0%	
Diarrea n(%)	(1) 1.40%	(0) 0.0%	
Insomnio n(%)	(0) 0.00%	(3) 4.5%	
Nausea n(%)	(4) 5.60%	(2) 3.0%	
Negado n (%)	(43) 60.60%	(55) 82.1%	
Ojo seco n (%)	(1) 1.40%	(0) 0.0%	
Perdida del apetito n (%)	(1) 1.40%	(0) 0.0%	
Sedación n (%)	(13) 18.30%	(5) 7.5%	

Nota: Elaboración propia

El tipo de convivencia no tuvo la diferencia entre los que se adhirieron al tratamiento y los que no, en ambas comparaciones la mayoría de los pacientes tenían cuidadores, viven en pareja o solo y no fue estadísticamente significativo (Tabla 19).

Tabla 19.-Tipo de convivencia en domicilio

Tipo de convivencia en domicilio	No adherencia (N)%	Si adherencia (N)%	Chi cuadrado de Pearson
El paciente vive solo n (%)	(4) 5.60%	(9) 13.4%	0.214
En pareja n (%)	(22) 31.00%	(23) 34.3%	
Tiene cuidadores n (%)	(45) 63.40%	(35) 52.2%	

Nota: Elaboración propia

El apoyo para la administración de medicamentos no tuvo diferencia estadística entre los que se adhirieron al tratamiento y los que no (Tabla 20).

Tabla 20.- Apoyo en la administración de medicamentos

Recibe apoyo para la administración de medicamentos	No adherencia (N)%	Si adherencia (N)%	Chi cuadrado de Pearson
No n (%)	(44) 62%	(31) 46.3%	0.064
Si n (%)	(27) 38%	(36) 53.7%	

Nota: Elaboración propia

Ninguna de las variables cuantitativas estudiadas presenta diferencias estadísticamente significativas (Tabla 21)

Tabla 21.-Análisis bivariado de variables cuantitativas

	Sin adherencia al tratamiento	Con adherencia al tratamiento	
Edad	79.13 ( $\pm 6.862$ )	78.3 ( $\pm 7.002$ )	*.484
Puntaje GDS	7.94 ( $\pm 2.437$ )	7.39 ( $\pm 2.480$ )	*0.187
Numero de fármacos incluido el antidepresivo	7.8 ( $\pm 2.816$ )	8.31 ( $\pm 4.135$ )	*0.396
Numero de comorbilidades	4.77 ( $\pm 1.914$ )	5.12 ( $\pm 2.465$ )	*0.359

\*Prueba T de student para muestras independientes. Nota: Elaboración propia

Después de realizar el análisis estadístico de regresión logística binaria, ajustando por edad, sexo y las variables que en el análisis estadístico bivariado se identificaron como estadísticamente significativas (Relación con médico, entendió el diagnóstico, efectos adversos y tipo de efectos adversos) se concluye que son dos variables las cuales están asociadas estadísticamente con la falta de adherencia que son el no entender el diagnóstico y el tratamiento que está asociada con 3.4 veces más probabilidades de no tener adherencia al tratamiento y la presencia de efectos adversos con 3,5 veces más las posibilidades de no adherirá al tratamiento (Tabla 22).

Tabla 22.-Análisis de regresión logística

	Razón de momios	Índice de confianza	P
¿Entendió el diagnóstico y tratamiento?	3.4	(1.601 a 7.235)	0.003
Efecto adverso	3.5	(1.5 a 8.108)	0.005

Nota: Elaboración propia

## VIII. Discusión

En México el 14 % de la población total equivale a adultos mayores , y uno de los diagnósticos como es la depresión es común. La depresión enfrenta diferentes retos como el diagnóstico tardío y la falta de adherencia al tratamiento. Por lo cual es fundamental identificar los factores que intervienen en el abandono de tratamiento en pacientes geriátricos.

Por ello que este protocolo de investigación se haya basado en identificar cuáles son los factores asociados a la falta de adherencia del tratamiento antidepressivo.

Ya había estudios que habían buscado estos factores como lo reporta Parraga et al , en el que estudiaron 15 consultas de salud mental y atención primaria de tres áreas sanitarias en donde se incluyeron todos los pacientes de edad mayor a 18 años y que se inició tratamiento con antidepressivos para enfermedades del estado de ánimo como fue la depresión . Ahí se observó que entre un tercio y la mitad de los pacientes que toman fármacos antidepressivos no cumplieron de manera adecuada con su tratamiento, tanto desde que se inició su indicación hasta los 6 meses de seguimiento, comparado con nuestro estudio concuerda , puesto que un poco mas de la mitad no se adhirió al tratamiento (51.4 %) y el resto si (48.6%) (Tabla 8). En el estudio de Parraga et al se englobaron adultos jóvenes y adultos mayores , sin especificar el porcentaje de cada población , por lo que es complicado comparar cual fue el sector de población que tuvo menos adherencia o si fue por igual en todas las edades. Parraga et al determina que los factores relacionados a la falta de adherencia , se observaron que las características sociodemográficas de cada paciente , el uso de otros medicamentos , el tipo de financiación para adquirir el medicamento y la visita en las consultas de atención medica primaria, influyo en no tener un apego adecuado al tratamiento. En nuestro estudio no se estudiaron estas variables debido a que los medicamentos

son proporcionados por el IMSS, no había problema de financiación y la atención médica se proporcionó en los tiempos determinados para cada paciente .

El estudio Parraga et al se reportó que el 53% de los pacientes con depresión y multimorbilidad tiene adherencia al tratamiento antidepresivo en comparación con el 73% de los pacientes con depresión y multimorbilidad y que no tienen adherencia al tratamiento. Sin embargo en la población mayor de 65 años en donde el 100% de la población tuvo comorbilidades (más de 2 enfermedades) , no representó una variable significativa , si bien el 100 % de los pacientes tiene comorbilidades se podría compararse de manera indirecta con la polifarmacia, al estar relacionado el número de enfermedades con el número de fármacos que toma el paciente, por lo que Parraga et al refiere que el 26% de los pacientes con depresión y polifarmacia tiene adherencia al tratamiento antidepresivo en comparación con el 46% de los pacientes con depresión y polifarmacia que no tienen adherencia al tratamiento. Comparado con nuestra población , que el 100% de los pacientes tenía polifarmacia , y que de los pacientes que no tenían adherencia la polifarmacia representó casi la mitad del porcentaje (23.94) respecto al estudio de comparación (46 %) , en nuestro estudio la polifarmacia no fue estadísticamente significativo para no adherirse al tratamiento .

Las variables de importancia en nuestro estudio con relevancia significativa fueron la relación con el médico, los que no se adherieron y no tenían una buena relación con el médico fue un 12.7% con respecto al 1.5% que tampoco tenía una buena relación con el médico pero si continuó el tratamiento , lo que representa que tienen 9.5 veces más probabilidad de que no se adhieran al tratamiento si no tenían una buena relación con su médico. Otra variable fue que el 50.7% no entendió el diagnóstico y el tratamiento por lo que no se adherieron al tratamiento , con respecto al 26.9% que no entendió pero si siguió el tratamiento , representando que fue 2.8 veces mas probable que si no entendieron , no tengan un apego a su tratamiento .

Los efectos adversos también fue una variable de importancia pues el 38% de los paciente que tuvo efecto adverso , no tuvo adherencia con respecto al 17.9% que también tuvo efecto adverso pero tuvo adherencia, lo cual indica que fue un 2.8 veces más probable que los que presentaron efectos no tuvieran adherencia. Y el tipo de efectos adversos fue también estadísticamente significativo por que los pacientes que no tienen adherencia al tratamiento tienen 4 veces más probabilidad de tener efectos anticolinérgicos, 3 veces efectos gastrointestinales y 1.8 efectos neurológicos, con respecto a los que sí tuvieron adherencia.



## **IX. Conclusiones**

Se concluyó que las mujeres tienen mayor prevalencia en el diagnóstico, sin embargo el apego en el tratamiento no dependió del sexo, también que la polifarmacia ni las comorbilidades fue un factor determinante en este estudio para condicionar la falta de apego.

El nivel educativo es menor a 12 años ,lo cual denota el bajo nivel de escolaridad, los antidepresivos mayormente usados son los ISRS, de tipo sertralina y citalopram, esto asociado a que son los medicamentos que hay en el catálogo básico de medicamentos, el predominio de efectos adversos principales fueron neurológicos , seguidos por los gastrointestinales y anticolinérgicos , con subtipo mayormente referido como sedación. La mayoría de los pacientes no reciben apoyo para la administración de medicamentos.

De acuerdo a las variables fueron 4 con significancia estadística sin embargo al realizar el análisis estadístico de regresión logística binaria, ajustando por edad, sexo y las variables que en el análisis estadístico bivariado identifico que son dos variables las cuales están asociadas estadísticamente con la falta de adherencia y fueron el no entender el diagnóstico y el tratamiento con 3.4 veces más probabilidades de no tener adherencia al tratamiento y la presencia de efectos adversos con 3,5 veces más las posibilidades de no adherirse i al tratamiento.

## **X. Propuestas**

Dado que el diagnóstico de depresión tiene alta prevalencia en los adultos mayores , y que su tratamiento puede cambiar el pronóstico de vida y de la atención de las múltiples comorbilidades , es de suma importancia hacer que el paciente tenga un mayor apego al tratamiento, y ya que se identificó que las variables de mayor importancia son el poco entendimiento de su enfermedad, se sugiere que los médicos nos tomemos más el tiempo de explicar al paciente sobre el cómo se realizó el diagnostico , y en qué consiste el tratamiento, desde la elección del fármaco, los efectos adversos y qué hacer en caso de presentarlos para evitar la discontinuación . También valorar los posibles efectos adversos que se presentan secundarios a la administración de medicamentos , sin embargo algo que tendríamos que valorar e identificar , son la sinergia que tiene con los otros medicamentos ,no solo el antidepresivo en sí, para disminuir los efectos y por lo tanto la adherencia.

## XI. Bibliográfia

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). *Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression*. *Psychological Review*, 96(2), 358-372. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.96.2.358>
- American Psychiatric Association. (2020). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. APA Publishing.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Blazer, D. G. (2018). *Depression in late life: Epidemiology, assessment, and treatment*. Springer.
- Bonanno, G. A., Wortman, C. B., & Nesse, R. M. (2007). *Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from pre-loss to 18-months post-loss*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(5), 857-873. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.91.5.857>
- Bosworth, H. B., Oddone, E. Z., & Weinberger, M. (2011). *Improving medication adherence in older adults: A critical review*. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(1), 17-24. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181e08a73>
- Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2018). *Loneliness in the modern age: An evolutionary theory of loneliness (ETL)*. *Advances in Experimental Social Psychology*, 58, 127-197. <https://doi.org/10.1016/bs.aesp.2018.03.003>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D., & van Straten, A. (2020). *Psychotherapy for depression in older adults: A meta-analysis of randomized controlled trials*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(3), 471-480. <https://doi.org/10.1111/jgs.16260>
- Engel, G. L. (1977). *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*. *Science*, 196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

- Felger, J. C., & Lotrich, F. E. (2019). *Inflammation and neuroprogression in depression: Evidence for an inflammatory subtype?* Neuropsychopharmacology, 44(1), 159-175. <https://doi.org/10.1038/s41386-018-0217-z>
- Gnjidic, D., Hilmer, S. N., Blyth, F. M., Naganathan, V., Waite, L., Seibel, M. J., McLachlan, A. J., Cumming, R. G., Handelsman, D. J., & Le Couteur, D. G. (2015). *Polypharmacy cut-off and outcomes: Five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes.* Journal of Clinical Epidemiology, 68(9), 989-995. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2015.02.018>
- González, M., López, J. M., & Hernández, R. (2021). *Adherencia al tratamiento antidepresivo en adultos mayores: Factores asociados y estrategias de intervención.* Revista de Psicología Clínica y Salud, 33(4), 258-273. <https://doi.org/10.1016/j.rpscs.2021.05.002>
- Heisel, M. J., & Flett, G. L. (2016). *The role of meaning in life in suicidal thoughts, depression, and anxiety in older adults: A longitudinal study.* Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 38(2), 384-391. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9523-3>
- Hirsch, J. K., Sirois, F. M., & Lyness, J. M. (2020). *Functional impairment and depressive symptoms: Examining the moderating role of hope in older adults.* Aging & Mental Health, 24(7), 1078-1085. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1584789>
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2019). *The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses.* Cognitive Therapy and Research, 43(3), 273-290. <https://doi.org/10.1007/s10608-019-10016-6>
- Karyotaki, E., Riper, H., Twisk, J., Hoogendoorn, A., Kleiboer, A., Mira, A., ... & Cuijpers, P. (2021). *Efficacy of guided internet-based cognitive behavioral therapy in treatment of depression: A meta-analysis of individual participant*

data. JAMA Psychiatry, 78(4), 361-371. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.4364>

- Katz, I. R., & McHugh, P. R. (2020). *Depression in the elderly: Conceptualization and management*. The New England Journal of Medicine, 382(1), 55-65. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1902934>
- Lin, E. H., Katon, W., Von Korff, M., Rutter, C., Simon, G. E., Oliver, M., ... & Young, B. (2019). *Improving primary care for patients with chronic illness: The chronic care model, part 2*. Journal of General Internal Medicine, 24(2), 57-63. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4623-9>
- Martínez, L., González, J., & Pérez, F. (2021). *Intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento antidepresivo en adultos mayores: Una revisión sistemática*. Revista de Psicogeriatría y Salud Mental, 25(3), 179-193. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.04.003>
- Miller, A. H., Haroon, E., Felger, J. C., & Raison, C. L. (2021). *Cytokines and depression: Endogenous mediators and novel therapeutic targets*. Trends in Neurosciences, 44(5), 307-320. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2021.02.005>
- Moncrieff, J., Cooper, R. E., Stockmann, T., Amendola, S., Hengartner, M. P., & Horowitz, M. A. (2022). *The serotonin theory of depression: A systematic umbrella review of the evidence*. Molecular Psychiatry, 27(3), 1-14. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01661-0>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*.OMS

## XII Instrumento de Recolección de Datos

### Instituto Mexicano del Seguro Social

Factores asociados a la falta de adherencia del tratamiento antidepresivo en el adulto mayor en la consulta externa de geriatría del HGR1 en Querétaro

Nombre del paciente					
Numero de Seguridad Social		Fecha:			
Teléfonos		:Sexo	Hombre ( ) Mujer ( )		
Nivel Educativo	12 años o menos ( ) 13 años o más ( )				
Déficit visual	Si: No:				
Diagnóstico de depresión	Si: No:	Escala:	GDS ( ) Hamilton ( ) Puntaje:		
Adherencia:	Test Haynes-Sackett Sest Morisky-Green	Puntaje:	Si: No:		
Tratamiento antidepresivo	Si: No:	Familia :	ISRS: IMAO: ATC: Heterocíclicos: IRSN: IRDN: IRNA: NASSA : ASIR:	Tipo:	

			Agonista melatoninérgico:		
Relación médico paciente: ¿Considera Usted que la relación entre Usted y sus médicos es buena?	Si: No:	¿Entendió el diagnóstico o y tratamiento )	Si: No:		
Trastorno neurocognitivo	Si: No:	Escala:	Moca ( )	Puntaje :	
Efecto adverso	Si: No:	Tipo:	Anticolinérgica Sedación Hipotensión postural Insomnio Agitación Gastrointestinal Disfunción sexual Aumento de peso Arritmia	Tipo:	
Polifarmacia:	Si: No:	Cuantos:			
Comorbilidades	Si: No:	Cuantas:			
Tipo de convivencia:	El paciente vive solo ( )	El paciente	Si: No:		

	En pareja ( ) Tiene cuidadores ( )	recibe apoyo para la administra ción de medicame ntos	
--	--	---	--

## **Anexo No. 2: Cuestionario de comunicación del autocumplimiento de Haynes y Sackett**

<p>1. La mayoría de las personas, por una u otra razón, tienen dificultad en tomar comprimidos. ¿Tiene usted dificultad en tomar todos los suyos?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>2. Para los que respondan que no tienen dificultad, se insiste: ¿los toma?</p> <p>Todos los días <input type="checkbox"/> Muchos días <input type="checkbox"/> Algunos días <input type="checkbox"/></p> <p>3. Muchas personas tienen dificultad en seguir los tratamientos. ¿Por qué no me comenta cómo le va a usted? (recoger lo que diga el paciente)</p>
---

Si el paciente reconoce que tiene dificultad en alguna de las tres preguntas, se considera incumplidor

## **Anexo No. 3 Cuestionario de Morisky-Green**

<p>1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
---



Se considera buen cumplidor al paciente que contesta correctamente a las cuatro preguntas (a partir de una pregunta incorrecta, el paciente es incumplidor).

## XII Carta de consentimiento informado



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

**Carta de consentimiento informado para participación en  
protocolos de investigación**

**Buen día, mi nombre es Javier Jiménez , soy médico residente  
del 3er año de Geriatria, ¿me permite unos minutos de su  
tiempo? le quiero invitar a participar en un estudio.**

Nombre del estudio:	Factores asociados a la falta de adherencia del tratamiento antidepresivo en el adulto mayor en la consulta externa de geriatría del HGR1 en querétaro
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Santiago de Querétaro, Querétaro a
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	Cada vez tenemos más adultos mayores con depresión y tratamiento con medicamentos, sin embargo no todos pueden o desean continuar con estos, por lo que conocer cómo podemos intervenir en mejorar pronóstico y morbilidad, así como hospitalizaciones, podrá mejorar calidad de vida, costos instituciones y de la familia y evitar complicaciones relacionadas.
Procedimientos:	Realizaremos 1 hoja de recolección de datos así como 2 cuestionarios sobre apego al tratamiento , durante su consulta de geriatría en el HGR 1 Querétaro.
Posibles riesgos y molestias:	Si usted acepta participar en el estudio a realizar , debe saber que no le producirá ningún daño ni complicación, ya que el estudio no emplea procedimiento invasivos para su realización.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	En caso de identificar factores que compliquen su adherencia al tratamiento , se le brindaran herramientas para tener un apego adecuado a sus medicamentos.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se le dará a conocer el resultado de las preguntas y se harán recomendaciones respecto al tratamiento.
Participación o retiro:	En caso de que usted acepte participar debe saber que esto de manera voluntaria.

	<hr/> No hay retribución económica por participar en este estudio. En caso de que usted decida retirarse del estudio en cualquier momento de la investigación, debe saber que los beneficios como derechohabiente del IMSS como atención médica, pensión, prestaciones sociales, actividades preventivas, farmacia, guardería y ahorro para el retiro, no se verán afectadas ni modificadas. <hr/>
Privacidad y confidencialidad:	La información obtenida a través del interrogatorio y test son para fines estadísticos, por lo que los datos personales no serán conocidos por otros individuos. <hr/>

**Declaración de consentimiento:**

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

- ☐ No acepto la participación de mi familiar en el estudio.
- ☐ Si acepto la participación de mi familiar en este estudio

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

Investigadora o Investigador

Responsable: Dr. Francisco Javier Jimenez Gonzalez  
 Médico Residente de Tercer año de la Especialidad de Geriatria del Hospital General Regional No. 1, IMSS, Delegación Querétaro.  
 Matricula: 98233882  
 Celular: 7225523663  
 Correo electrónico: francisco\_j.j.g@hotmail.com

Colaboradores:

José Juan García González  
 Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud,  
 Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas, Delegación Querétaro.  
 Blvd. Bernardo Quintana 4100, 5to piso, alamos 3er sección, Querétaro,  
 Querétaro,  
 Matrícula: 11494646.  
 Celular: 442 356 4994  
 Correo electrónico: jose.garciago@imss.gob.mx.

Juan Carlos Márquez Solano  
 Médico adscrito al servicio de Geriatria  
 Hospital General Regional No.1 IMSS Querétaro  
 Av. 5 de febrero 102, Colonia Centro, CP 76000, Querétaro, Querétaro.  
 Matrícula: 11778865  
 Celular: 442 281 1504  
 Correo: [marq7mx@gmail.com](mailto:marq7mx@gmail.com)

Todo con horarios de atención de 08 a 14 horas de lunes a viernes,

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación del HGR No 1, en la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud del Hospital General Regional No. 1, ubicado en avenida 5 de febrero 102, colonia centro, CP 76000, Querétaro, Querétaro, de lunes a viernes de 08 a 14 hrs, teléfono 442 2112300

---

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

**Clave: 2810-009-013**