



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

Asociación entre síntomas depresivos y mala adherencia al
tratamiento antihipertensivo en pacientes adultos mayores

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Médico Cirujano

AUTOR:

Dextre Pimentel, Jose Maria (orcid.org/0000-0003-3544-5408)

ASESORA:

Dra. Sanchez Boluarte, Sofia Stefanie (orcid.org/0000-0002-6101-1286)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Mental

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de salud, nutrición y salud alimentaria

TRUJILLO – PERÚ

2023

DEDICATORIA

A mis padres Jorge Eleodoro Dextre Echaiz y Lidya Rosanna Pimentel Longobardi, por su apoyo en mis estudios, y haberme forjado como la persona que soy actualmente.

A mis hermanos Jorge Enrique Dextre Pimentel, Elga del Rocío Dextre Pimentel, Cinthia de María Dextre Pimentel, por ser un gran ejemplo para mí.

AGRADECIMIENTO

Al Dr. César Acuña Peralta, por su apoyo incondicional en mis estudios universitarios.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Carátula	
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos.....	iv
Índice de tablas.....	v
Resumen	vi
Abstract.....	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA.....	9
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	9
3.2. Variables y operacionalización.....	9
3.3. Población, muestra, muestreo, unidad de análisis.....	9
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	11
3.5. Procedimientos.....	12
3.6. Método de análisis de datos.....	12
IV. RESULTADOS	14
V. DISCUSIÓN.....	20
VI. CONCLUSIONES	23
VII. RECOMENDACIONES.....	24
REFERENCIAS.....	25
Anexos	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Características generales de la población de estudio (n= 134).....14

Tabla 2: Característica de la población de estudio de acuerdo a la adherencia farmacológica antihipertensivo en pacientes adultos mayores..... 16

RESUMEN

Según la OMS, la depresión es uno de los trastornos mentales más comunes, donde la persona presenta síntomas persistentes de tristeza, acompañado ocasionalmente con trastornos de sueño o de apetito, ausencia de interés, placer o autoestima, así como culpa, junto con cansancio y pérdida de concentración. La HTA consiste en una elevación mantenida de la presión arterial (PA), y la adherencia al tratamiento se define como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud. La finalidad de la investigación fue explorar la asociación de síntomas depresivos y la adherencia al tratamiento en adultos mayores evaluados en servicio de consulta externa. Se realizó un estudio no experimental; descriptivo y correlacional. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento fue el cuestionario, aplicando 2: el cuestionario PHQ-9 para detectar síntomas depresivos y la escala MCQ para la adherencia al tratamiento antihipertensivo. La muestra estuvo constituida por 134 pacientes. Los datos fueron analizados con el Software estadístico SPSS V.25. Concluyendo que existe asociación entre los tipos de síntomas depresivos y la adherencia al tratamiento en adultos mayores evaluados en servicio de consulta externa.

Palabras clave: Síntomas depresivos, mala adherencia, tratamiento antihipertensivo, pacientes adultos mayores.

ABSTRACT

According to the OMS, depression is one of the most common mental disorders, where the person presents persistent symptoms of sadness, occasionally accompanied by sleep or appetite disorders, absence of interest, pleasure or self-esteem, as well as guilt, along with fatigue and loss of concentration. HTN consists of a sustained elevation in blood pressure (BP), and adherence to treatment is defined as the context in which the person's behavior coincides with health-related recommendations. The purpose of the research was to explore the association of depressive symptoms and adherence to treatment in older adults evaluated in the outpatient service. A non-experimental study was carried out; descriptive and correlational. The technique used was the survey and the instrument was the questionnaire, applying 2: the PHQ-9 questionnaire to detect depressive symptoms and the MCQ scale for adherence to antihypertensive treatment. The sample consisted of 134 patients. The data were analyzed with SPSS V.25 statistical software. Concluding that there is an association between the types of depressive symptoms and adherence to treatment in older adults evaluated in the outpatient service.

Keywords: Depressive symptoms, poor adherence, antihypertensive treatment, older adult patients.

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que, a nivel global, el 3,8% de la población presenta depresión, alcanzando una frecuencia de 5% en los adultos y el 5,7% en adultos mayores de 60 años(1). Lo que demuestra su alta prevalencia en este grupo etáreo(2). Así mismo, la depresión unipolar está presente en un 7% de los adultos mayores(3). A pesar del gran impacto de esta enfermedad, el 75% de personas en países de bajos o medianos recursos no reciben tratamiento(1).

En Latinoamérica, la depresión en el adulto mayor es más frecuente. En México, alcanza una prevalencia del 26 al 66% de su población. En un estudio donde se analizaron 252 adultos mayores, 60% de estos presentaron depresión. Así mismo, en Perú, de una investigación realizada en 632 adultos de 60 años o más residentes de Lima, en el año 2004, se detectaron 15,97% casos de pacientes con depresión en hospitalización, y 9,8% de casos en la comunidad(4). Sin embargo, para el año 2017, los pacientes adultos mayores con depresión, en el Perú, alcanzaron una prevalencia de 14,2 %(5). Asimismo, a nivel nacional, entre el período 2016 – 2021, de los 13062 episodios depresivos notificados, 1659(12,66%) fueron adultos mayores; mientras que, en La Libertad, fueron 77(0,59%)(6).

Es importante detectar esta enfermedad para poder brindar un tratamiento oportuno. Diferentes escalas de evaluación de depresión se utilizan como instrumentos de valoración de gravedad, respuesta al tratamiento o de seguimiento clínico. Existen diferentes instrumentos tales como el inventario de depresión de Beck , la escala de Montgomery Asberg, escala de depresión de Hamilton, escala de salud del paciente 9 (PHQ-9), y escala de depresión de autoevaluación de Zung, entre otras(7).

La hipertensión arterial (HTA) es considerado un factor principal para una enfermedad cardiovascular, considerada una enfermedad crónica de alta importancia. A nivel mundial, su prevalencia en adultos es de 26,4%, en países latinoamericanos es de 9% a 29%. Mientras que, en Perú, uno por cada cinco

personas tiene hipertensión, así mismo, aparecen cuatro casos nuevos por cada 100 personas anualmente(8,9).

Se ha reportado asociación entre depresión y enfermedad cardiovascular(4). Así mismo, la depresión puede estar asociada con la mala adherencia a la medicación en pacientes hipertensos, y esta correlación puede ser incluso mayor según su gravedad(10).

La depresión podría repercutir en la HTA, ya que puede afectar la correcta administración del tratamiento antihipertensivo. Lo cual implica el no cumplimiento de uso del medicamento, su dosis correcta o el no persistir con las indicaciones del tratamiento a lo largo del tiempo, lo cual se demostraría con una HTA mal controlada, presentando una mayor carga de morbimortalidad(8,11).

El problema de investigación en la presente investigación estuvo dado por la premisa: ¿Cuál es la asociación de síntomas depresivos y la adherencia al tratamiento en adultos mayores evaluados en servicio de consulta externa?

El presente estudio se justifica en relación a la necesidad de demostrar la asociación entre síntomas depresivos en adultos mayores y la mala adherencia al tratamiento en pacientes con HTA, lo cual tiene una alta implicancia en la morbimortalidad en estos pacientes. Por ende, en este estudio se plantea explorar la asociación entre la presencia de síntomas depresivos y la mala adherencia al tratamiento en adultos mayores evaluados en atención primaria, y determinar la frecuencia de depresión en adultos mayores evaluados en atención primaria, identificar las comorbilidades.

El objetivo principal de investigación fue explorar la asociación de síntomas depresivos y la adherencia al tratamiento en adultos mayores evaluados en servicio de consulta externa. Del mismo modo se plasmaron como objetivos específicos: O1: Determinar la frecuencia de adherencia antihipertensiva en pacientes adultos mayores, evaluados en consulta externa. O2: Determinar la frecuencia del tipo de síntoma depresivo en pacientes adultos mayores, evaluados en consulta externa.

O3: Identificar las comorbilidades de pacientes adultos mayores con síntomas depresivos.

La hipótesis planteada es que existe asociación significativa entre síntomas depresivos y mala adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores evaluados en consulta externa.

II. MARCO TEÓRICO

Acerca de las teorías de las variables, se puede mencionar, según la OMS, que la depresión es uno de los trastornos mentales más comunes, en donde la persona está triste de forma persistente, presenta trastornos de sueño o de apetito, ausencia de interés, placer o autoestima, así como culpa, junto con cansancio y pérdida de concentración. El término “depresión” puede presentarse como un episodio depresivo, tal como indica la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) o un episodio depresivo recurrente, parte de un trastorno depresivo como Trastorno Depresivo Mayor (TDM). En el anexo N°1 se precisan los criterios de TDM(12,13).

La detección baja de depresión en atención primaria es un problema para la mejora de la salud mental de la población, por lo cual aplicar pruebas tamizaje como el PHQ-9 es útil para la identificación de depresión en pacientes atendidos en consulta externa(14–16). En una investigación original, donde estudiaron a 1200 pacientes en una clínica de Estados Unidos, de 481 pacientes que fueron examinados usando PHQ-9, el 89,4 % resultaron tener un trastorno depresivo(14).

El PHQ-9 es una de las escalas de tamizaje de depresión más usadas por su fácil aplicación. Permite conocer si el paciente presenta síntomas de depresión, sin embargo, no garantiza su diagnóstico(8). Es la simplificación de una parte de la Evaluación de Atención Primaria de Trastornos Mentales, la cual fue desarrollada para identificar en la gente, algún trastorno mental de los más comunes. Comprende 9 preguntas asociadas con los síntomas depresivos presentados durante los 14 días previos. Cada pregunta tiene puntuación según una escala de Likert que empieza desde 0 (ningún día) a 3 (casi todos los días). El puntaje obtenido determina la presencia y gravedad de los síntomas depresivos, si este es de 0 a 4 puntos no hay presencia de síntomas depresivos, si es de 5 a 9, significa presencia de síntomas depresivos leves, si es de 10 a 14 son moderados, de 15 a 19 son moderadamente severos, y si es de 20 a 27 es presencia de síntomas depresivos severos(17).

En un estudio realizado en Chile, de 1.738 pacientes, atendidos en centros de salud. Los valores obtenidos en el PHQ-9 se compararon con los de la Entrevista

Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI), se determinó que la sensibilidad del instrumento PHQ-9 fue de 80% y la especificidad, 70%, comparándolo con los diagnósticos por CIDI(18).

En un estudio realizado en Perú, donde se analizaron 30 449 pacientes, se estimó que los valores del coeficiente clásico alfa y omega categórico, fueron óptimos, mayores a 0,80. Así mismo, estudios similares determinaron valores parecidos de consistencia interna, el realizado en Alemania demostró un valor de alfa clásica de 0,86; y el realizado en China, un valor de 0,82. Esta escala ayuda a medir los síntomas depresivos en la población, sin importar su edad, sexo, situación económica, áreas de residencia, nivel educacional y estado civil. Por lo cual, en el Perú, PHQ-9 puede usarse en diferente grupo etáreo(19).

La HTA consiste en una elevación mantenida de la presión arterial (PA). Para el Colegio Americano de Cardiología (ACC) y la Asociación Americana del Corazón (AHA), la HTA existe cuando la PA es igual o superior a 130/80 mm Hg. Sin embargo, las guías presentadas por la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) aún consideran el valor de PA de 140/90 mm Hg como definitorio de HTA(20). La clasificación de Hipertensión arterial, se muestra en el anexo N°2(21).

La mejor opción para saber si uno tiene PA elevada es mediante la toma de PA por alguien capacitado. Sin un tratamiento adecuado, la HTA puede conllevar a tener enfermedades renales, cardiovasculares, o incluso neurológicas. Las personas con una PA muy alta pueden sentir dolor de cabeza, mareos, visión borrosa, dificultad para respirar, pitidos en los oídos, entre otros síntomas(22).

Según la OMS, la adherencia al tratamiento consiste en el cumplimiento y la persistencia de este, lo cual implica tomar la medicación de acuerdo a lo prescrito; y la persistencia para tomar la medicación durante el tiempo establecido.(23). La adherencia es la medida en que el comportamiento le corresponde a las recomendaciones acordadas por un proveedor de atención médica(24) Por otro lado, la falta de adherencia es cualquier desviación en el tiempo o dosis

recomendadas de un régimen prescrito. La falta de adherencia incluye el olvido de tomar la medicación, tomar más o menos de lo prescrito o en un momento incorrecto, la interrupción prematura y la falta de volver a presentar la receta en la farmacia(24).

El Cuestionario de Cumplimiento de Medicamentos (MCQ, por sus siglas en inglés) ha sido validado en diversos estudios previos, sobre otras enfermedades como Diabetes Mellitus 2 o Hipertensión arterial, desarrollado a partir de dos cuestionarios, la Escala de Adherencia a Medicamentos de Morisky y la Escala de Cumplimiento Hill-Bone. Hay 7 preguntas en total que exploran el comportamiento de adherencia del paciente en el MCQ. Cada pregunta tiene una escala Likert de 4 puntos. Las puntuaciones de 26 o menos se consideran no adherentes. Las puntuaciones de 27 o 28 se clasifican como adherentes(24).

En un estudio realizado en Chiclayo, en el Hospital I Naylamp, en donde se analizaron 234 participantes, de los cuales, los no adherentes al tratamiento antihipertensivo fueron el 52,7%. Se determinó que la duración de la enfermedad se asoció a la mala adherencia(25).

Martina M et al. (2022, Perú) realizaron un estudio, en donde incluyeron a 18 918 adultos mayores a partir de la ENDES 2018, 2019 y 2020, empleando la escala PHQ-9 para evaluar el síndrome depresivo. En el año 2018, el síndrome depresivo estuvo presente en un 12,9% de esta población; en 2019, 13,3% y en 2020, 10,8%. Se identificó una alta predominancia de síndrome depresivo en la sierra(26).

Vásquez A et al. (2019, Mozambique) realizaron un estudio, en el cual, analizando 222 pacientes hipertensos de un hospital de Mozambique, determinaron que de estos, el 42,8 % no tenía una buena adherencia al tratamiento antihipertensivo, lo cual se asoció con presencia de depresión, o algún trastorno depresivo. Se concluyó que los hipertensos, frecuentemente llegan a presentar depresión, y estos pacientes, estando deprimidos no tienen una buena adherencia terapéutica (27).

Morales H (2015, Perú) realizó un estudio, en el cual, estudió una población de 81 pacientes con Tuberculosis multi drogo resistente (TB-MDR), atendidos en ESSALUD, en la red de Lima, buscó estudiar la influencia de la depresión en la adherencia al tratamiento antituberculoso. Se encontró que, de los pacientes no depresivos, tuvieron mala adherencia al tratamiento un 17 %, y una buena adherencia un 82%, mientras que, de los pacientes con depresión, el 45 % tuvieron mala adherencia, y un 55 % tuvo buena adherencia terapéutica. Se concluyó que, los síntomas depresivos se asocian a tener una pésima adherencia al tratamiento en pacientes con TB-MDR(28).

Jonis M et al. (2021, Perú) realizaron un estudio, en el cual, analizaron 153 historias clínicas de pacientes con Tuberculosis (TB), de un centro de salud en Lima, atendidos de 2016 a 2020, en donde encontraron que, la frecuencia de mala adherencia fue de 42 %, y la de depresión, 53,6 %. Se concluyó que, la depresión es un factor de riesgo relevante, asociado a mala adherencia al tratamiento en pacientes con TB (29).

Pocohuanca L et al. (2021, Perú) realizaron un estudio, en el cual, analizaron a 270 pacientes de un Hospital en Lima, donde se encontró que el 76% tenían pareja, el 45% tuvo diagnóstico sólo de HTA, el 25% de DM2, el 30% tuvo DM2 y HTA, el 27% de no tenían adherencia al tratamiento antihipertensivo. Así mismo, de los pacientes con mayor adherencia al tratamiento, fueron pacientes de 65 años o más, de sexo masculino, el 78% fueron pacientes sólo con HTA, el 66% sólo con DM2, y el 71% tuvieron ambas enfermedades. Se concluyó que se deben considerar factores modificables o no, asociados a la baja adherencia terapéutica, para desarrollar estrategias de tamizaje y fortalecer la adherencia al tratamiento (30).

Xue J et al. (2019, China) realizaron un estudio, en el cual, revisaron evaluaciones de 2362 adultos mayores hipertensos, donde se encontró que un mal control de la HTA estuvo asociada a una puntuación de la escala de calificación de depresión de Hamilton mayor, mayor edad, y tasas altas de mala adherencia al tratamiento antihipertensivo. Se concluyó que el control de la HTA en adultos mayores con depresión se perjudica por la mala adherencia terapéutica (31).

Okunrinboye HI et al. (2019, Nigeria) realizaron un estudio, en el cual, analizaron 400 pacientes, donde se encontró que, la depresión fue más frecuente en las mujeres que en los hombres en proporción 3 a 1. Así como una alta adherencia terapéutica de 96,8%, el 2,8% tenía una adherencia moderada, y el 0,4% una baja adherencia. Siendo la depresión más frecuente en los pacientes con buena adherencia terapéutica. Se concluyó que la ocurrencia del trastorno depresivo leve presente en los hipertensos no repercutió en la adherencia terapéutica para su hipertensión (32).

Álvarez C et al. (2023, Inglaterra) realizaron un estudio, donde analizaron 1818 pacientes con HTA mal controlada, se encontró que la mayoría de pacientes había informado experimentar una experiencia infantil adversa, el 50 % informó cumplir con su tratamiento antihipertensivo. Se concluyó que, el experimentar síntomas depresivos representó significativamente la relación entre la experiencia infantil adversa y la adherencia terapéutica (33).

Asmare Y et al (2022, Etiopía) realizaron un estudio, donde analizaron 405 pacientes hipertensos en Addis Abeba, se encontró que la prevalencia de síntomas depresivos fue de 37%, así como el sexo femenino, estar casado, presión arterial no controlada, presencia de enfermedades crónicas, antecedentes familiares de depresión y consumo de alcohol se asociaron de forma significativa con depresión en estos pacientes. Se concluyó que, existe una proporción considerablemente alta de casos de depresión e hipertensión arterial, así como unas características sociodemográficas similares que aumentan su probabilidad de ambas patologías, por lo que el personal de salud debe considerar el estado mental de las personas hipertensas y actuar sobre estos factores (34).

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Tipo: La investigación aplicada busca la generación de conocimiento con aplicación directa a los problemas de la sociedad o el sector productivo. Esta se basa fundamentalmente en los hallazgos tecnológicos de la investigación básica, ocupándose del proceso de enlace entre la teoría y el producto(35).

Diseño: No experimental, transversal, descriptiva, correlacional.

3.2. Variables y operacionalización

- **Variable independiente principal:** La presencia de síntomas depresivos.
- **Variable dependiente:** Mala adherencia al tratamiento antihipertensivo.
- **Variables independientes secundarias:** Sexo, edad, estado civil, N° de personas con quienes vive, grado de instrucción, N° de antihipertensivos prescritos, índice de masa corporal (IMC). La tabla de operacionalización de variables se puede observar en Anexo 5 y 6.

3.3. Población, muestra, muestreo, unidad de análisis

➤ Población

Pacientes adultos mayores hipertensos que acuden al hospital Tomas Lafora del distrito de Guadalupe (La Libertad), nivel II, atendidos en consulta externa

Criterios de inclusión:

- ✓ Ser un paciente adulto, cuya edad sea mayor o igual a 60 años.
- ✓ Tener diagnóstico de HTA con prescripción de fármacos antihipertensivos.

Criterios de exclusión:

- ✓ Pacientes que estén imposibilitados de participar adecuadamente en este estudio, como aquellos que presenten demencia, discapacidad intelectual, o sordera.
- ✓ Pacientes que se nieguen a participar.

➤ **Muestra:**

La muestra estuvo constituida por pacientes ≥ 60 años de edad con diagnóstico de HTA, atendidos en hospital Tomas Lafora, durante el período setiembre - enero del 2023 y que cumplieron con los criterios de selección y aceptaron participar en el estudio.

Tamaño muestral:

Para el componente analítico del estudio, para el cálculo del tamaño de muestra, para una comparación de proporciones de grupos independientes, teniendo en cuenta una proporción esperada del 82,76% de casos de síntomas depresivos de pacientes con mala adherencia al tratamiento, y 55,77% en aquellos con buena adherencia, teniendo en cuenta una razón entre tamaños muestrales de 2.0 y un nivel de confianza del 95%, y una potencia estadística del 80%, se determinó que el tamaño de muestra es de 105 participantes, 35 con mala adherencia y 70 con buena adherencia.

Para cumplir con el objetivo de determinar frecuencia de mala adherencia al tratamiento, se utilizó el programa para análisis epidemiológico de datos Epidat. teniendo en cuenta una proporción del 27% de mala adherencia en el grupo con hipertensión, y una población adulta mayor del centro de salud de 1000 habitantes, teniendo en cuenta un nivel de confianza del 95%, un nivel de precisión del 7%, se calculó un tamaño muestral de 134 pacientes.

Potencia (%)	Tamaño de la muestra		
	Población 1	Población 2	Total
80,0	35	70	105

➤ **Muestreo**

Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia, se invitó a los pacientes a participar en el estudio, como fuentes de información se utilizaron las obtenidas mediante la recolección de datos usando los cuestionarios PHQ-9 y MCQ en pacientes adultos mayores con diagnóstico de HTA.

➤ **Unidad de estudio:**

Estuvo formada por los pacientes adultos mayores con HTA atendidos en consulta externa en el hospital Tomas Lafora, durante el periodo setiembre - enero del año 2023.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

➤ **Técnica:**

Encuesta: La técnica de encuesta es extensamente empleada como procedimiento de estudio, ya que ayuda a conseguir y efectuar información de manera eficaz además de rápida.

Análisis documentado: Se examinaron y contrastaron los conceptos de análisis de datos y tratamiento documental, teniendo en cuenta sus similitudes y diferencias. Estos conceptos se consideraron como elementos de un proceso integrador, cíclico y sistemático que brinda respuesta a diversos requerimientos metodológicos presentes en la totalidad de disciplinas científicas. Se estudiaron exigencias específicas que cada uno de ellos implica para llevar a cabo su realización.

➤ **Instrumento:**

Se utilizó el cuestionario MCQ y el cuestionario PHQ-9, se registraron ambos en un cuestionario programado. (Cuestionario MCQ en Anexo 3. Cuestionario PHQ-9 en Anexo 4.)

Se tuvieron en cuenta los siguientes datos del paciente:

Datos generales

Se incluyeron las variables edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, N° de personas con quien vive, IMC.

Tratamiento antihipertensivo

Se registró el número de fármacos antihipertensivos que usa el paciente.

Síntomas depresivos

Se empleó el cuestionario PHQ-9.

Adherencia al tratamiento antihipertensivo

Se utilizó la escala MCQ

3.5. Procedimientos

Una vez conseguido los permisos respectivos del director encargado de la entidad para obtener el acceso a la información requerida, se hicieron las coordinaciones con el servicio de DNT para la evaluación e inclusión de los pacientes con diagnóstico de HTA. Tras la obtención de la información de contacto de los pacientes, tras previa comunicación, se les solicitó una visita y participación en la investigación. Una vez realizada la visita, tras previa evaluación, a los pacientes que cumplieron con cada criterio de inclusión y no presentaron criterios de exclusión, se les invitó a 134 pacientes hipertensos a participar en el estudio. Los pacientes que aceptaron y firmaron la carta de consentimiento informado se incluyeron en este estudio. Se les solicitó que respondan unas preguntas según los cuestionarios. Se hizo el registro de datos demográficos (sexo y edad); somatométricas (peso, talla, tensión arterial); datos de las escalas (puntaje PHQ-9 y MCQ), así toda la información fue recopilada en una base de datos de Google y desarrollada en el programa SPSS versión 25 para su análisis.

3.6. Método de análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo, en el cual se determinó las proporciones junto con sus intervalos de confianza, los promedios y las medianas con desviación estándar. Las variables categóricas se expresarán como porcentajes, mientras que se expresaron como media y desviación estándar, las variables continuas, si su

distribución es normal. Además, se reportaron medianas y rangos si la distribución no es normal.

La proporción global de mala adherencia en el estudio se reportó con intervalos de confianza (IC) del 95% y se comparó entre las covariables de los pacientes utilizando pruebas paramétricas de dos muestras (t-test) o pruebas no paramétricas (Mann withney U, wilcoxon, chi cuadrado, exacto de Fisher), según corresponda.

Se realizó un análisis bivariado comparando los grupos de depresión versus los que no tienen depresión. Posteriormente, se realizó un análisis exploratorio evaluando asociación de la mala adherencia al tratamiento y las variables independientes, por lo que se realizó un análisis bivariado de la variable dependiente y se construyó un modelo de regresión logística, en donde la variable dependiente será la mala adherencia a la medicación, asimismo se exploró las variables independientes que explicaron el modelo de regresión, con una significancia del 95%. Los análisis se realizaron con el programa SPSS versión 25

3.7. Aspectos éticos

Cumpliendo con los criterios de Helsinki, se garantiza un alto nivel de confidencialidad en administración de información obtenida de los registros, considerando que se trata de un estudio no experimental. Solo se buscó la información necesaria de las variables, asegurando el anonimato de los pacientes y cumpliendo con la Ley 29773 de Protección de Datos Individuales, tal como lo detalla el artículo 2, numeral 6 de Constitución Política del Perú. Este enfoque se basa en los principios legales de legalidad (Artículo 4), calidad (Artículo 8) y confidencialidad (Artículo 35).

IV. RESULTADOS

La presente investigación se realizó en el servicio de urgencias y/o consulta externa en un hospital de Trujillo, cuya muestra estuvo conformada por 100 pacientes adultos mayores de 60 años, a continuación, se describen los hallazgos:

Tabla 1: Características generales de la población de estudio ($n \leq 134$)

	n	%
Edad		
>70	66	49.3
<=70	68	50.7
Sexo		
Femenino	82	61.2
Masculino	52	38.8
Grado de instrucción		
Iletrado o primaria incompleta	19	14.2
Primaria completa	80	59.7
Secundaria completa o superior	35	26.1
Número de Antihipertensivos		
Un antihipertensivo	115	85.8
Dos o más antihipertensivos	19	14.2
Número de personas con quienes vive		
Vive solo o con una persona	41	30.6
Con dos personas	58	43.3
Con tres personas o más	35	26.1
Estado civil		
Sin pareja*	33	24.6
Con pareja**	101	75.4
IMC		
Normal	9	6.7
Sobrepeso	103	76.9
Obesidad	22	16.4

Comorbilidades		
<i>Ninguna</i>	69	51.5
<i>Diabetes Mellitus 2</i>	51	38.1
<i>Otras</i>	14	10.4
Síntomas depresivos		
<i>Mínimo o ninguno</i>	85	63.4
<i>Leves</i>	46	34.3
<i>Moderados</i>	2	15.0
<i>Moderadamente severos</i>	1	0.7
<i>Severos</i>	0	0.0

n = frecuencia

(%) = porcentaje

*Se consideró la opción sin pareja a las personas solteras, viudas y divorciadas

**Se consideró la opción con pareja a las personas casadas.

El 50.7% de los pacientes tienen de 70 años a más, el 61.2% son mujeres y el grado de instrucción resaltante en la muestra son los adultos mayores que cuentan con primaria completa (59.7%), así mismo el 85.8% sólo se le administra un antihipertensivo y el 43.3% no viven solos, lo hacen en compañía de dos familiares y el 75.4% están en compañía de una pareja sentimental. Respecto al índice de masa corporal (IMC), la muestra en estudio se caracteriza por tener sobrepeso (76.9%) y el 51.5% no presenta ninguna comorbilidad, sin embargo, el 38.1% ha sido diagnosticada con diabetes Mellitus 2 y el 10.4% restante presenta otras complicaciones, como: problemas renales, osteoporosis, enfermedad cardíaca y tiroidea. Así mismo, el 63.4% no presenta síntomas depresivos o lo son mínimos, en tanto, el 34.3% de los pacientes presentan síntomas depresivos leves y el 15.7% restante manifiestan síntomas moderadamente severos y severos.

Tabla 2: Característica de la población de estudio de acuerdo a la adherencia farmacológica antihipertensiva en pacientes adultos mayores.

	Mala adherencia n (%)	Buena adherencia n (%)	p
	39 (29.1)	95 (70.9)	
Edad (años)			
>70	16 (29.6)	38 (70.4)	0.912
<=70	23 (28.7)	57 (71.3)	
Sexo			
<i>Femenino</i>	20 (24.4)	62 (75.6)	0.131
<i>Masculino</i>	19 (36.5)	33 (63.5)	
Grado de instrucción			
<i>Iletrado o primaria incompleta</i>	4 (21.1)	15 (78.9)	0.351
<i>Primaria completa</i>	27(33.8)	53 (66.3)	
<i>Secundaria completa o superior</i>	8 (22.9)	27 (77.1)	
Número de Antihipertensivos			
<i>Un antihipertensivo</i>	31 (27.0)	84 (73.0)	0.178
<i>Dos o más antihipertensivos</i>	8 (42.1)	11 (57.9)	
Número de personas con quienes vive			
<i>Vive solo o con una persona</i>	10 (24.4)	31 (75.6)	0.449
<i>Con dos personas</i>	16 (27.6)	42 (72.4)	
<i>Con tres personas o más</i>	13 (37.1)	22 (62.9)	
Estado civil			
<i>Sin pareja</i>	8 (24.2)	25 (75.8)	0.479
<i>Con pareja</i>	31 (30.7)	70 (69.3)	
IMC			
<i>Normal</i>	2 (22.2)	7(77.8)	0.864
<i>Sobrepeso</i>	31 (30.1)	72 (69.9)	
<i>Obesidad</i>	6 (27.3)	16 (72.7)	
Comorbilidades			
<i>Ninguna</i>	16 (23.2)	53 (76.8)	0.044
<i>Diabetes Mellitus 2</i>	21 (41.2)	30 (58.8)	
<i>Otras</i>	2 (14.3)	12 (85.7)	

Síntomas depresivos			
<i>No presente</i>	15 (17.6)	70 (82.4)	
<i>Presente</i>	24 (49)	25 (51)	0.000

n (%) = frecuencia (porcentaje)

*Se consideró la opción sin pareja a las personas solteras, viudas y divorciadas

El 70.9% de los pacientes presentan adherencia, sin embargo, el 29.1 %, no. En cuanto a la edad, las personas que cumplen con las indicaciones médicas son los pacientes que tienen 70 años a más, representados en un 71.3%, así mismo son en su mayoría mujeres (75.6%) a pesar que sólo cuentan con estudios primarios trancos o son iletrados (78.9%), así también el 73% toma como un medicamento para el control de la presión arterial y el 75.6% son personas solitarias o viven con algún familiar, pues no cuentan con una pareja sentimental (75.8%), y el índice de masa corporal refleja un nivel normal (77.8%) y no registran comorbilidades (76.8%) y el 82.4% no presenta síntomas depresivos.

Se encontró una asociación entre la adherencia y la comorbilidad con un nivel de significancia del 0.044, así mismo un nivel de significancia de 0.000 entre los síntomas depresivos y la adherencia, lo que corrobora la asociación entre ambas variables.

Tabla 3: Característica de la población de estudio de acuerdo con la presencia de depresión en pacientes adultos mayores.

	Sin depresión	Depresión	<i>p</i>
	n (%)	n (%)	
	85 (63.4)	49 (36.6)	
Edad (años)			
>70	34 (63)	20 (37)	0.926
<=70	51 (63.7)	29 (36.6)	
Sexo			
<i>Femenino</i>	60 (73.2)	22 (26.8)	0.003
<i>Masculino</i>	25 (48.1)	27 (51.9)	
Grado de instrucción			
<i>Iletrado o primaria incompleta</i>	10 (52.6)	9 (47.4)	0.572
<i>Primaria completa</i>	52(65)	28 (35)	
<i>Secundaria completa o superior</i>	23 (65.7)	12 (34.3)	
Número de Antihipertensivos			
<i>Un antihipertensivo</i>	73 (63.5)	42 (36.5)	0.979
<i>Dos o más antihipertensivos</i>	12 (63.2)	7 (36.8)	
Número de personas con quienes vive			
<i>Vive solo o con una persona</i>	26 (63.4)	15 (36.6)	0.996
<i>Con dos personas</i>	37 (63.8)	21 (36.2)	
<i>Con tres personas o más</i>	22 (62.9)	13 (37.1)	
Estado civil			
<i>Sin pareja</i>	25 (75.8)	8 (24.2)	0.090
<i>Con pareja</i>	60 (59.4)	41 (40.6)	
IMC			
<i>Normal</i>	8 (88.9)	1(11.1)	0.002
<i>Sobrepeso</i>	70 (68)	33 (32)	
<i>Obesidad</i>	7 (31.8)	15 (68.2)	
Comorbilidades			
<i>Ninguna</i>	56 (81.2)	13 (18.8)	0.044
<i>Diabetes Mellitus 2</i>	25 (49)	26 (51)	
<i>Otras</i>	4 (28.6)	10 (71.4)	

n(%) = frecuencia (porcentaje)

*Se consideró la opción sin pareja a las personas solteras, viudas y divorciadas

El 63.4% (85 pacientes) no presentan síntomas depresivos y el 36.6% restante (49 pacientes), si los presentan. Se encontró una asociación entre la depresión y el sexo, con un nivel de significancia de 0.003. Se encontró una asociación entre la depresión y el IMC, con un nivel de significancia de 0,002. Asimismo, se encontró una asociación entre la depresión y comorbilidades, con un nivel de significancia de 0.044.

V. DISCUSIÓN

Se encontró que la mayoría de pacientes no presentan depresión. Gran parte de los pacientes que presentan algún síntoma depresivo, lo tienen en un nivel leve, así mismo se resalta que no se encontraron pacientes con síntomas depresivos severos. Del mismo modo, Martina M et al. (2022) en su investigación encontraron que el síndrome depresivo se manifestó en bajos niveles(26). Se encontró que la mayoría de pacientes estudiados tenían pareja, la mayoría de pacientes no tenían alguna otra comorbilidad, lo cual coincide con Pochuanca (2021) en su investigación, en donde analizaron a 270 pacientes con diagnóstico de HTA y/o DM2, de los cuales, el 76% tenían pareja, así como el 78% sólo tenía HTA sin ninguna otra comorbilidad, siendo la más frecuente la DM2, presente como tal, en un 30%.

Se identificó que el mayor número de pacientes presentan buena adherencia, sin embargo, resultado contrario encontró Asenjo A (2022) en su investigación, en donde se analizaron 234 participantes, de los cuales en su mayoría fueron los no adherentes al tratamiento antihipertensivo, determinando que la duración de la enfermedad se asoció a la mala adherencia. En tanto, Álvarez C et al. (2023) informó que su muestra presenta ambas condiciones de la adherencia, es decir que el 50 % de los pacientes cumplen con su tratamiento antihipertensivo. Dicha adherencia puede estar sujeta a varios factores, así lo manifiesta Vásquez A et al. (2019) quienes indican que el 42,8% de los pacientes evaluados no tenía una buena adherencia terapéutica, lo cual estuvo asociado con depresión o algún trastorno depresivo(27).

Respecto a ciertas variables intervinientes como la edad, sexo, grado de instrucción con respecto a la adherencia al tratamiento antihipertensivo; no se verifica asociación entre los grupos de estudio. Estos hallazgos son contrarios con lo descrito por Asmare Y et al (2022) quienes indican que el tener enfermedades crónicas, estar casado, el sexo femenino, un mal control de la presión arterial, consumo de alcohol y antecedentes familiares de depresión se asociaron de forma significativa con depresión en los pacientes.

Se encontró una asociación entre la adherencia y la comorbilidad dado el nivel de significancia por debajo del 5%, así mismo se especifica que la mayoría de los pacientes que no presentan comorbilidades son adherentes al tratamiento, así mismo se indica que la Diabetes Mellitus es la comorbilidad más resaltante y de ella, el 58.8% son pacientes adherentes al tratamiento antihipertensivo. Acerca de estos resultados se mencionan a Pochuanca L et al. (2021) quienes encontraron en su investigación que el 27% de los pacientes no tuvieron adherencia terapéutica de HTA. Los resultados encontrados en las investigaciones hacen notar que deben ser considerados los factores modificables y no modificables, asociados a la mala adherencia terapéutica, y así desarrollar estrategias de tamizaje y fortalecer la adherencia al tratamiento.

En cuanto a la presencia de síntomas depresivos, las personas adultas mayores en su mayor porcentaje no presentan síntomas o son mínimos, y sólo un porcentaje mínimo presenta niveles leves y el nivel de significancia nos afirma la existencia de una relación entre los síntomas depresivos y la adherencia al tratamiento antihipertensivo, tal cual manifiesta Xue J et al. (2019) quienes manifiestan que la mala adherencia terapéutica perjudica el control de HTA en adultos mayores, por lo que se deben implementar estrategias más efectivas para un mejor control de PA(31).

Los resultados del estudio reafirman lo encontrado en diversas investigaciones sobre adherencia terapéutica y problemas de salud mental, y señalan que la sintomatología depresiva, tiene efecto sobre la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Sobre todo, en la población adulta mayor que es más susceptible este problema mental, así mismo, a una mala adherencia terapéutica, aunque se deben considerar factores relacionados al paciente como la provisión de atención médica, la medicación, y los factores socioeconómicos. Por su parte, Okunrinboye HI et al. (2019) encontró en su investigación que la depresión fue más frecuente en pacientes con buena adherencia al tratamiento, así mismo manifiesta que, la presencia de un trastorno depresivo leve en pacientes con HTA no repercutió su adherencia terapéutica(32). Por su parte, Morales H (2015,) encontró en su estudio

que, de los pacientes no depresivos, tuvieron una buena adherencia al tratamiento, del mismo modo, los pacientes con depresión, tuvieron una mala adherencia al tratamiento, indicando que los síntomas depresivos se asocian a tener una pésima adherencia al tratamiento en pacientes con TB-MDR(28); y por último, Jonis M et al. (2021) resaltan que la depresión es un factor de riesgo importante, asociado a una mala adherencia terapéutica(29).

De la tabla 3 se puede afirmar que: la edad, el grado de instrucción, el número de antihipertensivos y el número de personas con quien vive el paciente, así como el estado civil no presentan asociación con los síntomas depresivos, sin embargo, algunas variables intervinientes como: sexo, IMC y comorbilidades si presentan una asociación significativa con la depresión en los adultos mayores, del mismo modo, Asmare Y et al (2022) indican que hay una proporción alta de casos de HTA y depresión, así como unas características sociodemográficas que aumentan la probabilidad de estas patologías, por lo cual, es importante considerar el estado mental de los hipertensos y actuar sobre estos factores(34).

Durante el desarrollo de la presente investigación se presentaron algunas limitaciones que ocasionaron un gran impacto en la ejecución de la misma. La más resaltante fue la aplicación de los instrumentos de recolección de datos debido al tiempo necesario de la diligencia. Sin embargo, dicho contratiempo fue superado con éxito.

VI. CONCLUSIONES

Los síntomas depresivos se relacionan significativamente con la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes adultos mayores, evaluados en servicio de consulta externa.

Gran parte de los pacientes adultos mayores hipertensos, evaluados en consulta externa son adherentes al tratamiento antihipertensivo.

Gran parte de los pacientes adultos mayores hipertensos, evaluados en consulta externa no presenta síntomas depresivos, siendo el más presente de éstos, el síntoma depresivo leve.

Gran parte de los pacientes adultos mayores con síntomas depresivos no presentan comorbilidades, siendo la más frecuente de éstas, la DM2.

VII. RECOMENDACIONES

Se recomienda que se realicen estudios poblacionales en muestras más grandes en múltiples hospitales, así como estudios de casos y controles o de cohortes para la evaluación del impacto de la depresión en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo.

Además, fortalecer la atención primaria porque los pacientes con hipertensión y síntomas depresivos pueden ser tratados en centros comunitarios de salud mental sin necesariamente tener que ir al hospital. Así mismo, se propone la implementación hospitalaria de estrategias como mecanismo para contrarrestar la falta de adherencia.

Además, promover nuevas políticas de salud mental, y así considerar dentro del abordaje de pacientes crónicos la evaluación mental, ya que como se determinó en este trabajo, los adultos mayores presentan síntomas depresivos, los cuales pueden ser tratados en un centro de atención primaria, así se mejoraría la adherencia en enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, por consiguiente, se reduciría las complicaciones y la mortalidad.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Depresión. 2023 [citado 28 de mayo de 2023]. Depresión. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Organización Panamericana de la Salud. Depresión y otros trastornos mentales comunes. 2017 [citado 28 de mayo de 2023];22. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores [Internet]. 2017 [citado 28 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
4. Calderón M. D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Rev Med Hered [Internet]. 16 de octubre de 2018 [citado 30 de mayo de 2023];29(3):182. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/3408>
5. Baldeón Martínez P, Luna Muñoz C, Mendoza Cernaqué S, Correa López LE. Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: análisis de endes 2017. RFMH [Internet]. 15 de octubre de 2019 [citado 30 de mayo de 2023];19(4):47-52. Disponible en: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/2339>
6. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico. 2022 [citado 28 de mayo de 2023];31-SE 03:90. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_20223_11_200035.pdf
7. Alvarez M, Atienza G, Avila MJ, González A, Guitián D, De Las Heras E. Guía de práctica clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto [Internet]. 2.^a ed. GuíaSalud; 2023 [citado 1 de junio de 2023]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2023/05/gpc_534_depresion_adulto_avaliat_compl-1.pdf
8. Cordova C, Núñez A, Patiño S. Asociación entre riesgo de depresión y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con hipertensión arterial en edad mediana: un estudio de corte transversal analítico. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. 2015;4-16.

9. Ruiz-Alejos A, Carrillo-Larco RM, Bernabé-Ortiz A. Prevalencia e incidencia de hipertensión arterial en Perú: revisión sistemática y metaanálisis. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 23 de diciembre de 2021 [citado 12 de mayo de 2023];38(4):521-9. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/8502>
10. Minsalud Bogotá. Boletín de salud mental depresión subdirección de enfermedades no transmisibles. [citado 30 de mayo de 2023];1:16. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>
11. Liu Q, Wang H, Liu A, Jiang C, Li W, Ma H, et al. Adherence to prescribed antihypertensive medication among patients with depression in the United States. *BMC Psychiatry* [Internet]. 5 de diciembre de 2022 [citado 30 de mayo de 2023];22(1):764. Disponible en: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-022-04424-x>
12. Organización Mundial de la Salud. «Depresión: hablemos», dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad. 2017 [citado 30 de mayo de 2023]; 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=0&lang=es#gsc.tab=0
13. American Psychiatric Association, editor. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2014. 438 p.
14. Siniscalchi KA, Broome ME, Fish J, Ventimiglia J, Thompson J, Roy P, et al. Depression screening and measurement-based care in primary care. *J Prim Care Community Health* [Internet]. enero de 2020 [citado 30 de mayo de 2023];11:2-9. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2150132720931261>
15. Li X, Zhang H, Han X, Guo L, Ceban F, Liao Y, et al. Predictive potential of somatic symptoms for the identification of subthreshold depression and major depressive disorder in primary care settings. *Front Psychiatry* [Internet]. 14 de febrero de 2023 [citado 30 de mayo de 2023];14:1-12. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2023.999047/full>

16. Cruz del Castillo R. Factores asociados a depresión en el adulto mayor de un hospital general de Lima-Perú. <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/2050012866/7308> [Internet]. 2019 [citado 28 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/7308>
17. Huarcaya-Victoria J, De-Lama-Morán R, Quiros M, Bazán J, López K, Lora D. Propiedades psicométricas del Patient Health Questionnaire (PHQ-9) en estudiantes de medicina en Lima, Perú. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 15 de julio de 2020 [citado 30 de mayo de 2023];83(2):72-8. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/3749>
18. Saldivia S, Aslan J, Cova F, Vicente B, Inostroza C, Rincón P. Propiedades psicométricas del PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en centros de atención primaria de Chile. *Rev méd Chile* [Internet]. 2019 [citado 4 de junio de 2023];147(1):53-60. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872019000100053&lng=en&nrm=iso&tlng=en
19. Villarreal-Zegarra D, Copez-Lonzoy A, Bernabé-Ortiz A, Melendez-Torres GJ, Bazo-Alvarez JC. Valid group comparisons can be made with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): A measurement invariance study across groups by demographic characteristics. Blanch A, editor. *PLoS ONE* [Internet]. 9 de septiembre de 2019 [citado 4 de junio de 2023];14(9):e0221717. Disponible en: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0221717>
20. Gorostidi M, Gijón-Conde T, De La Sierra A, Rodilla E, Rubio E, Vinyoles E, et al. Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España, 2022. Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). *Hipertensión y Riesgo Vascular* [Internet]. 2022 [citado 30 de mayo de 2023];39(4):174-94. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1889183722000666>
21. Whelton PK, Carey RM, Mancia G, Kreutz R, Bundy JD, Williams B. Harmonization of the American College of Cardiology/American Heart Association and European Society of Cardiology/European Society of Hypertension Blood Pressure/Hypertension Guidelines: Comparisons, Reflections, and Recommendations. *Circulation* [Internet]. 13 de septiembre de 2022 [citado 1 de

- junio de 2023];146(11):868-77. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.121.054602>
22. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión. 2023 [citado 30 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
23. García Valle S. Factores de riesgo de no adherencia al tratamiento en pacientes mayores de un núcleo rural. *ofil ilaphar* [Internet]. 2020 [citado 30 de mayo de 2023];30(2):115-20. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-714X2020000200115
24. Teh KX, Henien NPB, Wong LS, Wong ZKH, Raja Ismail RZ, Achok HN, et al. A cross-sectional study on the rate of non-adherence to anti-seizure medications and factors associated with non-adherence among patients with epilepsy. Suppiah V, editor. *PLoS ONE* [Internet]. 10 de julio de 2020 [citado 13 de junio de 2023];15(7):e0235674. Disponible en: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0235674>
25. Asenjo AA. *Revista del cuerpo médico hospital nacional. Cuerpo Med hnaaa*. 2022;15(1):11-8.
26. Martina Chávez M, Amemiya Hoshi I, Suguimoto Watanabe SP, Arroyo Aguilar RS, Zeladita-Huaman JA, Castillo Parra H. Depresión en adultos mayores en el Perú: distribución geoespacial y factores asociados según ENDES 2018 - 2020. *An Fac med* [Internet]. 19 de septiembre de 2022 [citado 30 de mayo de 2023];83(3):180-7. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/23375>
27. Vásquez A, Julienne C, Meireles M, Vásquez L. Trastornos depresivos y eventos vitales en pacientes con hipertensión arterial y su relación con la adherencia terapéutica. *Multimed*. 2019;23(5):1079-94.
28. Miranda HEM. Influencia de la depresión sobre la adherencia al tratamiento en pacientes TB-MDR de la Red Almenara. *Rev Fac Med Hum*. 2015;1:16-22.
29. Jonis-Jiménez M, Guzman-Reinoso RS, Llanos-Tejada FK. Síntomas depresivos, riesgo de abandono y mala adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis sensible en un centro de salud de Lima, 2016-2020. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2 de febrero de 2022 [citado 25 de junio de

- 2023];84(4):297-303. Disponible en:
<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/4135>
30. Pochuanca-Ancco L, Villacorta J, Hurtado-Roca Y. Factores asociados a la no-adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes de un hospital del seguro social. *Rev Cuerpo Med hnaaa* [Internet]. 14 de diciembre de 2021 [citado 28 de junio de 2023];14(3):316-21. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2227-47312021000400011
31. Xue J, Conwell Y, Tang W, Bogner HR, Li Y, Jiang Y, et al. Treatment adherence as a mediator of blood pressure control in Chinese older adults with depression. *Int J Geriatr Psychiatry* [Internet]. marzo de 2019 [citado 13 de julio de 2023];34(3):432-8. Disponible en:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.5032>
32. Okunrinboye HI, Otakpor AN, Ilesanmi OS. Depression and medication-adherence in patients with hypertension attending a tertiary health facility in South-West Nigeria. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2019 [citado 13 de julio de 2023];33. Disponible en: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/33/27/full/>
33. Alvarez C, Perrin N, Carson KA, Marsteller JA, Cooper LA, RICH LIFE Project Investigators. Adverse Childhood Experiences, Depression, Patient Activation, and Medication Adherence Among Patients With Uncontrolled Hypertension. *American Journal of Hypertension* [Internet]. 15 de marzo de 2023 [citado 13 de julio de 2023];36(4):209-16. Disponible en:
<https://academic.oup.com/ajh/article/36/4/209/6794108>
34. Asmare Y, Ali A, Belachew A. Magnitude and associated factors of depression among people with hypertension in Addis Ababa, Ethiopia: a hospital based cross-sectional study. *BMC Psychiatry* [Internet]. diciembre de 2022 [citado 13 de julio de 2023];22(1):327. Disponible en:
<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-022-03972-6>

ANEXOS

Anexo N° 1: Criterios diagnósticos de Trastorno depresivo mayor

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

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).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

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).

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). 9. Pensamientos de muerte

recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor. Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Anexo N°2: Clasificación de hipertensión arterial

Categorías	sangre sistólica presión, mmHg	y/o	diastólica presión sanguínea claro, mmHg
Colegio Americano de Cardiología/Asociación Americana del Corazón			
Normal	<120	y	<80
Elevado	120–129	y	<80
Hipertensión, etapa 1	130–139	o	80–89
Hipertensión, etapa 2	≥140	o	≥90
Sociedad Europea de Cardiología/Sociedad Europea de Hipertensión			
Óptimo	<120	y	<80
Normal	120–129	y/o	80–84
Alto normal	130–139	y/o	85–89
Hipertensión, grado 1	140–159	y/o	90–99
Hipertensión, grado 2	160–179	y/o	100–109
Hipertensión, grado 3	≥180	y/o	≥110
Hipertensión sistólica aislada	≥140	y	<90

Tabla adaptada de Whelton et al. con permiso. Derechos de autor © 2018, Elsevier; y Williams et al. con permiso. Derechos de autor © 2018, Oxford University Press.

Anexo 3:

Cuestionario MCQ

Cuestionario de adherencia a la medicación (MCQ)		Puntuaciones			
Spanish		1	2	3	4
1	¿Con qué frecuencia olvida tomar su medicamento?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
2	¿Con qué frecuencia decide no tomar su medicamento?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
3	¿Con qué frecuencia deja de tomar la medicación porque se siente mejor?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
4	¿Con qué frecuencia decide tomar menos medicamentos?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
5	¿Con qué frecuencia deja de tomar su medicamento porque se siente enfermo debido a los efectos de la medicación?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
6	¿Con qué frecuencia se olvida de llevar su medicamento cuando viaja fuera de casa?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
7	¿Con qué frecuencia deja de tomar su medicamento porque ya no tenía en casa?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
				(5 o más veces al mes o más de 2 veces por semana)	(1-4 veces al mes)

Hay 7 preguntas en total que exploran el comportamiento de adherencia del paciente en el MCQ. Cada pregunta tiene una escala tipo Likert de 4 puntos. Las puntuaciones de 26 o menos se consideran no adherentes. Las puntuaciones de 27 o 28 (1 punto restado de cualquiera de las preguntas de incumplimiento no intencional, es decir, la pregunta 1 o la pregunta 6) se clasifican como adherentes.

Nunca = 4; a veces (de una a cuatro veces al mes) = 3; Casi siempre (más de cinco veces al mes o más de dos veces por semana) = 2; Siempre = 1.

Anexo 4:

Cuestionario PHQ-9

En los últimos 14 días, es decir, entre el _____ y el día de ayer, usted ha sentido molestias o problemas como:

	Para nada	Varios días (1 a 6 días)	La mayoría de días (7 a 11 días)	Casi todos los días (12 a más días)
¿Pocas ganas o interés en hacer las cosas?	0	1	2	3
¿Sentirse desanimada(o), deprimida(o), triste o sin esperanza?	0	1	2	3
¿Problemas para dormir o mantenerse dormida(o), o en dormir demasiado?	0	1	2	3
¿Sentirse cansada(o) o tener poca energía sin motivo que lo justifique?	0	1	2	3
¿Poco apetito o comer en exceso?	0	1	2	3
¿Dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas que hace?	0	1	2	3
¿Moverse más lento o hablar más lento de lo normal o sentirse más inquieta(o) o intranquila(o) de lo normal?	0	1	2	3
¿Pensamientos de que sería mejor estar muerta(o) o que quisiera hacerse daño de alguna forma buscando morir?	0	1	2	3
¿Sentirse mal acerca de sí misma(o) o sentir que es una(un) fracasada(o) o que se ha fallado a sí misma(o) o a su familia?	0	1	2	3
Total:				

Forma de corrección: Sumar todos los ítems y obtener un puntaje general

Puntaje	Interpretación
0-4	Mínimo o ninguno
5-9	Síntomas depresivos leves
10-14	Síntomas depresivos moderados
15-19	Síntomas depresivos moderadamente severos
20-27	Síntomas depresivos severos

Anexo N° 5: Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
DEPENDIENTE: Mala adherencia al tratamiento antihipertensivo	Caracterización para un paciente que no lleva correctamente el tratamiento programado, dificultando un resultado deseado para su HTA.	26 o menos en el cuestionario MCQ se considera no adherente al tratamiento. Mientras que Puntuaciones de 27 o 28 se considera adherente.	Si/No	Cualitativa: dicotómica – nominal
INDEPENDIENTE: Depresión	Estados depresivos generalmente de intensidad moderada comparados con el <u>trastorno depresivo mayor</u> presente en los trastornos neuróticos y psicóticos.	Puntuación de 5 o más en cuestionario PHQ-9 se considera como síntomas depresivos presentes	Si/No	Cualitativa: dicotómica – nominal

Anexo 5: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CENTROS DE ESTUDIO: Universidad César Vallejo

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Dextre Pimentel José María

ESTUDIO: Asociación entre síntomas depresivos y mala adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes adultos mayores

PROPÓSITO DEL PROYECTO

Yo estoy invitándolo a participar en un estudio de investigación que tiene como investigador principal a un estudiante de medicina de la Universidad César Vallejo, guiado por asesores de la universidad. Antes de que usted sea incluido en el estudio, quiero que usted lea este documento. Por favor, haga todas las preguntas que necesite para que usted entienda claramente las implicancias de su participación. Si desea nosotros le daremos una copia de este documento.

Usted ha sido elegido para participar en este estudio porque tiene un diagnóstico confirmado de Hipertensión arterial. Ésta es una enfermedad crónica, con muchas implicancias en su salud a largo plazo, y cuyo correcto tratamiento es necesario si se desean evitar complicaciones.

Estamos haciendo este estudio para a fin de poder establecer de manera global las características clínicas y epidemiológicas de esta enfermedad. Este estudio tendrá una duración de 6 meses e incluirá 134 participantes. Su participación es completamente voluntaria y puede retirarse del estudio en cualquier momento sin ninguna penalidad.

PROCEDIMIENTOS

Si usted decide participar, un personal del estudio le hará responder unas encuestas breves acerca de su enfermedad y los probables síntomas depresivos que pueda tener.

RIESGOS Y MOLESTIAS

Este estudio en principio, no implica riesgos físicos para el participante. La participación podría durar entre 10 y 15 minutos.

BENEFICIOS

Su participación en este estudio no implica un beneficio directo, sin embargo, el personal del estudio está disponible para ayudarlo u orientarlo acerca de su enfermedad. La información de este estudio servirá para entender mejor esta enfermedad y podría orientar mejor a la adherencia de su tratamiento.

CONFIDENCIALIDAD

Nosotros guardaremos sus respuestas a las preguntas y los resultados de sus pruebas con códigos y no con nombres. Sólo los investigadores del estudio, tendrán acceso a su identidad. Todos los documentos con información personal se guardarán bajo llave en las oficinas del estudio. Si se publican los resultados que hayan utilizado esta información, no se nombrarán o identificarán a las personas que participaron en el estudio. Los datos de identidad no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento. Sin embargo, sus archivos pueden ser revisados por personal que supervisa el protocolo para asegurar la seguridad y la conducción adecuada del estudio (Comités de Ética, Instituto Nacional de Salud, etc.).

PREGUNTAS

Si después, usted tiene alguna pregunta sobre este estudio, por favor contacte al investigador del estudio Dextre Pimentel José María (Teléfono 995182221) o al correo jmdextrep@ucvvirtual.edu.pe. Si usted tiene alguna pregunta sobre los aspectos éticos de este estudio, o si usted piensa que ha sido perjudicado o no se le ha tratado justamente por favor contacte a la presidenta del Comité Institucional de Ética de la Universidad César Vallejo, al correo etica-medicina@ucv.edu.pe.

PARTICIPACION VOLUNTARIA

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted puede negarse a participar o puede interrumpir su participación cuando quiera.

CONSENTIMIENTO

Yo he leído el formato de consentimiento informado y se me ha dado la oportunidad de discutirlo y de hacer preguntas. Yo, por medio de este documento, consiento participar en este estudio.

Firmas:

_____	_____	_____
Nombre del participante	Firma	Huella digital (Si es iletrado) Fecha / Hora
_____	_____	_____
Nombre de un testigo (Si el participante es iletrado)	Firma	Fecha / Hora
_____	_____	_____
Nombre del investigador	Firma	Fecha/Hora

Anexo 6: Aceptación para desarrollo de proyecto de investigación

 **GERENCIA REGIONAL DE SALUD**

 **HOSPITAL TOMAS LAFORA GUADALUPE**

“Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo”

Guadalupe, 07 de Noviembre del 2023

OFICIO N° 0300 – 2023 – GR. LL/GGR-GS – RED PMYO-HTL.D

SR. DEXTRE PIMENTEL JOSÉ MARÍA

ASUNTO: ACEPTACION PARA DESARROLLO DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

Por medio de la presente es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez comunicarles que se le está aceptando para desarrollar el Proyecto de Investigación titulado *“ASOCIACIÓN ENTRE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y MALA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES ADULTOS MAYORES”*, por lo cual se le autoriza la información requerida para que pueda aplicar el desarrollo de este.

Agradeciendo la atención que brinde al presente, aprovecho la oportunidad para manifestarle los sentimientos de mi especial consideración y estima.

Atentamente

 **HOSP. TOMAS LAFORA**
Vº Bº
DIRECCIÓN

REGIÓN LA LIBERTAD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LA LIBERTAD
RED DE SALUD PACASMAYO

RA. ELSA C. LA TORRE CRUZ
C.M.F. 21137
Directora Hospital Tomas Lafora
GUADALUPE

ECLTC/dmag
c.c. Archivo
c.c
Folios(01)



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, SANCHEZ BOLUARTE SOFIA STEFANIE, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis titulada: "Asociación entre síntomas depresivos y mala adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes adultos mayores", cuyo autor es DEXTRE PIMENTEL JOSE MARIA, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 20.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TRUJILLO, 18 de Diciembre del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
SANCHEZ BOLUARTE SOFIA STEFANIE DNI: 47412797 ORCID: 0000-0002-6101-1286	Firmado electrónicamente por: SSSANCHEZ el 18- 12-2023 21:24:41

Código documento Trilce: TRI - 0700293