



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN BAJA CALIFORNIA
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
COORDINACIÓN AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 18**

TESIS

Para obtener el grado de especialista en:

MEDICINA FAMILIAR

**“Seguimiento al apego al tratamiento en pacientes con depresión en la
Unidad de Medicina Familiar No. 18 de Tijuana Baja California”**

PRESENTA

Lic. en medicina: Karla Valeria Morales Palomares.

DIRECTOR DE TESIS:

Dra. Erika Armenta Inzunza

Tijuana, Baja California, enero de 2024.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **205**.
U MED FAMILIAR NUM 28

Registro COFEPRIS **23 CI 02 002 003**

Registro CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA-02-CEI-001-20230417**

FECHA **Lunes, 07 de agosto de 2023**

Doctor (a) ERIKA ARMENTA INZUNZA

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Seguimiento al apego al tratamiento en pacientes con depresión de la Unidad de Medicina Familiar No. 18 de Tijuana Baja California**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2023-205-019

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


José Ramiro Hernández
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 205

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

Investigador (Tesis)

Nombre: Dra. Karla Valeria Morales Palomares

Adscripción: UMF N°18

Matrícula: 97023379

Teléfono: 6461355189

Correo: valeriamoralespalomares@hotmail.com

Investigador responsable y metodológico:

Nombre: Dra. Erika Armenta Inzunza

Adscripción: UMF N°18

Matrícula: 99263370

Teléfono: 6642286367

Correo: erikaarmenta@hotmail.com

Hoja de restricción de uso

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
Dirección General de Bibliotecas

Repositorio Institucional Buelna

Restricciones de uso.



Todo el material contenido en la presente tesis está protegido por la Ley Federal de Derechos de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos. (México).

Queda prohibido la reproducción parcial o total de esta tesis. El uso de imágenes, tablas, gráficas, textos y demás material que sea objeto de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente correctamente mencionando al o los autores del presente estudio empírico. Cualquier uso distinto, como el lucro, reproducción, edición o modificación sin autorización expresa de quienes gozan de la propiedad intelectual, será perseguido y sancionado por la Instituto Nacional de Derechos de Autor.

Esta obra está bajo la Licencia Creative Commons Atribución No Comercial.

Carta de cesión de derechos

Carta de cesión de derechos emitida por la UABC- Dirección General de
Bibliotecas

Siglas y abreviaturas

OMS ORGANIZACIÓN MUNDIAL SALUD

UMF UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

INDICE

1. TÍTULO	3
2. IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES	4
3. RESUMEN Y ABSTRACT	5
4. MARCO TEORICO... ..	11
5. ANTECEDENTES:	15
6. JUSTIFICACIÓN	18
7. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
8. OBJETIVOS.....	20
9. MATERIAL Y MÉTODOS	21
10.CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN, ELIMINACION	22
11 MÉTODO.....	23
12. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	26
13. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	28
14.ASPECTOS ÉTICOS.....	29
15. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.....	31
16. BIOSEGURIDAD.....	32
17. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	34
18.RESULTADOS.....	39
19.DISCUSIONES.....	41
20.CONCLUSIONES.....	42
21.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
22.ANEXOS	46

Índice de Tablas y Gráficos.

	Tablas y Gráficas	
1	Género	31
2	Escolaridad	32
3	Depresión	33
4	Adherencia a tratamiento	34
5	Depresión y adherencia a tratamiento	35

TITULO

“Seguimiento al apego al tratamiento en pacientes con depresión en la Unidad de Medicina Familiar No. 18 de Tijuana Baja California”

RESUMEN

Título: Seguimiento al apego al tratamiento en pacientes con depresión en la Unidad de Medicina Familiar No. 18 de Tijuana Baja California.

Investigadores: Dra. Karla Valeria Morales Palomares, Dra. Erika Armenta Inzunza.

Antecedentes: La depresión ocurre con mayor frecuencia entre las mujeres (10.4%) que entre los hombres (5.4%). John Weinman, Director del Departamento de Psicología de la Salud en el Kings College de Londres señala que, “sólo el 30% del abandono de la medicación del paciente se debe a causas no intencionales como el olvido o la falta de habilidades para seguir el tratamiento; el 70% de la no adherencia se debe a una decisión del paciente, también menciona que un recordatorio no va a cambiar la razón por la cual un paciente ha decidido no tomar su medicación y es claro que un tratamiento puede ser muy eficaz, pero si el paciente no lo toma, no puede surtir efecto.

Objetivo: Conocer el seguimiento al apego al tratamiento en pacientes con depresión en la Unidad de Medicina Familiar No. 18 de Tijuana Baja California.

Material y Métodos: Previa autorización de los Comités de Investigación y Ética en Investigación, se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal, se incluyeron a pacientes de 18 a 65 años, con diagnóstico de depresión, adscritos a la UMF No 18 de la Ciudad de Tijuana Baja California durante cuatro meses siguientes a su aprobación por el comité local de investigación, a los cuales se les aplicó el test de Morisky Green método, que está validado para diversas enfermedades crónicas, para valorar el cumplimiento de la mediación en pacientes. Este cuestionario cuenta con un alfa de Cronbach de 0.75. Evalúa la conducta de adherencia terapéutica conforme a la toma de medicamentos. Consta de 7 preguntas con respuestas dicotómicas de SI / NO y una última pregunta con respuesta tipo Likert que las puntúa como: “nunca” / “raramente” / “a veces” / “frecuentemente” / “siempre”, donde “Nunca” = 1 y el resto es igual a 0 puntos. Se pretenden valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación con el

tratamiento para su enfermedad se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento. Se realizó análisis estadístico utilizando pruebas estadísticas descriptivas, medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas, frecuencias o porcentajes para variables cualitativas además de análisis bivariado utilizando la prueba Ji cuadrada y se determinó razón de momios (RM). Se procesaron los datos con el programa estadístico SSPS versión 21, las diferencias estadísticamente significativas fueron $p < 0.05$.

Resultados Posterior al análisis de los resultados obtenidos en $n = 43$ pacientes con el diagnóstico de depresión, adscritos a la UMF No 18 de la Ciudad de Tijuana Baja California, se encontró que existe un adherencia total en el tratamiento de 61%, de los pacientes siendo el sexo femenino el más afectado tanto en adherencia como en la depresión donde se obtuvo un valor de chi cuadrada de 29.5 y una significancia $P = 0.035$ por lo que afirmamos que existe un asociación entre el grado de depresión y adherencia terapéutica. El odds ratio obtenido de los pacientes fue 3.58 siendo

Conclusiones El aumento de la incidencia y la prevalencia de la depresión podría estar relacionado con los cambios en el estilo de vida y el estrés generado día a día en todo el mundo. Las razones del aumento de la prevalencia de la depresión y el aumento de los acontecimientos estresantes pueden estar relacionadas con los aspectos sociodemográficos, hábitos y economía ya que estos suelen ser los detonantes de estrés en los pacientes con depresión lo que repercute directamente en su percepción de la vida y por ende en su cuidado por lo que la adherencia a tratamiento de la enfermedad se ve afectada por la falta de interés en su salud y su entorno.

Palabras clave: Depresión, Fármacos antidepresivos, Seguimiento, Mayores de edad.

ABSTRACT Title: Monitoring of adherence to treatment in patients with depression in the Family Medicine Unit No. 18 of Tijuana Baja California.

Researchers: Dr. Karla Valeria Morales Palomares, Dr. Erika Armenta Inzunza.

Background: Depression occurs more frequently among women (10.4%) than men (5.4%). John Weinman, Head of the Department of Health Psychology at Kings College London points out that, "only 30% of Patient abandonment of medication is due to unintentional causes such as forgetfulness or lack of skills to follow treatment; 70% of non-adherence is due to a patient's decision, it also mentions that a reminder will not change the reason why a patient has decided not to take their medication and it is clear that a treatment can be very effective, but if The patient does not take it, it cannot take effect.

Objective: To know the follow-up of adherence to treatment in patients with depression in the Family Medicine Unit No. 18 of Tijuana Baja California.

Material and Methods: With prior authorization from the Research and Research Ethics Committees, a descriptive, observational, cross-sectional study was carried out, including patients aged 18 to 65 years, with a diagnosis of depression, assigned to the UMF No. 18 of the City. of Tijuana Baja California during the four months following its approval by the local research committee, to which the Morisky Green test method, which is validated for various chronic diseases, was applied to assess compliance with medication in patients. This questionnaire has a Cronbach's alpha of 0.75. Evaluates therapeutic adherence behavior according to medication intake. It consists of 7 questions with dichotomous answers of YES / NO and a last question with a Likert-type response that scores them as: "never" / "rarely" / "sometimes" / "frequently" / "always", where "Never" = 1 and the rest is equal to 0 points. The aim is to assess whether the patient adopts correct attitudes in relation to the treatment for his illness, it is assumed that if the attitudes are incorrect the patient is non-compliant. It has the advantage that it provides information on the causes of non-compliance. Statistical analysis was performed using descriptive statistical tests, measures of central tendency and dispersion for quantitative variables, frequencies or percentages for qualitative variables, as well as bivariate analysis using the Chi-

square test and odds ratio (OR) was determined. The data were processed with the SPSS statistical program version 21, the statistically significant differences were $p < 0.05$.

Results After the analysis of the results obtained in $n = 43$ patients with a diagnosis of depression, assigned to the UMF No 18 of the City of Tijuana Baja California, it was found that there is a total adherence to the treatment of 61% of the patients. The female sex being the most affected in both adherence and depression where a chi square value of 29.5 and a significance $P = 0.035$ was obtained, so we affirm that there is an association between the degree of depression and therapeutic adherence. The odds ratio obtained from the patients was 3.58, being

Conclusions The increase in the incidence and prevalence of depression could be related to changes in lifestyle and the stress generated every day throughout the world. The reasons for the increase in the prevalence of depression and the increase in stressful events may be related to sociodemographic aspects, habits and economy since these tend to be the triggers of stress in patients with depression, which has a direct impact on their perception of life and therefore in their care, so adherence to disease treatment is affected by the lack of interest in their health and their environment.

Keywords: Depression, Antidepressant drugs, Follow-up, Adults.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la depresión es vista como una enfermedad mental que se ha ido incrementado en los últimos años, tal como lo indica la Organización Mundial de la Salud OMS (2015). Formando parte de una problemática a nivel social y de salud, ya que afecta el entorno familiar, social, educativo y el desarrollo adecuado del adolescente expuesto.

La depresión es uno de los principales diagnósticos de salud mental que requiere atención médica, y no se han realizado estudios sobre esta patología, por lo que dadas las tasas de abandono mencionadas anteriormente, es importante realizar este estudio, que puede determinar un objetivo preliminar, si existe desvinculación del manejo, que puede ser una de las razones por las que la enfermedad persiste o se cronifica, y con base en esto, desarrollar e implementar estrategias para mejorar la adherencia y así contribuir al desarrollo de un mejor pronóstico. El objetivo de este estudio es conocer el seguimiento al apego al tratamiento en pacientes con depresión en la Unidad de Medicina Familiar No. 18 de Tijuana Baja California.

Los pacientes con depresión y sus familiares deben ser conscientes de la importancia del cumplimiento terapéutico, ya que la falta de conciencia de enfermedad empeora en gran medida la calidad de vida del paciente y de los que le rodean. Además, la falta de apego al tratamiento trae consigo otras consecuencias graves como un incremento en el número de ingresos hospitalarios, recaídas, un aumento de la tasa de suicidios, un alto grado de deterioro y un empeoramiento de la evolución general del estado de salud y del pronóstico de la enfermedad

MARCO TEORICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la depresión como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.¹

La depresión aumenta el riesgo de trastornos por uso de sustancias y enfermedades como la diabetes y las enfermedades del corazón; lo contrario también es cierto, lo que significa que las personas con estas otras condiciones tienen un mayor riesgo de depresión. La depresión también es un factor de riesgo importante para el suicidio, que reclama cientos de miles de vidas cada año.²

La etiología de la depresión puede ser genética, aprendida o desencadenada por algún factor como, pérdida de un ser querido, problemas graves en el trabajo, escuela, hogar, dolor prolongado o enfermedad, consumo de drogas o alcohol, violencia doméstica, estrés, medicamentos, deficiencias nutricionales, problemas de sueño.³

Las investigaciones científicas ofrecen nuevos elementos para comprender mejor la etiología de los trastornos depresivos, algunos estudios identifican factores individuales, tales como la carga genética, traumatismos psíquicos y/o accidentes vasculares, mientras que otros subrayan la importancia de factores psicosociales, como los eventos de vida y las crisis económicas y políticas, entre otros.⁴

El DSM-V-TR y la CIE-10 incluyen criterios similares para hacer el diagnóstico de un trastorno depresivo cuya severidad es clínicamente importante (episodio depresivo mayor en el DSM-V-TR o episodio depresivo en la CIE-10). Sin embargo, los dos sistemas no son idénticos. Los umbrales difieren, el DSM-V requiere un mínimo de 5 de 9 síntomas (que deben incluir afecto depresivo y/o anhedonia) y la CIE-10 requiere 4 de 10 síntomas (que deben incluir al menos dos de los siguientes: afecto depresivo, anhedonia y pérdida de energía). Este hecho podría significar que más personas pueden ser diagnosticadas con depresión empleando los criterios de

la CIE-10 en comparación con el DSM V TR, o al menos se identifican dos poblaciones algo diferentes, dado el requerimiento de solo un síntoma clave de dos en el DSM-IV comparado con dos de tres en la CIE-10.⁵

Los fármacos antidepresivos son la primera elección terapéutica, sin embargo, su eficacia es limitada ya que en promedio la tercera parte de los pacientes no responden a él. Otras estrategias clínicas incluyen a la terapia electroconvulsiva, la estimulación del nervio vago, la estimulación cerebral profunda o la estimulación magnética transcraneal. Los antidepresivos se clasifican en: Inhibidores selectivos de la recaptura de 5-HT (SSRIs: fluoxetina, citalopram, etc.) o de la NA (NSRIs: desipramina, reboxetina); de ambas monoaminas (tricíclicos: Imipramina, nortriptilina); inhibidores de la MAO-A (tranilcipromina, selegilina, etc.).⁶

La eficacia de los antidepresivos actuales es comparable entre ellos. Sin embargo, algunos metaanálisis favorecen discretamente al escitalopram, mirtazapina, sertralina y venlafaxina sobre otros, en cuanto a respuesta. El tratamiento de un primer episodio depresivo debe durar entre 6 y 12 meses posterior a la remisión de los síntomas para evitar la recurrencia. Dichos medicamentos tienen un mecanismo de acción antidepresiva primario, aunque en su mayoría, poseen acciones farmacológicas secundarias a través de su acción sobre distintos receptores, lo cual se ve reflejado de manera clínica tanto en efectos terapéuticos como en efectos adversos.⁷

Los pacientes refractarios a dosis máxima de antidepresivos, deben ser evaluados con el fin de identificar otras condiciones médicas pasadas por alto en la valoración inicial, y verificar la adherencia al tratamiento. Si después que estas situaciones han sido controladas, persiste la mala respuesta farmacológica, es conveniente intentar otro medicamento con un mecanismo de acción diferente, o adicionar un agente coadyuvante como litio, tiroxina, buspirona o pindolol, aunque esto último es competencia exclusiva del psiquiatra. Cuando se trata de un segundo episodio, el tratamiento debe durar entre 4 y 5 años a dosis completa, y en un tercero, el tratamiento sería por tiempo indefinido.⁸

Los efectos adversos de los medicamentos, las múltiples tomas al día, el miedo a la dependencia o la falta de una explicación correcta del uso del fármaco, son las causas más frecuentes del incumplimiento. Los factores sociales, familiares y psicológicos, suelen influir en la evolución del episodio depresivo. El hecho de indagar e intervenir correctamente sobre estos aspectos evitaría en muchos casos un innecesario cambio de tratamiento.⁹

Las personas que reciben tratamiento para su primer episodio son menos propensas a tener otro. Sin embargo, los jóvenes con depresión tienden a no recibir tratamiento para su primer episodio, lo cual los condena a una mayor duración de este episodio, a una mayor probabilidad de tener otro y a presentar un mayor número de episodios en la vida y un mayor número de años vividos con algún episodio.¹⁰

La depresión y en particular el trastorno depresivo mayor tiene una historia natural de recuperación y recurrencia. En concreto, del orden del 55% de los pacientes con depresión mayor (que por definición dura al menos dos semanas) mejoran solos a lo largo de 6 meses, del orden del 70% en un año, del 85% en 2 años y del 97% en 6 años. Esto quiere decir también que del orden del 30% mantienen una persistente depresión (durante un año al menos). Por otro lado, las recaídas y las recurrencias son igualmente muy naturales, del orden del 50% en un año y del 75% en 5 años, siendo más probable que ocurran en los primeros meses de la recuperación.¹¹

Intervenciones basadas en la atención plena, incluidas cognitivas terapias (MBCT) para la depresión y basada en Mindfulness, es particularmente prometedora para la población en general. Los estudios demostraron que el efecto de Mindfulness en la prevención de la alguna futura recaída de la depresión es al menos equivalente a la medicación antidepresiva.¹²

Terapia interpersonal (IPT) es un tipo de terapia mediante la cual los pacientes aprenden a mejorar sus relaciones con los demás, expresando mejor sus emociones, y solucionando problemas de maneras más saludables. La IPT ayuda

a los pacientes a solucionar o adaptarse a acontecimientos preocupantes de la vida, a crear habilidades sociales, y a organizar sus relaciones que incrementen el apoyo para enfrentar síntomas depresivos y factores estresantes de la vida cotidiana.¹³

De acuerdo la OMS la depresión es la principal causa de discapacidad. La OMS advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, y este número aumentará si ocurren otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés.¹⁴

Cuando hay un trastorno depresivo mayor, las probabilidades de que un paciente pueda sufrir otro trastorno mental son mucho mayores que en los pacientes no deprimidos. Los pacientes deprimidos de atención primaria con comorbilidad se distinguen por una mayor gravedad impacto funcional concomitante asociado.¹⁵

La posibilidad de mal pronóstico aumenta en caso de trastorno distímico coexistente, abuso de alcohol y otras sustancias, síntomas de trastornos de ansiedad y antecedentes de más de un episodio depresivo mayor. Los hombres tienen más probabilidad de presentar una evolución crónica.¹⁶

Estudios han demostrado que el riesgo de suicidio es hasta 20 veces más alto en pacientes deprimidos. La mortalidad de estos va de 2.2 al 8.6%, y la mayoría de estos se realiza al primer intento. Del 47 al 69% de los pacientes deprimidos presentan ideación suicida.¹⁷

Los pacientes deprimidos y sus familiares deben ser conscientes de la importancia del cumplimiento terapéutico, ya que la falta de conciencia de enfermedad empeora en gran medida la calidad de vida del paciente y de los que le rodean. Además, la falta de adherencia al tratamiento acarrea otras consecuencias graves como un incremento en el número de ingresos hospitalarios, recaídas, un aumento de la tasa de suicidios, un alto grado de deterioro y un empeoramiento de la evolución general del estado de salud y del pronóstico de la enfermedad.¹⁸

La definición del término adherencia acuñada por la OMS en el 2003 es grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de la medicación, el

seguimiento de una dieta o la modificación de los hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario. La falta de adherencia al tratamiento de la depresión se relaciona con una menor eficacia del tratamiento, el aumento de la persistencia de los síntomas, al igual que de recurrencias de la enfermedad y de la morbimortalidad, así como con un aumento de los costes del tratamiento y de los costes indirectos. ¹⁹

La CIE-10 (68) clasifica la depresión mayor dentro los trastornos del humor o afectivos (F30-F39). La categoría F32 incluye el episodio depresivo y la F33 la de trastorno depresivo recurrente, y la primera se subdivide a su vez en:

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

ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) decidió dedicar el Día Mundial de la Salud 2017 a la depresión. Esta elección no es casual. La depresión afecta a más de 50 millones de personas en todo el mundo, procedentes de todas las edades y condiciones sociales.²⁰

Casi una sexta parte de la población mundial ha tenido al menos un episodio depresivo mayor en algún momento de sus vidas, sin distinción de razas, etnias o condiciones económicas. En América es la primera causa de discapacidad superando ampliamente a la violencia y las enfermedades cardiovasculares. Estudios epidemiológicos en este continente muestran tasas variables de prevalencia a lo largo de la vida: desde 16.1% en los Estados Unidos, sin aparentes diferencias entre la población Latina y la población Caucásica viviendo en dicho país, hasta sólo 4.6% en Puerto Rico.²¹

Los resultados de la ENEP señalan que 9.2% de los mexicanos sufrieron un trastorno afectivo en algún momento de su vida y 4.8% en los doce meses previos al estudio. La depresión ocurre con mayor frecuencia entre las mujeres (10.4%) que entre los hombres (5.4%). Las prevalencias observadas en los EUA, Europa y Brasil son más elevadas ya que más de 15% de la población ha padecido depresión mayor alguna vez en la vida y más de 6% durante el año anterior. En países como Colombia y Chile, la situación es muy similar a la de México.²²

La alta prevalencia de depresión mayor, se especula que esta enfermedad es subdiagnosticada, ya que su reconocimiento puede dificultarse debido a la alta frecuencia de síntomas físicos asociados, sobre todo de naturaleza dolorosa, mismos que pueden ser más evidentes que los síntomas emocionales subyacentes. Estudios actuales revelan que hasta el 76% de los pacientes con depresión reportan síntomas físicos dolorosos como cefalea, dolor abdominal, dolor lumbar y dolor sin localización precisa. Además, se ha demostrado que las molestias musculoesqueléticas inespecíficas, el dolor lumbar y el dolor precordial predicen la intensidad de la depresión.²³

Diversos estudios epidemiológicos han explorado la prevalencia de trastornos mentales en México, incluidos los trastornos y episodios depresivos y sus factores asociados. Además, se estima que una de cada cinco personas llegará a presentar algún trastorno antes de los 75 años.²⁴

El riesgo para presentar trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en las muestras de la población general ha variado entre el 10 y 25 % para las mujeres y entre el 5 y el 12 % para los hombres. La prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor en adultos en muestras de población general ha variado entre el 5 y el 9 % para las mujeres y entre el 2 y el 3 % para los hombres.²⁵

En el México existen 9.3% hombres y 0.7% mujeres con abuso/dependencia al alcohol en poblaciones urbanas y 10.5% y 0.4% respectivamente en poblaciones rurales; la dependencia a drogas representa tan sólo 0.44% de la población adulta entre 18 y 65 años. Otros estudios realizados en la ciudad capital, muestran que el 9% de la población adulta entre 18 y 65 años, presenta trastornos afectivos, 7.8% corresponden a episodios de depresión mayor, con una tasa de 2.5 mujeres por cada varón; 1.5% distimia con una proporción hombre/mujer similar, 2.6 varones por cada mujer y una tasa inferior de episodios maniacos con pocas diferencias por sexo.²⁶

Un 18% de la población de 15 a 64 años de edad, sufre algún trastorno del estado de ánimo como ansiedad, depresión o fobia, entre el 1 y 2% de la población adulta ha intentado suicidarse y la tasa de suicidios consumados tiene una tendencia al alza (Oficina de información científica y tecnológica para el Congreso de la Unión, 2018)²⁷

En relación a la adherencia al tratamiento antidepressivo, el comportamiento de los adolescentes es similar al de los adultos. En estudios clínicos que incluían supervisión constante de los pacientes y sus familias mientras duraba tratamiento, la tasa de abandonos varió entre un 20 y 40%, porcentaje probablemente más elevado en un contexto clínico habitual. Estudios con adultos depresivos detectan que alrededor de un 30 a 40% de los pacientes deja de tomar antidepressivos dentro

del primer mes de iniciado el tratamiento, y un 45% a 60% lo hace hacia los 3 meses.

28

Murray et al. 2012. La depresión es uno de los trastornos mentales con mayor prevalencia en diversos contextos del mundo La OMS indica que la depresión se convierte en la segunda causa principal de discapacidad a nivel mundial; de manera específica, en países desarrollados, ocupará el tercer lugar y, en países en vías de desarrollo como el Perú, dicha enfermedad ocupará el primer lugar. Se señala que más de 350 millones de individuos sufren este trastorno y que, a pesar de que la depresión es un trastorno mental tratable, la mayoría de las personas que la experimentan no solicitan ni reciben el tratamiento requerido.²⁹

Cano-Vindel 2012. Los resultados de diferentes estudios indican que la precisión de individuos que sufren con depresión en atención primaria está muy lejos de lo que es deseable. Los pacientes no diagnosticados dejan de recibir tratamiento, mientras los falsos positivos reciben un tratamiento costoso e inadecuado. Por esta razón diagnóstico correcto es el punto de inicio de un tratamiento adecuado.

Heinz G, Gutiérrez 2014. Menciona el surgimiento de los fármacos con acción antidepressiva significó una esperanza para el manejo de este trastorno. En la actualidad, se cuenta con un amplio arsenal de antidepressivos (AD), todos ellos con bondades farmacológicas, lo que representa la posibilidad de brindar a las personas con depresión una mejoría tanto de sus síntomas, como de su calidad de vida.³¹

Uno de los principales hallazgos del estudio realizado fue que 34% de la población estudiada presentó uno o más síntomas de depresión durante el mes anterior al estudio. El 13% de la población presentó sintomatología severa con importantes variaciones de acuerdo con el sexo del entrevistado: 8.5% entre los hombres y 17% en las mujeres, en otro estudio efectuado en la Ciudad de México se encontró una prevalencia de episodios depresivos durante la vida (sin excluir al trastorno bipolar) de 8.3%, con un claro predominio de las mujeres.³²

JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es un trastorno altamente incapacitante. La depresión puede afectar a personas de todas las edades, niveles educativos, estatus social y económico. Por lo general, la depresión afecta todas las áreas de la vida de una persona, tanto a nivel familiar, como en relación a las amistades, el trabajo, los estudios y los aspectos financieros. Es frecuente que los episodios depresivos sean recurrentes y pueden volverse persistentes o crónicos si no se realiza el tratamiento adecuado o no se tiene el apego al tratamiento por parte de los pacientes, se estima que la magnitud anual de depresión en México es de 4.8% entre la población general de 18 a 65 años.

En la Unidad de Medicina Familiar No. 18 la Depresión constituye uno de los principales diagnósticos de salud mental por los que se demanda atención médica y no se cuenta con estudios de investigación sobre esta patología, es por esto que considerando la tasa de desapego que se mencionó anteriormente es importante haber realizado este estudio en el que un principio mido si existe o no desapego al manejo y que esta pueda ser una de las causas de que la enfermedad persista o se cronifique y en base a eso se diseñó implementar estrategias que mejoren el apego y por tanto aportar a un mejor pronóstico en la evolución de la depresión con la finalidad de una mejor calidad de vida en los pacientes que se atiendan por esta entidad patológica.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad la depresión es vista como una enfermedad mental que se ha ido incrementado en los últimos años, tal como lo indica la Organización Mundial de la Salud OMS (2015). Formando parte de una problemática a nivel social y de salud, ya que afecta el entorno familiar, social, educativo y el desarrollo adecuado del adolescente expuesto.

Los pacientes con depresión y sus familiares deben ser conscientes de la importancia del cumplimiento terapéutico, ya que la falta de conciencia de enfermedad empeora en gran medida la calidad de vida del paciente y de los que le rodean. Además, la falta de apego al tratamiento trae consigo otras consecuencias graves como un incremento en el número de ingresos hospitalarios, recaídas, un aumento de la tasa de suicidios, un alto grado de deterioro y un empeoramiento de la evolución general del estado de salud y del pronóstico de la enfermedad.

Se ha demostrado que las intervenciones que combinen el tratamiento farmacológico con la psicoterapia aportan beneficios a la población mexicana con padecimientos crónicos con alta comorbilidad de depresión. El tratamiento de la sintomatología depresiva se asoció, además, con la mejoría de la condición médica, lo que demuestra la necesidad de la atención integral a la salud; sin salud mental no hay salud física.³³

¿Cuál es el seguimiento al apego al tratamiento en pacientes con depresión en la Unidad de Medicina Familiar No 18 de Tijuana Baja California?

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERAL:

- Conocer el apego al tratamiento en pacientes con depresión en la Unidad en la Medicina Familiar No 18 de Tijuana Baja California.

OBJETIVO ESPECIFICOS:

- Describir las variables sociodemográficas en pacientes con depresión en la Unidad de Medicina Familiar No 18 de Tijuana Baja California.
- Identificar el grupo etario con menor apego al tratamiento en pacientes con depresión en la Unidad de Medicina Familiar No 18 de Tijuana Baja California.

MATERIAL Y MÉTODOS

CLASIFICACIÓN DEL ESTUDIO: Descriptivo, observacional, transversal.

Enfoque: Cuantitativo

LUGAR: Unidad de Medicina Familiar No.18, IMSS, Cto De Los Carlos, El Laurel, 26725 Tijuana, B.C.

PERIODO: El periodo de recolección de los datos fue durante los 4 meses completos a partir de la aprobación del protocolo por el comité local de investigación, Septiembre- Diciembre 2023.

POBLACIÓN: Pacientes con diagnóstico de depresión en la unidad de medicina familiar no.18 en la Ciudad de Tijuana, Baja California.

TIPO DE MUESTRA: No probabilística, por casos consecutivos

TAMAÑO DE MUESTRA: Fue un censo, Se incluyeron a todos los pacientes que acudan durante el período de recolección de datos y que cumplan con los criterios de inclusión (en atención a la recomendación de Revisor del Comité de Investigación)

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- a-Pacientes con diagnosticados de depresión.
- b- Pacientes de 18 a 65 años.
- c- Pacientes que se encuentren de adscritos en la UMF No.18.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- a-Pacientes que no sepan leer y escribir.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- a.-Pacientes que decidan abandonar el estudio.
- b. Pacientes que no respondan completamente el cuestionario.
- c.-Pacientes que cambien de unidad adscripción.

MÉTODO:

Previa autorización de los Comités de Investigación y Ética en Investigación, Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal; se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar N°18, del Instituto Mexicano del Seguro Social, localizada en Cto de los Carlos, calle Rene S/N, colonia el laurel, CP 22253, en Tijuana Baja California.

Se realizó la selección de los pacientes que participaron en el proyecto, tomando en cuenta los criterios de inclusión antes mencionados. Pacientes que se encontraran en sala de espera, que contaran con los siguientes diagnósticos de cualquiera de las siguientes codificaciones.F32.0 Episodio depresivo leve, F32.1 Episodio depresivo moderado., F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, F32.8 Otros episodios depresivos o F32.9 Episodio depresivo no especificado y que cumplan con el criterio de edad, posterior se le comento que es candidato para un estudio de investigación y se solicitó un breve espacio de su tiempo posterior a terminar la consulta. Este segundo momento se llevó a cabo en un consultorio Prevenimss, que ese día se encuentro disponible para brindarle privacidad al paciente y se le realizó un breve interrogatorio que permita delimitar si cumple con los criterios de inclusión, en caso de que sí se le explico que cumple con criterios para ser parte del proyecto de investigación y en qué consiste, se solicitó consentimiento informado y de aceptar, se solicitó la firma del consentimiento y se procedió a recabar las variables sociodemográficas y luego se le pedio que conteste de manera escrita una serie de preguntas en base al cuestionario Morisky-Green método, que está validado para valorar el cumplimiento de la mediación de pacientes para diversas enfermedades crónicas.

Test Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). Este cuestionario cuenta con un alfa de Cronbach de 0.75. Evalúa la conducta de adherencia terapéutica conforme a la toma de medicamentos. Consta de 7 preguntas con respuestas dicotómicas de SI / NO y una última pregunta con respuesta tipo Likert que las puntúa como: “nunca” / “raramente” / “a veces” / “frecuentemente” / “siempre”, donde “Nunca” = 1 y el resto es igual a 0 puntos. Por tanto, la puntuación total de la escala

va de 0 a 8 (mayor puntuación, mayor adherencia). Para el análisis se realizó la suma de los ítems y se calificó en función de la puntuación obtenida con varios puntos de corte: a) baja adherencia = 0-5, adherencia media = 6-7, alta adherencia = 8.

Una vez recolectadas las encuestas e instrumentos de medición, el alumno tesista fue el responsable del procesamiento de datos y del análisis estadístico de la información resultante, los cuales fueron registrados en una hoja electrónica y posteriormente fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS 21, así como de la interpretación de la información resultante del análisis estadístico mediante la elaboración de gráficas, tablas, conclusiones y recomendaciones resultantes del proyecto. El investigador responsable fue el encargado de resguardar la información que resulte de la presente investigación a manera de salvaguardar la confidencialidad de los participantes. Para finalizar, el alumno tesista realizó la presentación de los resultados de su protocolo ante el equipo de trabajo y autoridades del Hospital.

Instrumento: Escala MMAS-8 (Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky de 8 ítems).

En 2008 se publicó una nueva versión del test con ocho preguntas (8-item Morisky Medication Adherence Scale o MMAS8) y que fue desarrollada a partir de las cuatro preguntas originales. Los cuatro ítems adicionales hacen referencia al comportamiento relativo a la toma de medicación, especialmente, a la infrautilización.

El test de Morisky original y sus posteriores versiones presentan ventajas respecto a otros cuestionarios ya que tienen un uso muy generalizado tanto en diferentes patologías, poblaciones como países, por lo que son muy utilizados en investigación. Además, tienen una alta concordancia con los datos obtenidos a partir de dispositivos electrónicos o los registros de dispensación de la medicación. Ambos test son recomendados para su aplicación durante la práctica clínica diaria.

Presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento. Las preguntas, que se deben realizar entremezcladas con la conversación y de forma cordial. ³⁴

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se realizó análisis estadístico utilizando pruebas estadísticas descriptivas, medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas, frecuencias o porcentajes para variables cualitativas

Se realizó análisis bivariado utilizando la prueba Ji cuadrada y se determinó razón de momios (RM).

Se procesaron los datos con el programa estadístico SSPS versión 21, las diferencias estadísticamente significativas fueron con $p < 0.05$.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	DEFINICIÓN OPERACIONAL
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona, contando desde su nacimiento.	Cuantitativa Discreta Ordinal	Razón Ordinal	Años cumplidos
GÉNERO	En términos biológicos se refiere a la identidad sexual de los seres vivos, la distinción que se hace entre femenino y masculino	Cualitativa Nominal Dicotómica	Nominal	1. Masculino 2. Femenino
ESCOLARIDAD	Nivel de educación obtenido después de un determinado número de años de educación y el grado obtenido.	Cualitativa Ordinal politómica	Ordinal	1) Ninguna 2) Educación básica incompleta 3) Educación básica completa. 4) Educación media superior 5) Educación superior

APEGO A TRATAMIENTO	La conducta del paciente que coincide con la prescripción médica, en términos de tomar los medicamentos	Cualitativa	Ordinal Politómica	1) Adherencia total (38-48 puntos) 2) Adherencia parcial (18-37 puntos) 3) No adherencia (0-17 puntos)

ASPECTOS ÉTICOS

Este protocolo se apegó a la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial (AMM). Se apegó a los principios generales en los artículos:

Promover y velar por la salud, bienestar y derechos del paciente, incluidos los que participen en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de este deber.

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

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.

En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada participante potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación.

Esta investigación se ajustó de acuerdo a lo establecido en la Ley General de Salud (LGS) en Materia Investigación para la Salud en el Título Primero, capítulo Único, Artículos 10 al 60, Título Segundo Capítulo I, Artículos 13 al 23, Capítulo III, Artículos 34 al 36, Título Sexto, Capítulo Único, Artículo 113 al 120.

Se solicitó que cada participante firme consentimiento informado. Se salvaguardaron los datos personales de los participantes, asegurando su confidencialidad. La hoja de recolección de datos, permanecerá salvaguardadas por el investigador responsable el cual custodia la información generada en el protocolo, incluida en la hoja de recolección de datos, carta de consentimiento informado, carta de asentamiento, base de datos.

El protocolo de investigación se sometió a revisión para su aprobación por el Comité de Investigación en Salud y Ética en Salud, se concordó a las normas e

instrucciones del Instituto Mexicano del Seguro Social, en materia de investigación científica.

El presente proyecto de investigación no represento riesgo a la salud ya que no modifica aspectos físicos o psicológicos del paciente y solo existe como riesgo la incomodidad que le pudiera ocasionar responder a las preguntas del Test de apego al tratamiento.

El beneficio consistió el conocer que tan bien se apega al tratamiento, el médico tesista le pudo informar su resultado y en caso de que sea un nivel de apego desfavorable para la evolución de la enfermedad se pudo realizar consejería mediante la técnica de psicoterapia breve acerca de la importancia de apearse al tratamiento indicado con lo que se puede contribuir directamente a la mejora, se derivó también a trabajo social para que se aborde la red de apoyo mediante el estudio de salud familiar y a medico familiar para que se considere la derivación a psicología, donde se pueden brindar herramientas que mejoren el autocuidado a la salud y por tanto puedan repercutir en el apego al tratamiento, con esta información para tomar decisiones en cuanto a ajustes de manejo tanto si se encuentra bien apegado o no.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

RECURSOS:

Humanos: Dra. Erika Armenta Inzunza, Asesor Metodológico, quien guio el diseño, elaboración, procesamiento de la información e interpretación de la investigación científica.

Dra. Erika Armenta Inzunza, Investigadora Responsable, quien se encargó de vigilar la elaboración del protocolo, durante todo el proceso y registro del mismo.

Dra. Karla Valeria Morales Palomares Médico Residente del tercer año de la especialidad de medicina familiar, Investigador tesista, quien se encargó de realizar el protocolo, la recolección de los datos, su análisis e interpretación, así como la redacción del escrito final.

Físicos: Dentro de los recursos físicos se contó con un área disponible para la realización del estudio, además del apoyo del área de enseñanza y dirección de la unidad de Medicina Familiar No.18; El muestreo se realizó dentro de la unidad de medicina familiar No.18, dentro de la misma se llevará a cabo la recolección de datos.

FINANCIAMIENTO: El proyecto fue financiado por los recursos propios del investigador.

FACTIBILIDAD: Fue posible realizar el estudio, ya que se contó con los recursos humanos, físicos y materiales, necesarios para ello, como investigadores dispuestos a realizarse el proyecto, corriendo el financiamiento a cargo de estos, además la Unidad de Medicina Familiar N° 18 conto con pacientes con diagnóstico de depresión bajo tratamiento por lo que se consideró que cuenta con utilidad posterior a la realización de la investigación.

BIOSEGURIDAD

El presente estudio no implico aspectos de seguridad.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Mes / Actividad	Mayo 2021- Mayo 2023	Junio- Agosto 2023	Septiembr e- Diciembre 2023	Enero 2024	Enero 2024	Enero 2024
Realización de protocolo.						
Registro protocolo SIRELCIS.						
Recolección de datos.						
Resultados.						
Discusión.						
Presentación de tesis.						

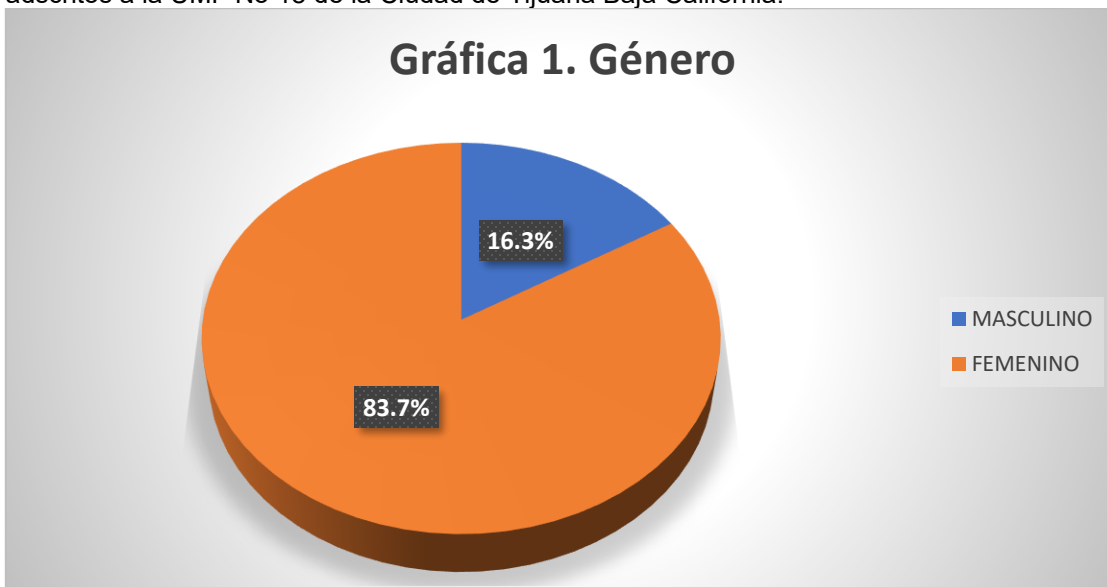
RESULTADOS

Los resultados obtenidos de la recopilación de la información emitida por la aplicación del cuestionario Morisky-Green para medir la adherencia en pacientes de 18 a 65 años, con diagnóstico de depresión, adscritos a la UMF No 18 de la Ciudad de Tijuana Baja California. Siendo n=43 De los datos sociodemográficos se obtuvo que la media de edad es 43 años con predominio del sexo femenino con un 83.7% (n=36) y masculino 16.3% (n=7). **Tabla y gráfica 1.**

Tabla 1. Género.

GENERO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	MASCULINO	7	16.3	16.3	16.3
	FEMENINO	36	83.7	83.7	100.0
	Total	43	100.0	100.0	

Fuente: Tabla de recolección de datos en pacientes de 18 a 65 años, con diagnóstico de depresión, adscritos a la UMF No 18 de la Ciudad de Tijuana Baja California.

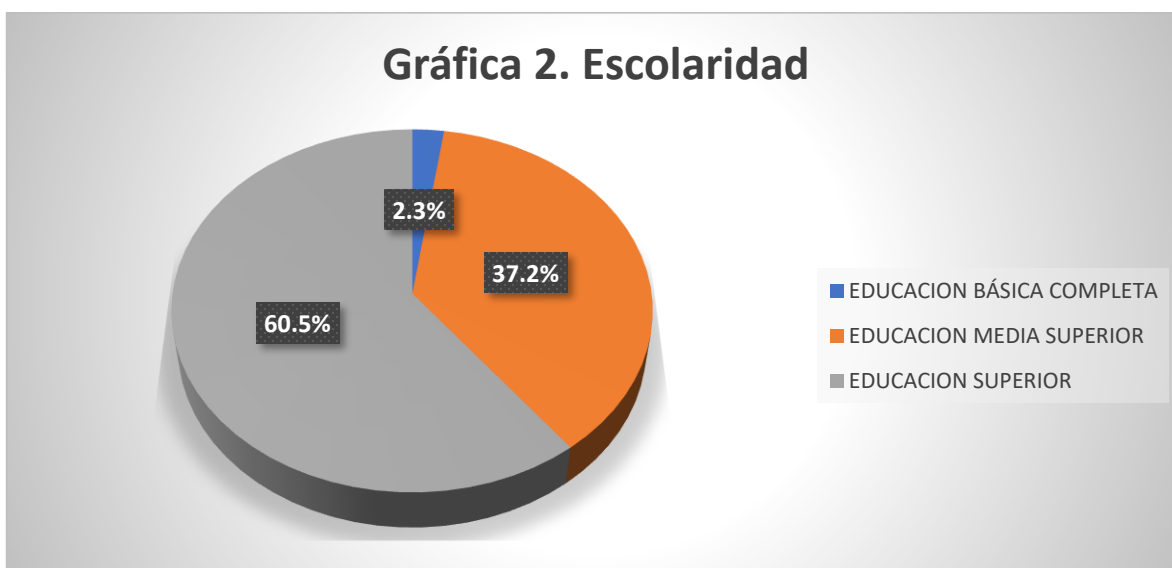


Fuente: Tabla de recolección de datos en pacientes de 18 a 65 años, con diagnóstico de depresión, adscritos a la UMF No 18 de la Ciudad de Tijuana Baja California

Con respecto a la escolaridad se tiene que los pacientes el 60.5% (n=26) tenían escolaridad de educación superior, educación media superior en el 37.2% (n=16) y con educación básica completa el 2.3% (n=1). **Tabla y gráfica 2.**

Tabla 2. ESCOLARIDAD					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	EDUCACION BÁSICA COMPLETA	1	2.3	2.3	2.3
	EDUCACION MEDIA SUPERIOR	16	37.2	37.2	39.5
	EDUCACION SUPERIOR	26	60.5	60.5	100.0
	Total	43	100.0	100.0	

Fuente: Tabla de recolección de datos en pacientes de 18 a 65 años, con diagnóstico de depresión, adscritos a la UMF No 18 de la Ciudad de Tijuana Baja California.

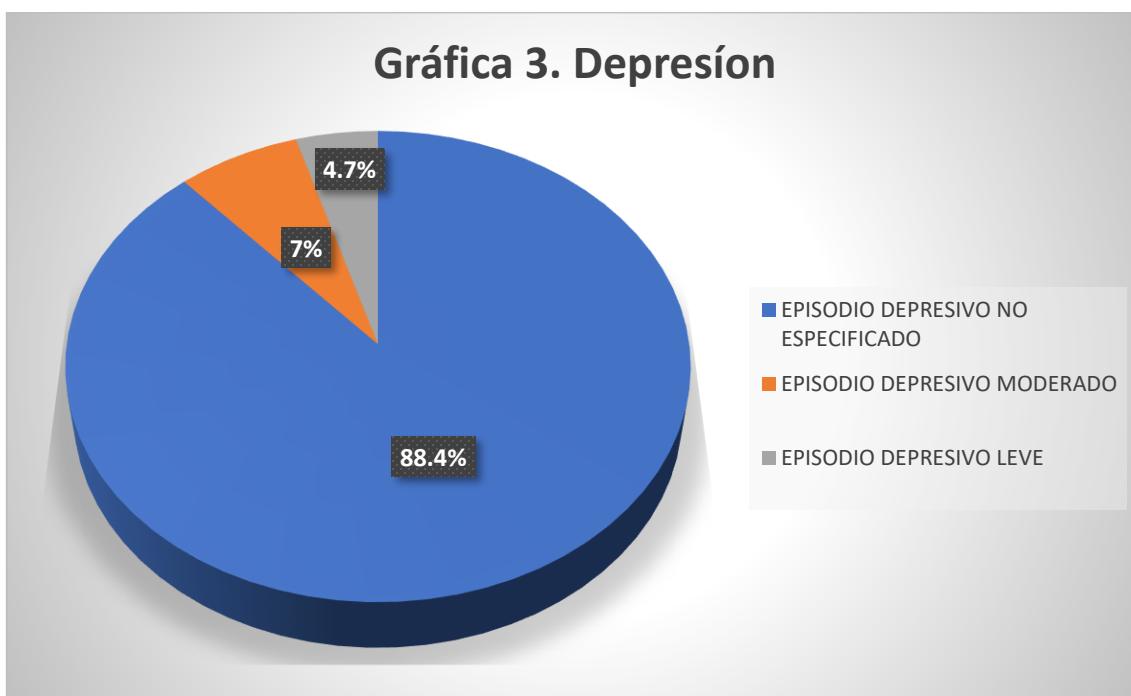


Fuente: Tabla de recolección de datos en pacientes de 18 a 65 años, con diagnóstico de depresión, adscritos a la UMF No 18 de la Ciudad de Tijuana Baja California

El diagnóstico de depresión plasmado en el expediente clínico de los pacientes se tenía que el 88.4% (n=38) con episodio depresivo no especificado, con episodio depresivo moderado 7% (n=3) y episodio depresivo leve 4.7% (n=2). **Tabla y Gráfica 3.**

Tabla 3. DEPRESIÓN					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	EPISODIO DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO	38	88.4	88.4	88.4
	EPISODIO DEPRESIVO MODERADO	3	7.0	7.0	95.3
	EPISODIO DEPRESIVO LEVE	2	4.7	4.7	100.0
	Total	43	100.0	100.0	

Fuente: Tabla de recolección de datos en pacientes de 18 a 65 años, con diagnóstico de depresión, adscritos a la UMF No 18 de la Ciudad de Tijuana Baja California.

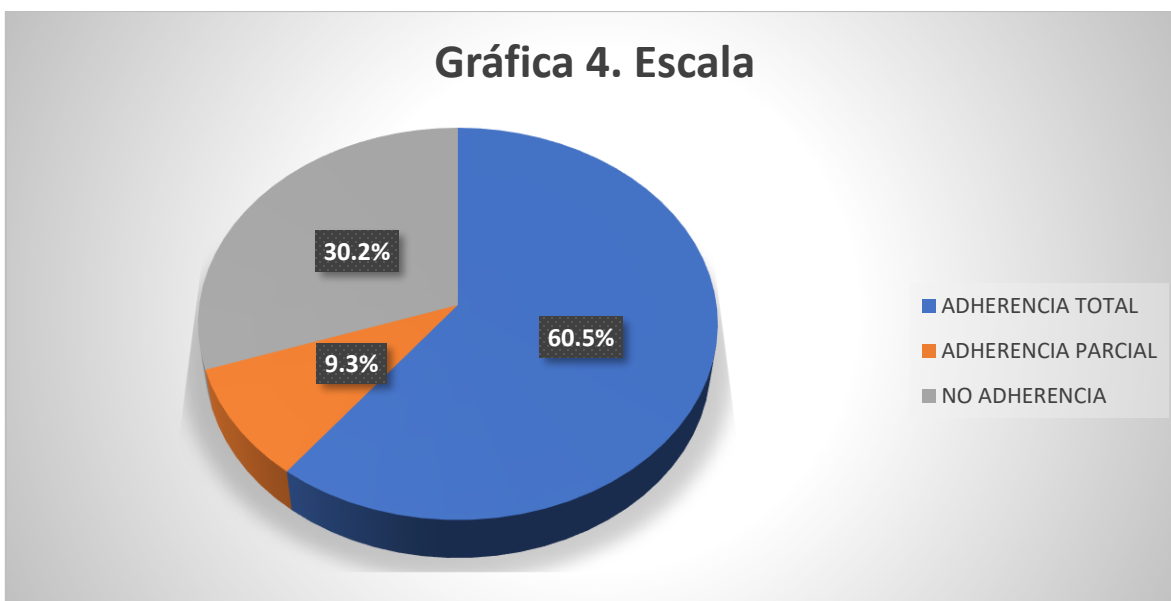


Fuente: Tabla de recolección de datos en pacientes de 18 a 65 años, con diagnóstico de depresión, adscritos a la UMF No 18 de la Ciudad de Tijuana Baja California.

De la aplicación del test de Morisky Green se tuvo que el 30.2% (n=13) no tuvieron adherencia, el 9.3% (n=4) tuvieron adherencia parcial y el 60.5% (n=26) adherencia total. **Tabla y Gráfica 4.**

Tabla 4. ESCALA				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Adherencia total	26	60.5	60.5	60.5
Adherencia parcial	4	9.3	9.3	69.8
No adherencia	13	30.2	30.2	100.0
Total	43	100.0	100.0	

Fuente: Tabla de recolección de datos en pacientes de 18 a 65 años, con diagnóstico de depresión, adscritos a la UMF No 18 de la Ciudad de Tijuana Baja California.



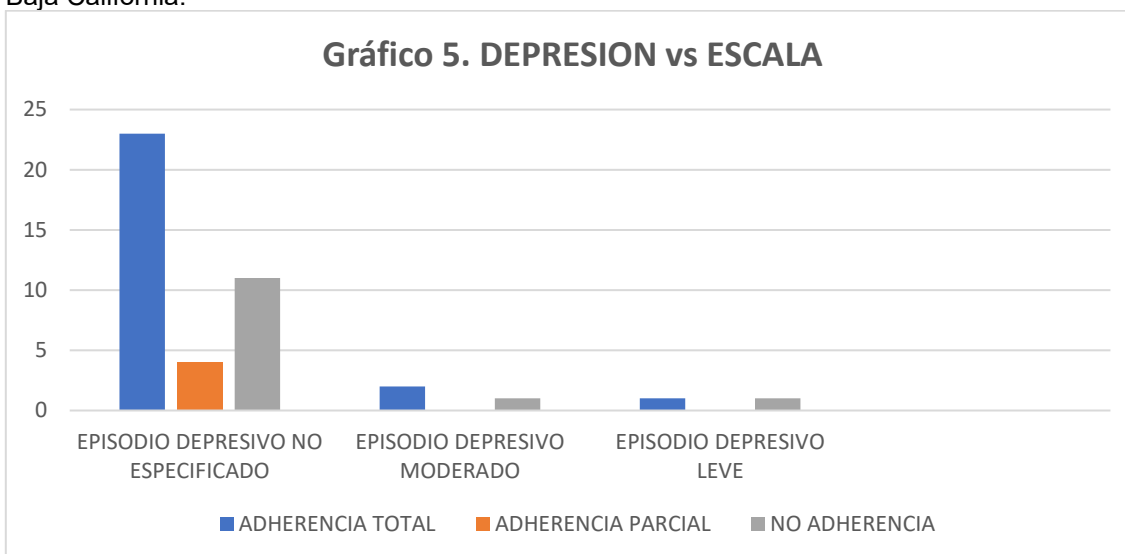
Fuente: Tabla de recolección de datos en pacientes de 18 a 65 años, con diagnóstico de depresión, adscritos a la UMF No 18 de la Ciudad de Tijuana Baja California.

De la posible asociación entre las variables depresión y adherencia terapéutica se tiene que los pacientes con episodio depresivo no especificado n=23 de ellos tenían adherencia total, n=4 adherencia parcial y n= 11 no adherencia. Del episodio depresivo moderado se tiene que n=2 adherencia total, n=1 no adherencias,

episodio depresivo leve n=1 adherencia total y n=1 no adherencia. **Tabla y Gráfica 5.**

Tabla 5 DEPRESION vs ESCALA					
		ESCALA			Total
		Adherencia total	Adherencia parcial	No adherencia	
DEPRESIO N	EPISODIO DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO	23	4	11	38
	EPISODIO DEPRESIVO MODERADO	2	0	1	3
	EPISODIO DEPRESIVO LEVE	1	0	1	2
Total		26	4	13	43

Fuente: Resultados arrojados de la aplicación del cuestionario de MORISKY-GREEN en pacientes de 18 a 65 años, con diagnóstico de depresión, adscritos a la UMF No 18 de la Ciudad de Tijuana Baja California.



Fuente: Resultados arrojados de la aplicación del cuestionario de MORISKY-GREEN en pacientes de 18 a 65 años, con diagnóstico de depresión, adscritos a la UMF No 18 de la Ciudad de Tijuana Baja California.

DISCUSIÓN.

Posterior al análisis de los resultados obtenidos en $n= 43$ pacientes con el diagnóstico de depresión, adscritos a la UMF No 18 de la Ciudad de Tijuana Baja California, se encontró que existe un adherencia total en el tratamiento de 61%, de los pacientes siendo el sexo femenino el más afectado tanto en adherencia como en la depresión donde se obtuvo un valor de chi cuadrada de 29.5 y una significancia $P= 0.035$ por lo que afirmamos que existe un asociación entre el grado de depresión y adherencia terapéutica. El odds ratio obtenido de los pacientes fue 3.58 siendo

Los pacientes tenían una media de edad de 43 años con predominio de sexo femenino en un 83.7%. Una limitante de este estudio es que no se consideró que existen varios pacientes con depresión con episodios depresivo no clasificado por lo que no se puede determinar si la adherencia que presenta está basada en una depresión leve.

Heinz G, Gutiérrez 2014. En su estudio menciona que la calidad de vida y el surgimiento de los fármacos con acción antidepresiva significó una esperanza para el manejo de este trastorno. En la actualidad, se cuenta con un amplio arsenal de antidepresivos (AD), todos ellos con bondades farmacológicas, lo que representa la posibilidad de brindar a las personas con depresión una mejoría tanto de sus síntomas, como de su calidad de vida; en comparación con nuestro estudio se tiene que la depresión se asocia directamente a la adherencia terapéutica ya sea de manera positiva o negativa; a diferencia de Heinz G la calidad de vida no fue cuantificada en nuestro estudio por lo que podría ser material de estudio para un nuevo proyecto de estudio.³¹

En un estudio realizado en España para analizar la actuación de los médicos de Atención Primaria en el tratamiento con fármacos antidepresivos, pone en manifiesto que aproximadamente el 40,5% de los casos de abandono se producen durante los dos primeros meses y el resto durante la fase de mantenimiento. En cuanto a las causas que llevan a este abandono son: la mejoría de paciente (88,2%), el rechazo a los fármacos (28,7%), la falta de confianza en la eficacia de los fármacos por parte del paciente (13,4%), la falta de información (10,7%) y la presión social (8,1%). En comparación con nuestro estudio se tiene que el 11% de los pacientes mostraron una mala adherencia o abandono al tratamiento.¹⁵

CONCLUSIONES

El aumento de la incidencia y la prevalencia de la depresión podría estar relacionado con los cambios en el estilo de vida y el estrés generado día a día en todo el mundo. Las razones del aumento de la prevalencia de la depresión y el aumento de los acontecimientos estresantes pueden estar relacionadas con los aspectos sociodemográficos, hábitos y economía ya que estos suelen ser los detonantes de estrés en los pacientes con depresión lo que repercute directamente en su percepción de la vida y por ende en su cuidado por lo que la adherencia a tratamiento de la enfermedad se ve afectada por la falta de interés en su salud y su entorno.

La importancia de reforzar los programas de atención de primer nivel para personas con depresión no solo basadas en tratamiento médicos si no también trabajo de concientización sobre su enfermedad y la detección y clasificación antes de que repercuta en la adherencia del paciente a tratamiento; el tener una inclusión en los servicios de apoyo de otros departamentos que con lleven la salud mental del paciente y no solo la física. Las mejoras en cadenas de derivación del paciente, así como la educación de la población en general, sobre salud mental ayudaran a mejorar la adherencia al tratamiento y por ende mejorar su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-. Alzuri M, Hernández N, Calzada Y. Depresión en la adolescencia: consideraciones necesarias para su diagnóstico y tratamiento. Revista finaly [Internet]. 2017 [citado 31 May 2021];7(3):2221-2434. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v7n3/rf01307.pdf>
- 2-. Organización panamericana de la salud. Organización mundial de la salud. Internet]. 2015 [citado 31 May 2021];1-6. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es
- 3-. Carretero M. Depresión mayor. Tratamiento farmacológico antidepresivo. Actualidad científica. Avances farmacológicos [Internet]. 2007 [citado 31 May 2021];26 (8):109-112. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13109821>
- 4-. González-Forteza C, Hermosillo AE, Vacío-Muro MA, Peraltac R, Wagner FA. Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. Bol Med Hosp Infant Mex [Internet]. 2015 [citado 31 May 2021];7(2):149-155. Disponible en: <file:///C:/Users/arturo/Downloads/S1665114615000659.pdf>
- 5-. Coryelli W. Transtornos depresivos. Manual MSD [Internet]. 2021 [citado 31 May 2021];1-12. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos#>
- 6-. Cruz blanca H, Lupercio P, Collas J, Castro E. Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. Salud Mental [Internet]. 2016 [citado 31 May 2021]; 39(1):48-58. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/582/58243960007.pdf>
- 7-. Pérez R. Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. Rev Fac Med [Internet]. 2017 [citado 31 May 2021]; 60(5):7-16. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v60n5/2448-4865-facmed-60-05-7.pdf>
- 8-. García JT, Rosete EM. Tratamiento farmacológico de la depresión mayor. Rev cubana med gen Integr Med [Internet]. 2002 [citado 31 May 2021];18(3):1-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000300009

- 9-. Gótor L. Tratamiento farmacológico de las depresiones resistentes. Rev Asoc Esp Neuropsiq [Internet]. 2001 [citado 31 May 2021]; 21 (82):42-55. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n82/n82a04.pdf>
- 10-. Benjet C, Borges G, Medina ME, Bautistas CF, Zambrano J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. Salud publica en México [Internet]. 2004 [citado 31 May 2021];46(5):417-427. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v46n5/a06v46n5.pdf>
- 11-. Pérez M, García JM. Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. Psicothema [Internet]. 2016 [citado 31 May 2021];79 (1):493-510. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/471.pdf>
12. Vásquez-Dextre ER. Mindfulness: General concepts, psychotherapy and clinical applications.. Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 2011 [citado 31 May 2021]; 12 (3):42-5. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v79n1/a06v79n1.pdf>
- 13-. Franco C, et al. Reducing anxiety, geriatric depression and worry in a sample of older adults through a mindfulness training program. Psychological therapy. [Internet]. 2017 [citado 31 May 2021]; 35 (1):72-79. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v35n1/art07.pdf>
- 14-. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. 2021 [citado 31 May 2021];1-10. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- 15-. Aragonés E, Lluís J, Lavad A. Comorbilidad de la depresión n mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. Atención primaria [Internet]. 2009 [citado 31 May 2021];41(10):545-551. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/>
- 16-. Alcalá JA. Curso y pronóstico de la depresión. Servicio de psiquiatría [Internet]. 2016 [citado 31 May 2021]; 32(2):26-30. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-X1138359306908158>
- 17-. Piñar G, Suárez G, De La Cruz N. Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. Revista Médica Sinergia [Internet]. 2020 [citado 31 May 2021];5(12):1-17. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/610/1057>
- 18-. Torres A, et al. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes con depresión. Multimed revista médica [Internet]. 2019 [citado 31 May 2021];23(1):1028-4818. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2019/mul191a.pdf>

- 19-. González-García I. Importancia de la adherencia al tratamiento de la depresión. Facultad de farmacia universidad complutense [Internet]. 2018 [citado 31 May 2021];2(1):1-20. Disponible en:
<https://eprints.ucm.es/id/eprint/56385/1/IRENE%20GONZALEZ%20GARCIA.pdf>
- 20-. Morales C. La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 2017 [citado 31 May 2021];43 (2):136-138. Disponible en:
<https://www.scielo.sa.cr/pdf/psm/v15n2/1659-0201-psm-15-02-95.pdf>
- 21-. Tamayo JM, Rovner J, Muñoz. La importancia de la detección y el tratamiento de los síntomas somáticos en pacientes latinoamericanos con depresión mayor. Rev Bras Psiquiatr [Internet]. 2007 [citado 31 May 2021]; 29(2):182-187. Disponible en:
<https://www.scielo.br/j/rbp/a/yyMQ3MLbhLF8xMdTLwxWvdx/?format=pdf&lang=es>
- 22-. Berenzon S, Asunción ML, Robles R, Medina ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Salud publica en México [Internet]. 2013 [citado 31 May 2021];55(1):74-80. Disponible en:
<https://www.scielosp.org/pdf/spm/v55n1/v55n1a11.pdf>
- 23-. Ruiz-Flores LG, et al. Trastorno depresivo mayor en México: La relación entre la intensidad de la depresión, los síntomas físicos dolorosos y la calidad de vida. Salud mental [Internet]. 2007 [citado 31 May 2021]; 30(2):1-32. Disponible en:
<http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm3002/sm300225.pdf>
- 24-.Cerecero-García D, Macías-González F, Arámburo-Muro T, Bautista-Arredondo S. Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. Salud publica de México [Internet]. 2021 [citado 31 May 2021]; 62 (6):840-850. Disponible en:
<https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v62n6/0036-3634-spm-62-06-840.pdf>
- 25-. Duarte-Raya F, Rico-Maldonado, González-Guzmán EG, Rossette-López BC. Depresión y factores de riesgo asociados en mujeres con hijos en tratamiento psiquiátrico. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. 2016 [citado 31 May 2021]; 54 (1):58-63. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/journal/4577/457745148010/html/>
- 26-. Medina ME, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud mental [Internet]. 2013 [citado 31 May 2021]; 26(4):1-16. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/582/58242601.pdf>

27-. Pérez R. Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. Rev Fac Med [Internet]. 2017 [citado 31 May 2021]; 60(5):7-16. Disponible en:

<http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v60n5/2448-4865-facmed-60-05-7.pdf>

28-. Torres A, Ortiz Y, Martínez H, Fernández YN, Pacheco D. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes con depresión. Multimed revista médica [Internet]. 2019 [citado May 2021];23(1):1028-4818. Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2019/mul191a.pdf>

29-. Navarro-Loli G. Calderón-De la Cruz MM. La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática Liberabit. Revista de Psicología [Internet]. 2017 [citado 31 May 2021];23(1):57-74. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/pdf/686/68651823005.pdf>

30-. Cano-Vindel. Estudio sobre la depresión y ansiedad mediante el PHQ en Venezuela. Departamento de Psicología Básica II [Internet]. 2017 [citado 31 May 2021]:1-144. Disponible en:

<https://eprints.ucm.es/id/eprint/46763/1/T39658.pdf>

31-. Medina ME. Sarti EI. Quintanar TR. La depresión y otros trastornos psiquiátricos. Academia nacional de medicina México [Internet]. 2014 [citado 31 May 2021]; 1-410. Disponible en:

https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L27_ANM_DEPRESION.pdf

32-. Belló M, et al. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Dirección General de Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud. México, DF, México [Internet]. 2020 [citado 31 May 2022];14(3):167-179.

Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4683/5151>

33-. Shoshana B, Asunción M, Robles R, Medina MA. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Salud pública de México [Internet]. 2013 [citado 3 Feb 2023];55(1):74-80. Disponible en:

<https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55n1/v55n1a11.pdf>

34-. Pagés- Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Pharm [Internet]. 2018 [citado 3 Feb 2023];59(3):162-172.

Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/ars/v59n3/2340-9894-ars-59-03-163.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

1.- ¿Qué edad tiene?

- 1) 18 a 25
- 2) 26 a 36
- 3) 37 a 47
- 4) 48 a 59
- 5) 60 a 65

2.- Género

- 1)Femenino.
- 2)Masculino.

3.- ¿Que escolaridad tiene?

- 1) _____

ANEXOS 2.



ESCALA MMAS-8 (ESCALA DE ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN DE MORISKY DE 8 ÍTEMS)

Instrucciones:

- Lea detenidamente cada pregunta
- Cada pregunta tiene 2 respuestas posibles (SI o NO) a excepción de la última que tiene 5 respuestas posibles.
- Seleccione sólo una respuesta por cada pregunta.

1. ¿A veces se olvida de tomar su medicamento?	0. SI 1. NO
2. La gente a veces omite tomar sus medicamentos por razones diferentes al olvido. Pensando en las últimas 2 semanas, ¿hubo algún día que no tomara su medicamento?	0. SI 1. NO
3. ¿Alguna vez ha recortado o dejado de tomar el medicamento sin consultar antes con su médico, ya que se sintió peor cuando lo tomaba?	0. SI 1. NO
4. Cuando viaja o sale de casa, ¿a veces se olvida de llevar su medicina?	0. SI 1. NO
5. Ayer, ¿tomó todos los medicamentos?	0. NO 1. SI
6. Cuando siente que sus síntomas están bajo control, ¿a veces deja de tomar su medicamento?	0. SI 1. NO
7. Tomar medicamentos todos los días es un verdadero inconveniente para algunas personas. ¿Alguna vez se	0. SI 1. NO

siente presionado a apegarse a su plan de tratamiento?	
8. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para acordarse de tomar todos sus medicamentos?	A. Nunca / raramente B. De vez en cuando C. A veces D. Usualmente – casi siempre E. Todo el tiempo – siempre
Interpretación de resultados: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suma los números de las respuestas obtenidas, en la última pregunta, la opción A equivale a 0 puntos y el resto de las opciones a 1 punto. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alta adherencia: 8 puntos ▪ Media adherencia: 6-7 puntos ▪ Baja adherencia: 5 o menos puntos 	



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
Carta de consentimiento informado para
participación en protocolos de investigación
(adultos)

Nombre del estudio:	Seguimiento al apego al tratamiento en pacientes con depresión en la Unidad de Medicina Familiar No. 18 de Tijuana Baja California”
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	UMF No. 18 Tijuana B, C México.
Número de registro institucional:	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	Justificación: La depresión puede afectar a personas de todas las edades, niveles educativos, estatus social y económico. El apego al tratamiento define el pronóstico en esta enfermedad. Objetivo: Conocer el apego al tratamiento en pacientes con depresión de la Unidad de Medicina Familiar No. 18 de Tijuana Baja California.
Procedimientos:	Se requiere que usted responda a unas preguntas sobre su edad, escolaridad y género, así como sobre la forma en que se administra el medicamento que tiene indicado para su depresión.
Posibles riesgos y molestias:	El proyecto de investigación no representa riesgo para la salud, solo pudiera presentarse ligera incomodidad al responder algunas preguntas que se le harán por medio de un cuestionario.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Podrá conocer su resultado y en caso de que se encuentre desapego, usted podrá ser orientado sobre los beneficios que tiene el llevar apego a su manejo médico, así como también será derivado a los grupos de apoyo donde le brindarán herramientas para mejorarlo como trabajo social, y médico familiar para su derivación a psicología.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Se le informará del resultado cuando termine el cuestionario y posterior a conocerlo se le dará una breve explicación de la importancia del apego.

Participación o retiro:

Tiene derecho de participar o retirarse del estudio si así lo requiere.

Privacidad y confidencialidad:

Sus datos serán manejados solo por el medico investigador y solo con fines de la presente investigación. La información digital que se genere será resguardada en documentos protegidos por medio de contraseñas que serán manejados solo por los investigadores.

Declaración de consentimiento:

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

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

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

Investigadora o Investigador

Dra. Erika Armenta Inzunza UMF 18

Responsable:

e- mail: erikaarmenta@hotmail.com Tel. (664) 2286367

Colaboradores:

Dra. Karla Valeria Morales Palomares R3MF

e-mail: valeriamoralespalomares@hotmail.com

Tel. (646) 1355189

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del 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, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx

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

Fecha Tijuana B.C junio de 2023

Comité Local de Investigación en Salud
Comité de Ética en investigación
Presente

En mi carácter de director (a) General de una UMF Núm. 18 del IMSS en Tijuana Baja California, declaro que no tengo inconveniente en que se lleve a cabo en esta Unidad, el protocolo de investigación con título "Seguimiento al apego al tratamiento en pacientes con depresión mayor de la Unidad de Medicina Familiar No. 18 de Tijuana Baja California durante los tres meses siguientes a su aprobación por el comité local de investigación, que será realizado por la Dra. Karla Valeria Morales Palomares, como investigador (a) responsable en caso de que sea aprobado por ambos Comité de Evaluación.

A su vez, hago mención de que esta Unidad cuenta con la infraestructura necesaria, recursos financieros y personal capacitado para atender cualquier evento adverso que se presente durante la realización del protocolo autorizado.

Sin otro particular, reciba con el presente un saludo cordial.

Atentamente



Dr. Abdel Karin Montoya Carillo

Director de la Unidad de Medicina Familiar Num. 18