



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**ASOCIACIÓN ENTRE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y
LA BAJA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES AMBULATORIOS EN UN
HOSPITAL DE LIMA**

PRESENTADO POR

MARÍA VICTORIA YAURI SANTIAGO

GIANELLA ALEXANDRA LÓPEZ ZELADA

ASESOR

RISOF ROLLAND SOLÍS CONDOR

**TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO**

LIMA- PERÚ

2022



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**ASOCIACIÓN ENTRE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y LA
BAJA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN
PACIENTES AMBULATORIOS EN UN HOSPITAL DE LIMA**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR

**MARÍA VICTORIA YAURI SANTIAGO
GIANELLA ALEXANDRA LÓPEZ ZELADA**

ASESOR

SOLÍS CONDOR, RISOF ROLLAND

LIMA, PERÚ

2022

JURADO

Presidente: Dr. Leonidas Chang Carrillo Ñañez

Miembro: Dr. Leo Noe Jesús Chanca Bautista

Miembro: Dra. Nora De Las Mercedes Espíritu Salazar

DEDICATORIA

A mis padres, por brindarme el apoyo para alcanzar mis metas, y a Twice, artistas mundiales de origen asiático, por ser un ejemplo a seguir del trabajo duro y perseverancia.

María Yauri

A Dios, por ser nuestra guía en este proceso, a mis padres por ser siempre mi sustento a lo largo de este camino y durante toda la carrera, a mi compañera de tesis por la confianza.

Gianella López

ÍNDICE

| | Págs. |
|--------------------------------|--------------|
| Portada | i |
| Jurado | ii |
| Dedicatoria | iii |
| Índice | iv |
| Resumen | v |
| Abstract | vi |
| | |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| | |
| I. MATERIALES Y MÉTODOS | 4 |
| | |
| II. RESULTADOS | 6 |
| | |
| III. DISCUSIÓN | 11 |
| | |
| CONCLUSIONES | 15 |
| | |
| RECOMENDACIONES | 16 |
| | |
| FUENTES DE INFORMACIÓN | 17 |
| | |
| ANEXOS | |

RESUMEN

Objetivo: Identificar la asociación entre la presencia de sintomatología depresiva y la baja adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 18 años con HTA, que acuden a consulta externa en el Hospital Dos de Mayo.

Material y Métodos: Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal y correlacional, en 124 pacientes con diagnóstico de Hipertensión arterial que acudían a Consulta Externa del Hospital Dos de Mayo en enero del 2020. Se aplicó el cuestionario PHQ-9 y el test de Morisky-Green. Para el análisis se utilizó frecuencias absolutas, relativas, la prueba exacta de Fisher y regresión de Poisson con enlace logaritmo con el programa SPSS.

Resultados: Se encontró que el 58,9% eran mujeres y el 41,1% eran hombres, el promedio de edad fue de 70,2 años. El 80,6% de pacientes presentaban síntomas depresivos. El 83,9% no eran adherentes al tratamiento antihipertensivo farmacológico. El 87,5% de los no adherentes y el 45% de los adherentes presentó sintomatología depresiva. En el análisis bivariante encontramos una asociación significativa para la sintomatología depresiva y baja adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo, sin embargo, al realizar un análisis multivariante para controlar variables con la regresión de Poisson, la asociación no resultó significativa.

Conclusiones: La prevalencia de sintomatología depresiva y baja adherencia fue mucho más elevada que estudios previos alcanzando a 80,6% y 83,9% respectivamente, siendo la prevalencia de sintomatología depresiva mayor en el grupo de no adherentes donde alcanzo a un 87,5% en tanto que solo fue de 45% en el grupo de adherentes, sin embargo, la asociación no resultó significativa al controlar variables confusoras. El tamizaje y abordaje de depresión debe implementarse en los pacientes hipertensos por ser una población de riesgo muy elevado.

Palabras claves: Hipertensión, Depresión, Atención ambulatoria, Salud mental, Adulto mayor.

ABSTRACT

Objective: To identify the association between the presence of depressive symptomatology and low adherence to antihypertensive treatment in patients over 18 years of age with hypertension, who go to the outpatient clinic at Dos de Mayo Hospital.

Material and Methods: An observational, descriptive, cross-sectional and correlational study was carried out in 124 patients with a diagnosis of arterial hypertension who attended the Hospital Dos de Mayo Outpatient Clinic in January 2020. The PHQ-9 questionnaire and the Morisky-Green test. For the analysis, absolute and relative frequencies, Fisher's exact test and Poisson regression with logarithm link were used with the SPSS program.

Results: It was found that 58.9% were women and 41.1% were men, the average age was 70.2 years. 80.6% of patients presented depressive symptoms. 83.9% were not adherent to pharmacological antihypertensive treatment. 87.5% of the non-adherents and 45% of the adherents presented depressive symptoms. In the bivariate analysis we found a significant association for depressive symptomatology and low adherence to antihypertensive drug treatment, however, when performing a multivariate analysis to control variables with Poisson regression, the association was not significant.

Conclusions: The prevalence of depressive symptomatology and low adherence was much higher than previous studies, reaching 80.6% and 83.9%, respectively, with the prevalence of depressive symptomatology being higher in the non-adherent group, where it reached 87.5% in so much so that it was only 45% in the adherent group, however the association was not significant when controlling for confounding variables. Screening and treatment for depression should be implemented in hypertensive patients as they are a very high-risk population.

Keywords: Hypertension, Depression, Outpatient care, Mental health, Older adults.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es un reconocido problema de salud pública mundial, y a su vez es la segunda causa de discapacidad en el mundo, ya que es uno de los principales factores de riesgo de enfermedad cardiovascular ¹. Conforme a la Guía europea acerca del diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial (ESH/ESC) 2018, se determinan los valores de presión arterial normal, además de los grados de hipertensión ². En el caso de la depresión, esta afección se sitúa como una etiología importante de problemas de salud y discapacidad alrededor del mundo.

De acuerdo a datos de la ENDES 2020, en la población de 15 años de edad a más, se halló un 21,7% de prevalencia de hipertensos, ligero incremento con respecto al 2017, año en el que era 18,6%³. Asimismo, en un estudio del 2016, el 30% de los participantes sabían de su condición de hipertensos, pero no estaban tratados ⁴. Cabe aclarar que existen pacientes que abandonan su medicación por indicación de su médico, debido a que han podido controlar su hipertensión mediante cambios saludables en su dieta y estilo de vida, del mismo modo en adultos mayores con previa reducción progresiva en la dosificación ^{2,5}.

Con respecto a la prevalencia de depresión, según un estudio epidemiológico metropolitano en salud mental en el 2002 del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, se descubrió mayor prevalencia de episodio depresivo de 18,2%, en relación a otros trastornos psiquiátricos ⁶.

Conforme a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2020, 68,0% de personas de 15 y más años con diagnóstico de hipertensión arterial, recibió y/o compró medicamentos con receta médica, en los últimos 12 meses, revelando que el 28,3% de la población de 20 a 29 años recibe tratamiento médico para la hipertensión arterial, así como un porcentaje similar en el grupo de 30 a 39 (35,4%). En contraste, el 47,4% de la población de 40 a 49 años y el 33,8% del grupo de 50 a 59 años de edad no recibían un tratamiento farmacológico, y un menor porcentaje en aquellos de 60 años a más (22,1%) ⁷.

La correcta adherencia al tratamiento farmacológico prescrito representa un aspecto importante a considerar como parte del tratamiento de pacientes que padecen enfermedades crónicas, dado que la falta de adherencia es uno de los

grandes condicionantes de un inadecuado e inoportuno control de estas enfermedades, como ocurre en el caso de la hipertensión arterial ⁸.

La falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo conlleva a una mayor tasa de morbimortalidad en los pacientes. Además, aumenta el riesgo de complicaciones como accidente cerebrovascular, infarto de miocardio, retinopatía hipertensiva, insuficiencia cardíaca, etc ⁹.

La mayoría de estudios encuentra influencia de trastornos mentales en la evolución y adherencia de pacientes hipertensos, como es el caso de un estudio en el que se observó una asociación entre hipertensión no controlada y depresión con un OR de 2,2 IC 95%, aunque tuvo limitaciones al no evaluar el cumplimiento del tratamiento hipertensivo e investigar los factores relacionados a la depresión ⁹.

Además, en el año 2012 en un estudio transversal cuyos pacientes fueron hipertensos, se halló un 68.8% de buena adherencia y 31.1% tenían mala adherencia. De los factores asociados a la baja adherencia, se definió sexo femenino, raza negra, inactividad física, elevados síntomas depresivos e historia de cardiopatía coronaria, enfatizando que se halló síntomas depresivos con un OR de 1.74 ¹⁰.

La importancia del estudio de este tema radica en que actualmente estamos enfrentando un grave incremento de trastornos mentales, fundamentalmente depresión, así como otras enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, siendo ambas enfermedades consideradas prioridades de investigación a nivel nacional, al mismo tiempo. Este estudio va a permitir contribuir a profundizar el conocimiento en torno a este problema, además de prevenir inadecuados cumplimientos de la terapéutica farmacológica, logrando así evitar el desarrollo de diferentes complicaciones tanto de la HTA como de la depresión, adquiriendo una mejor calidad de vida. Por otro lado, de no continuar estudiando este problema, se tendría evidencia limitada y desactualizada, que no permitiría realizar un manejo integral de ambas enfermedades, sobre todo generar conciencia sobre la necesidad de brindar especial atención en salud mental.

Por lo anteriormente mencionado se realizó la presente investigación, con el propósito de demostrar la asociación entre la sintomatología depresiva y la no

adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo durante el año 2020.

I. MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio es de tipo observacional, descriptivo, transversal y correlacional. Se realizó en el Hospital Dos de Mayo, este establecimiento es de nivel III-1, el cual atiende a pacientes de Lima y del interior del país, de acuerdo al análisis de situación de salud 2017, se atiende 91 393 pacientes en promedio al año en consulta externa de un total de 483 888 aproximadamente, además el cuenta con diversos servicios como Cardiología, Endocrinología, Medicina Interna, Geriátrica, entre otros, a disposición de los pacientes.

La población de estudio fue un grupo de pacientes hipertensos adultos que acuden de forma ambulatoria a consulta externa del Hospital Dos de Mayo, sin considerarse el área de Emergencias por las posibles variables confusoras tales como crisis hipertensiva, arritmias, crisis de ansiedad. La muestra se calculó a través del programa Excel, usando un muestreo no probabilístico de tipo consecutivo, con un nivel de confianza de 95%, una precisión de 8%, y una proporción de referencia de 27% que se halló en un estudio chileno ¹¹. El resultado fue de 117 participantes. Los criterios de selección fueron aquellos pacientes hipertensos con tratamiento farmacológico, en tratamiento ambulatorio durante los últimos 3 meses, mientras que los criterios de exclusión fueron pacientes que no hablen castellano, embarazadas, con discapacidad mental o del lenguaje.

Se utilizó un cuestionario que contiene preguntas sobre características sociodemográficas, el test de Morisky-Green para determinar la adherencia y el test PHQ-9 para la sintomatología depresiva, siendo validado por tres expertos del tema ^{12, 13}. En adherencia al tratamiento, el puntaje de 4 indica buena adherencia y un puntaje menor indica que el paciente no es adherente. Para depresión, el puntaje que indica no depresión (0 a 4), presenta síntomas depresivos leves (5 a 9), síntomas moderados (10 a 14), síntomas severos (15 a 19), y síntomas muy severos (20 a 27), para lo cual se dicotomizó y estableció presencia de síntomas depresivos a partir de 5 o más puntos. También se consideró la escala de Charlson para evaluar la comorbilidad de los pacientes, con un puntaje de 1 a 2 es baja comorbilidad, mayor a 3 puntos es alta comorbilidad ¹⁴.

El análisis de datos recolectados fue realizado en el programa SPSS, usando frecuencias absolutas y relativas para el análisis descriptivo, se aplicó la prueba

exacta de Fisher para el análisis bivariado. Para el análisis multivariado, se aplicó un modelo de regresión lineal ajustado con las variables que obtenían un valor p menor a 0,02. Además, se eliminaron las encuestas perdidas por datos erróneos o ausentes, que fueron 12.

El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porres, y después por el Comité de Ética del Hospital Dos de Mayo. Los pacientes que estuvieron de acuerdo de participar en el estudio firmaron el consentimiento escrito, respetándose así el principio de autonomía. El cuestionario no llevaba el nombre del participante para asegurar su privacidad. Los datos obtenidos serán mantenidos en reserva y solo los investigadores tendrán acceso a la información de los participantes.

II. RESULTADOS

Características sociodemográficas

Se encontró en la muestra 58,9% de mujeres y 41,1% de varones, con una edad promedio de 70,2 años, la mayoría de la muestra fue adulto mayor. Entre las características sociodemográficas, más de la mitad tenía un estado civil casado o conviviente, y los otros participantes, eran entre solteros, divorciados y viudos. En cuanto al nivel educativo, se observó que un 39,5% tenía un bajo nivel. En condición laboral, la mayoría se identificó como ama de casa que alcanza a 44,4%, seguido de empleado e independiente con 26,6%. Con respecto al tamaño familiar, la mayoría vive con más de un integrante. A nivel geográfico, se comprobó que los participantes eran procedentes mayormente de Lima con un 91,1%.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes adultos hipertensos que acuden de forma ambulatoria al hospital Dos de mayo 2020

| Características | Frecuencia (n) |
|---------------------------|-----------------------|
| Edad | |
| Edad promedio | 70,2 ± 0,929* |
| Sexo | |
| Femenino | 73 (58,9) |
| Masculino | 51 (41,1) |
| Edad | |
| Adulto joven | 1 (0,8) |
| Adulto maduro | 18 (14,5) |
| Adulto Mayor | 105 (84,7) |
| Estado civil | |
| Casado/Conviviente | 74 (59,7) |
| Soltero | 22 (17,7) |
| Divorciado/ Viudo | 28 (22,6) |
| Nivel Educativo | |
| Inicial/Primaria | 49 (39,5) |
| Secundaria | 49 (39,5) |
| Superior | 26 (21,0) |
| Condición Laboral | |
| Empleado/Independiente | 33 (26,6) |
| Desempleado | 25 (20,2) |
| Ama de casa | 55 (44,4) |
| Jubilado | 11 (8,9) |
| Tamaño familiar | |
| Vive con 0-1 personas | 30 (24,2) |
| Vive con más de 1 persona | 94 (75,8) |
| Región | |

| | |
|--------------------|------------|
| Lima | 113 (91,1) |
| Otra región | 11 (8,9) |
| Provincia | |
| Lima metropolitana | 103 (83,1) |
| Callao | 5 (4,0) |
| Otras provincias | 16 (12,9) |

*Media

Características clínicas

La adherencia al tratamiento antihipertensivo farmacológico fue de 16,1%, y la no adherencia fue de 83,9%. Asimismo, la sintomatología depresiva alcanzó un 80,6%, siendo los casos leves 38%, moderado 40%, severo 18% y muy severo 4%. Dentro de comorbilidad, la mitad presentaba baja comorbilidad, y la otra mitad alta. Además, la mayoría solo tomaba un medicamento antihipertensivo al día, de igual manera un 74,2% tomaba más de una vez al día. Por otro lado, en tiempo de enfermedad, se obtuvo un promedio de 138,83 meses y en tiempo de tratamiento hubo un promedio 133,31 meses.

Tabla 2. Características clínicas de los pacientes adultos hipertensos que acuden de forma ambulatoria al hospital Dos de mayo 2020

| Características clínicas | Frecuencia n |
|--|--------------|
| Adherencia al tratamiento | |
| Adherencia | 20 (16,1) |
| No adherencia | 104 (83,9) |
| Sintomatología depresiva | |
| Depresión* | 100 (80,6) |
| No depresión | 24 (19,4) |
| Escala de Charlson | |
| Baja comorbilidad | 62 (50,0) |
| Alta comorbilidad | 62 (50,0) |
| Número de medicamentos antihipertensivos que toma al día | |
| 1 medicamento | 122 (98,4) |
| Más de 1 medicamento | 2 (1,6) |
| Número de veces que toma al día el medicamento antihipertensivo | |
| 1 vez al día | 32 (25,8) |
| Más de 1 vez al día | 92 (74,2) |
| Tiempo de enfermedad en meses | |
| <=36 meses | 38 (30,6) |
| 37-96 meses | 27 (21,8) |
| 97 a 180 meses | 29 (23,4) |
| 181 a más meses | 30 (24,2) |
| Tiempo de tratamiento en meses | |

| | |
|-----------------|-----------|
| <=36 meses | 41 (33,1) |
| 37-96 meses | 21 (16,9) |
| 97 a 180 meses | 32 (25,8) |
| 181 a más meses | 30 (24,2) |

*Leve: 38%, moderado: 40%, severo: 18%, muy severo: 4%.

Analizando según el sexo, se observó una prevalencia de no adherencia de 58,7% en las mujeres y un 41,3% en los hombres.

Análisis Bivariado

El 87,5% de los no adherentes y el 45% de los adherentes presentó sintomatología depresiva. En ambos grupos, el número de mujeres fue mayor, igual que la condición laboral de ama de casa. Respecto al estado civil, en el grupo de adherentes la mitad era casado o conviviente, seguido de aquellos divorciados o viudos y soltero, a diferencia de los no adherentes donde en su mayoría eran casado o conviviente. En relación a la escala de Charlson, la mayoría del grupo de adherentes tuvo alta comorbilidad, sin embargo, en el grupo de no adherentes predominó la baja comorbilidad. En la prueba exacta de Fisher, se encontró una relación entre depresión y no adherencia, en vista que el valor p fue menor a 0,05 con un nivel de significancia de 5% y un intervalo de confianza de 95%, cuyo RP fue 1,68 de depresión para no adherencia. Las otras variables no tuvieron asociación estadísticamente significativa.

Tabla 3. Análisis bivariado de las características sociodemográficas y clínicas asociadas a la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo de los pacientes adultos hipertensos que acuden de forma ambulatoria al hospital Dos de mayo 2020

| | Adherentes 20 (%) | No adherentes 104(%) | Valor p | RP |
|---------------------------------|----------------------|-------------------------|--------------|-----------|
| Sintomatología depresiva | | | | |
| Depresión | 9 (45,0) | 91 (87,5) | 0,00006 5 | 1,68 |
| No depresión | 11 (55,0) | 13 (12,5) | | |
| Sexo | | | | |
| Femenino | 12 (60,0) | 61 (58,7) | 0,911 | 1,00 9 |
| Masculino | 8 (40,0) | 43 (41,3) | | |
| Estado civil | | | | |
| Casado/Conviviente | 10 (50,0) | 64 (61,5) | 0,112 | 1 |
| Soltero | 2 (10,0) | 20 (19,2) | | 1,56 2 |
| Divorciado/ Viudo | 8 (40,0) | 20 (19,2) | | 0,39 1 |
| Nivel Educativo | | | | |

| | | | | |
|---------------------------------------|-----------|------------|-------|-----------|
| Inicial/Primaria | 9 (45,0) | 40 (38,5) | 0,745 | 1 |
| Secundaria | 8 (40,0) | 41 (39,4) | | 1,15 3 |
| Superior | 3 (15,0) | 23 (22,1) | | 1,72 5 |
| Condición Laboral | | | | |
| Empleado/Independiente | 5 (25,0) | 28 (26,9) | 0,281 | 1 |
| Desempleado | 4 (20,0) | 21 (20,2) | | 0,93 8 |
| Ama de casa | 7 (35,0) | 48 (46,2) | | 1,22 4 |
| Jubilado | 4 (20,0) | 7 (6,7) | | 0,31 3 |
| Provincia | | | | |
| Lima Metropolitana | 16 (80,0) | 87 (83,7) | 0,383 | |
| Callao | 0 (0,0) | 5 (4,8) | | |
| Otras provincias | 4 (20,0) | 12 (11,5) | | |
| Región | | | | |
| Lima | 16 (80,0) | 97 (93,3) | 0,085 | 1,34 9 |
| Otra región | 4 (20,0) | 7 (6,7) | | |
| Escala de Charlson | | | | |
| Baja comorbilidad | 7 (35,0) | 55 (52,9) | 0,140 | 1,12 2 |
| Alta comorbilidad | 13 (65,0) | 49 (47,1) | | |
| Número de medicamentos | | | | |
| 1 | 19 (95,0) | 103 (99,0) | 0,262 | 1,68 9 |
| Más de 1 | 1 (5,0) | 1 (1,0) | | |
| Número de veces al día | | | | |
| 1 | 8 (40,0) | 24 (23,1) | 0,127 | 0,86 3 |
| Más de 1 | 12 (60,0) | 80 (76,9) | | |
| Tamaño familiar | | | | |
| Vive solo | 6 (30,0) | 24 (23,1) | 0,516 | 1,34 3 |
| Vive con más de 1 persona | 14 (70,0) | 80 (76,9) | | |
| Tiempo de enfermedad en meses | | | | |
| <=36 meses | 7 (35,0) | 31 (29,8) | 0,959 | 0,88 6 |
| 37-96 meses | 4 (20,0) | 23 (22,1) | | 1,15 0 |
| 97 a 180 meses | 4 (20,0) | 25 (24,0) | | 1,25 0 |
| 181 a más meses | 5 (25,0) | 25 (24,0) | | 1 |
| Tiempo de tratamiento en meses | | | | |
| <=36 meses | 7 (35,0) | 34 (32,7) | 0,993 | 0,97 1 |
| 37-90 meses | 3 (15,0) | 18 (17,3) | | 1,20 0 |

| | | | |
|-----------------|----------|-----------|-----------|
| 91 a 180 meses | 5 (25,0) | 27 (26,0) | 1,08 0 |
| 181 a más meses | 5 (25,0) | 25 (24,0) | 1 |

Modelo multivariante

Se aplicó la regresión de Poisson con enlace logarítmico porque la prevalencia de daño es mayor al 20% ¹⁵. Para el modelo se incluyeron las variables que tenían un valor p menor de 0,2 en el análisis bivariante. Al ajustar para variables confusoras se encontró un RP de 1,693 para la asociación de sintomatología depresiva y baja adherencia, sin embargo, el valor P no fue menor a 0,05, siendo estadísticamente no significativo. Del mismo modo No se encontró asociación con las demás variables.

Tabla 4. Análisis multivariante de los factores asociados a una baja adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo de los pacientes adultos hipertensos que acuden de forma ambulatoria al hospital Dos de mayo 2020

| | RP | IC (95%) P | Valor P |
|-----------------------------------|-------|---------------|------------|
| Sintomatología depresiva | | | |
| Depresión | 1,693 | 0,908 - 3,159 | 0,098 |
| No depresión | | | |
| Estado civil | | | |
| Casado/conviviente | 1,188 | 0,672 - 2,101 | 0,553 |
| Soltero | 1,180 | 0,578 - 2,410 | 0,649 |
| Divorciado/viudo | | | |
| Escala de Charlson | | | |
| Baja comorbilidad | 1,053 | 0,682 - 1,624 | 0,817 |
| Alta comorbilidad | | | |
| N° de veces de toma al día | | | |
| 1 | 0,866 | 0,528 - 1,420 | 0,568 |
| Más de 1 | | | |

III. DISCUSIÓN

Los resultados del estudio reafirman lo hallado en las diversas investigaciones sobre problemas de salud mental y adherencia al tratamiento, y señalan que la sintomatología depresiva ^{10, 16, 17} incluyendo leve, moderada o severa, tiene efecto sobre la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Sobre todo, en la población adulta mayor que es más susceptible a la depresión, y, por lo tanto, a una mala adherencia al tratamiento farmacológico, aunque se deben considerar factores relacionados al paciente como la medicación, la provisión de atención médica, el sistema de atención médica y los factores socioeconómicos ¹⁸. Aunque existen datos contradictorios que muestran que las enfermedades mentales no están asociadas a la baja adherencia ¹⁹. Se ha encontrado en un estudio de Nigeria, que la prevalencia de sintomatología depresiva es de 47,8 % en pacientes que acuden a un hospital, sin embargo, en el presente estudio fue de 80,6 %, esta diferencia en probable relación a la edad promedio de 45 y 70 años respectivamente, además de las características del paciente, siendo la comorbilidad de ser hipertensos, una condición para mayor prevalencia ²⁰.

En el caso de la no adherencia, hallamos una prevalencia de 83,9%, que difiere de un estudio de la India y de Estados Unidos cuya baja adherencia alcanzó el 75,9% y 31,2% respectivamente, que puede deberse a las características sociodemográficas de la población, es decir, estado civil, ya que hallamos 59,7% de casados frente a 80,9% en el primer estudio, lo cual significaría un apoyo familiar ayudando a que el paciente se adhiera al tratamiento, y asimismo en el segundo estudio, dicha variación de prevalencia podría basarse en que solo se eligió a hipertensos que tomaban de 3 a más medicamentos, en contraste a nuestro estudio donde se consideró a todo hipertenso independientemente del número de medicamentos. Por otro lado en el estudio de Rodríguez realizado en el hospital Rebagliati, se encontró 53,3% de baja adherencia, sin embargo en dicha población 50,9% tenía educación superior, contrariamente al 21% observado en la nuestra, lo que explicaría que mayor grado de instrucción se asocia a una mejor adherencia, además que utilizaron el cuestionario "Martin Bayarre Grau" ^{21, 10, 22}.

Entre los factores sociodemográficos, se observó que las personas solteras tienen un mayor riesgo de no adherirse al tratamiento, lo que se explica debido a que la

soledad y el aislamiento social, aumenta el riesgo de depresión, mayormente en adultos mayores, debido a lo cual, en esta etapa, suelen haber perdido un miembro de su familia o han adquirido enfermedades crónicas. Igualmente, el estudio revela que aquellos que viven solos o con 1 persona, presentan un mayor riesgo de baja adherencia al tratamiento, se puede explicar ya que no cuentan con un apoyo familiar adecuado, afectando su calidad de salud, no solo mental como la depresión, sino también exacerbando enfermedades crónicas físicas ^{23, 24, 25}. Además, las personas que viven en Lima también se encuentran en mayor riesgo, se ha observado que aquellas que viven en zonas urbanas tienen mayores tasas de trastornos mentales que las que viven en zonas rurales ²⁶. Igualmente, se encontró que los pacientes con baja comorbilidad no suelen adherirse al tratamiento, esto concuerda con el estudio de Drzayich ²⁷, podría explicarse ya que las personas con alta comorbilidad tienen una mayor conciencia de la gravedad de su enfermedad, y que por esta razón prestan más atención a sus medicamentos, por lo que muestran una mejor adherencia. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que a un mayor número de enfermedades, el paciente recibirá más medicamentos, causando polifarmacia, la cual en diversos estudios se ha relacionado con la baja adherencia a tratamiento ^{28, 29}. Por el contrario, un factor protector es la toma de una sola dosis de antihipertensivo al día, lo que podría deberse a que a los pacientes les resulta más llevadero tomar solo un medicamento al día, en comparación a varios medicamentos y/o dosis ²⁸.

La condición laboral se ha visto que influye en la adherencia al tratamiento, ser empleado y ama de casa se consideran factores de riesgo, dado que disponen de menor tiempo libre por tener más obligaciones y descuidan su medicación, a diferencia de los jubilados y desempleados, los cuales se adhieren más al tratamiento ³⁰.

Cabe mencionar que el número de personas con no adherencia es mayor (83.9%), lo cual es alarmante ya que nos indica que existe algún tipo de falla en el sistema de atención, pudiendo existir otros factores como la inadecuada relación médico - paciente, escaso apoyo social, conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento, disfuncionalidad familiar, etc. ¹¹, mencionando que dichas variables no fueron medidas en nuestro estudio. Además, el ingreso económico y la tensión financiera son factores que afectan la adherencia al tratamiento, y que por consecuencia

afecta el estado general del paciente, razón por la cual se requiere ayudar a la población, mediante políticas sociales adecuadas y mejorar el acceso a medicamentos ³¹.

Se halló también un porcentaje de depresión mayor al esperado, lo que nos señala que no se le está dando la debida importancia a la atención de la salud mental, lo cual produce una exacerbación del dolor y malestar relacionados a otras enfermedades, llegando a aumentar la mortalidad ³², por lo que se sugiere una valoración integral del adulto, considerando que su esfera mental es esencial para tener una mejor calidad de vida y así una buena adherencia al tratamiento, consecuentemente, disminuyendo su comorbilidad, procurando tener controles adecuados y oportunos, como, por ejemplo, indagar en cada consulta sobre si está tomando su medicamento. Asimismo, se sugiere que en la práctica clínica los médicos realicen tamizaje de afecciones mentales y referirlos a consulta psicológica o psiquiátrica.

Limitaciones: la muestra en este estudio es solo de un hospital de Lima, por lo que su representatividad es limitada a poblaciones similares. Por otro lado, al ser un estudio transversal y haber usado un muestreo no probabilístico de tipo consecutivo, se encontró una baja proporción de adherentes, lo cual puede haber afectado la evaluación de la asociación al encontrarse grupos de tamaños muy diferentes. De igual manera, para llevar a cabo la encuesta se realizó una entrevista previa indagando si presentaban un diagnóstico previo de hipertensión, ya que no se tuvo acceso a las historias clínicas generando probablemente un sesgo de clasificación errónea. Aunque al inicio se consideró la medida de presión arterial, no llegó al análisis debido a que algunos participantes optaban por no tomársela. Se debe agregar que el test PHQ-9 utilizado en este estudio para evaluar síntomas de depresión, es un instrumento de cribado, no de diagnóstico clínico, donde existe posibilidad de sobrestimación de casos con dicha sintomatología depresiva. A pesar de ello la proporción de pacientes con sintomatología depresiva es mayor a lo reportado.

Finalmente, si bien el análisis bivariado muestra una asociación estadísticamente significativa entre los estados depresivos y la no adherencia al tratamiento antihipertensivo, sin embargo, en el análisis multivariante, no se halló asociación

significativa, esto puede estar afectado por el muestreo, tamaño de grupos evaluados, así como el diseño usado.

.

CONCLUSIONES

La prevalencia de sintomatología depresiva fue 80,6% de la muestra total, en los no adherentes fue el 87,5% y en adherentes el 45%. Siendo altos tanto los porcentajes de depresión como de no adherentes (83,9%), mayores a la prevalencia de otros estudios. En los no adherentes, hubo un mayor porcentaje del sexo femenino (58,7 %), el estado civil y nivel educativo más frecuente fue casado/conviviendo (61,5%), y secundaria (39,4%) respectivamente, por otro lado, la condición laboral como ama de casa (46,2%), baja comorbilidad para la escala de Charlson (52,9%), y quienes tomaban 1 medicamento (99%) fueron los de mayor frecuencia; a pesar de ello ninguna de estas variables tuvo significancia estadística.

Por consiguiente, con todo lo anterior mencionado, el único factor asociado a la baja adherencia fue la sintomatología depresiva según el análisis bivariado, por lo cual los adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial deben tener un seguimiento o control de mayor calidad del cumplimiento de su tratamiento farmacológico, siendo deber del médico realizar el tamizaje de depresión en la población adulta en general, debido a las altas prevalencias de depresión y de no adherentes.

Por último, en el análisis multivariante no se encontró asociación, esto se explicaría por variables latentes que no se evaluaron, menor tamaño muestral y el diseño transversal.

RECOMENDACIONES

Se recomienda trabajar en estudios de población con muestras mayores en varios hospitales, además de realizar un estudio de casos y controles, o de cohortes para evaluar el impacto de la depresión en la no adherencia.

Seguidamente, reforzar la atención primaria ya que los hipertensos con síntomas depresivos pueden atenderse en centros de salud mental comunitarios, no es necesario que acudan al hospital. Al mismo tiempo, sugerimos implementación de estrategias por parte de los hospitales como mecanismo para lograr contrarrestar la no 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.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. OMS | Información general sobre la hipertensión en el mundo. Who.int [Internet]. 2013 Sep 13 [cited 2020 Dec 9]; Available from: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/es/ \h
2. Grupo de Trabajo sobre el Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial de la Sociedad Europea de Hipertensión y de la Sociedad Europea de Cardiología. ESH/ESC 2020
3. Costa Aponte FM. Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2017. Lima. 2018. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1526/libro.pdf
4. Herrera Añazco P, Pacheco Mendoza J, Valenzuela Rodríguez G, Málaga G. Autoconocimiento, adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en el Perú: una revisión narrativa. Rev. Perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2017 Jul [citado 2019 Mar 25]; 34(3): 497-504. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000300017&lng=es.
5. Reeve E, Jordan V, Thompson W, Sawan M, Todd A, Gammie TM, Hopper I, Hilmer SN, Gnjjidic D. Withdrawal of antihypertensive drugs in older people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 6. Art. No.: CD012572. DOI: 10.1002/14651858.CD012572.pub2.
6. Saavedra J, Paz V, Vargas H, Robles Y, Pomalina R, Gonzáles S et al. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao - replicación 2012. Revista ANALES DE SALUD MENTAL [Internet]. 2016 Jun 22 [cited 2019 May 20];29(1). Available from: <http://www.insm.gob.pe/ojsinsm/index.php/Revista1/article/view/40>
7. Carhuavilca Bonett D. Instituto nacional de estadísticas e informática. Enfermedades no transmisibles y transmisibles. Perú. 2020. [Internet]. [cited 2022 April 30]. Available from: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/SALUD/ENFERMEDADES_ENDES_2020.pdf

8. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Switzerland. 2003.
9. Almas A, Patel J, Ghori U, Ali A, Edhi AI, Khan MA. Depression is linked to uncontrolled hypertension: a case-control study from Karachi, Pakistan. *J Ment Health*. 2014 Dec;23(6):292–6.
10. Irvin M, Shimbo D, Mann D, Reynolds K, Krousel-Wood M, Limdi N et al. Prevalence and correlates of low medication adherence in apparent treatment resistant hypertension. *J Clin Hypertens (Greenwich)* [Internet]. 2012 Oct [cited 2019 May 13];14(10):694–700. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3464920/>
11. Sandoval D, Chacón J, Muñoz R, Henríquez Ó, Koch E, Romero T. Influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo: Resultados de una cohorte del Programa de Salud Cardiovascular de la Región Metropolitana, Chile. *Revista médica de*
12. Valencia-Monsalvez F, Mendoza-Parra S, Luengo-Machuca Luis. Evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. *Rev. perú. med. exp. salud publica* [Internet]. 2017 Abr [citado 2022 Abr 19]; 34(2): 245-249. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000200012&lng=es
13. 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]. 2020 Abr [citado 2022 Abr 19]; 83(2): 72-78. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972020000200072&lng=es
14. González Silva Y, Abad Manteca L, Fernández-Gómez MJ, Martín-Vallejo J, De la Red Gallego H, Pérez-Castrillón JL. Utilidad del índice de comorbilidad de Charlson en personas ancianas. Concordancia con otros índices de comorbilidad. *Rev Clin Med Fam* [Internet]. 2021 [citado 2022 Abr 22]; 14(2): 64-70. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2021000200005&lng=es

15. Coutinho LM, Scazufca M, Menezes PR. Methods for estimating prevalence ratios in cross-sectional studies. *Rev Saude Publica*. 2008;42(6):992-998. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19009156/>
16. Boima V, Ademola AD, Odusola AO, Agyekum F, Nwafor CE, Cole H, et al. Factors Associated with Medication Nonadherence among Hypertensives in Ghana and Nigeria. *Int J Hypertens [Internet]*. 2015 [cited 2019 May 10];2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4610060/>
17. Krousel-Wood M, Islam T, Muntner P, Holt E, Joyce C, Morisky D, et al. Association of Depression with Antihypertensive Medication Adherence in Older Adults: Cross-Sectional and Longitudinal Findings from CoSMO. *Ann Behav Med [Internet]*. 2010 Dec [cited 2019 Apr 12];40(3):248–57. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3109732/>
18. Yap AF, Thirumoorthy T, Kwan YH. Medication adherence in the elderly. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics [Internet]*. 2016 Jun 1 [cited 2021 Jan 9];7(2):64–7. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210833515000441>
19. Kretchy I, Owusu-Daaku F, Danquah S. Mental health in hypertension: assessing symptoms of anxiety, depression and stress on anti-hypertensive medication adherence. *International Journal of Mental Health Systems [Internet]*. 2014 Jun 21 [cited 2019 May 10];8(1):25. Available from: <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-25>
20. Obadeji A, Oluwole LO, Dada MU, Ajiboye AS, Kumolalo BF, Solomon OA, et al. Assessment of depression in a primary care setting in Nigeria using the PHQ-9. *J Fam Med Prim Care*. 2015;4(1):30–34. doi: 10.4103/2249-4863.152246.
21. Venkatachalam J, Abrahm SB, Singh Z, Stalin P, Sathya GR. Determinantes de la adherencia del paciente a los medicamentos para la hipertensión en una población rural del distrito de Kancheepuram en Tamil Nadu, sur de la India. *Med comunitario indio J*. 2015 ene-mar;40(1):33-7. doi: 10.4103/0970-0218.149267.
22. Rodríguez-Abt Jose Carlos, Solís-Visscher Rodrigo José, Rogic-Valencia Sime Joso, Román Yuani, Reyes-Rocha Miguel. Asociación entre

- conocimiento de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Perú. 2015. *rev.fac.med.* [Internet]. 2017 Mar [cited 2022 May 06]; 65(1): 55-60. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112017000100055&lng=en.
23. Cardona AS, Arango DC, Cardona ÁS, Duque MG. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. *Rev salud pública* [Internet]. 2015 Mar 1 [cited 2021 Jan 9];17(2):184–94. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/41295>
24. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2020. *Social isolation and loneliness in older adults: Opportunities for the health care system*. Washington, DC: The National Academies Press. Available from: <https://doi.org/10.17226/25663>.
25. Park HY, Seo SA, Yoo H, Lee K. Medication adherence and beliefs about medication in elderly patients living alone with chronic diseases. *Medication adherence and beliefs about medication in elderly patients living alone with chronic diseases. Patient Preference and Adherence*. 2018; 12:175–181. Available from: <https://doi.org/10.2147/ppa.s151263>.
26. Corona B, Bonet M, García R, Varona P, Hernández M, Alfonso K. Síntomas referidos de depresión y ansiedad en la población de Cuba. *Rev Cubana Hig Epidemiol* [Internet]. 2016; 54 (2):18-28. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubhigepi/chi-2016/chi162c.pdf>
27. Drzayich Antol D, Waldman Casebeer A, Khoury R, Michael T, Renda A, Hopson S, et al.. The relationship between comorbidity medication adherence and health related quality of life among patients with cancer. *J Patient Rep Outcomes*. 2018;2:29. Available from: <https://doi.org/10.1186/s41687-018-0057-2>
28. Castro-Rodríguez J, Orozco-Hernández J, Marín-Medina D. Polifarmacia y prescripción de medicamentos potencialmente no apropiados en ancianos. Artículo de Revisión [Internet]. *Rev. Méd. Risaralda* 2016; 22 (1): 52-57. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v21n2/v21n2a11.pdf>

29. González-Bueno J, Sevilla-Sánchez D, Puigoriol-Juventeny E, Molist-Brunet N, Codina-Jané C, Espauella-Panicot J. Factors Associated with Medication Non-Adherence among Patients with Multimorbidity and Polypharmacy Admitted to an Intermediate Care Center. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 9606. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph18189606>
30. Uchmanowicz B, Jankowska EA, Uchmanowicz I and Morisky DE (2019) Self-Reported Medication Adherence Measured With Morisky Medication Adherence Scales and Its Determinants in Hypertensive Patients Aged ≥ 60 Years: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front. Pharmacol.* 10:168. Available from: <https://doi.org/10.3389/fphar.2019.00168>
31. Osborn C, Kripalani S, Goggins K, Wallston K. Financial strain is associated with medication nonadherence and worse self-rated health among cardiovascular patients. *J. Health Care Poor Underserved.* 2017;28:499–513. Available from: <https://doi.org/10.1353/hpu.2017.0036>
32. Calvo-Gómez JM, Jaramillo-González LE. Detección del trastorno depresivo mayor en atención primaria. Una revisión. *Rev. Fac. Med.* [Internet]. 1 de julio de 2015 [citado 8 de enero de 2021];63(3):471-82. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/46424>

ANEXOS

1. Matriz de operacionalización de variables

| Variable | Definición | Tipo por su naturaleza | Tipo por su relación | Indicador | Escala de medición | Categorías | Valores de las categorías | Medio de verificación |
|-------------------|--|--------------------------|----------------------|---------------------------|--------------------|--|---------------------------|-------------------------------|
| Edad | Años cumplidos al momento de la encuesta | Cuantitativa discreta | Independiente | Años | Razón | | | Ficha de recolección de datos |
| Sexo | Género sexual de persona entrevistada | Cualitativa dicotómica | Independiente | | Nominal | Femenino Masculino | | Ficha de recolección de datos |
| Estado civil | Estado de la persona con la que figura en el registro civil | Cualitativa | Independiente | Estado civil según reniec | Nominal | Soltero Casado Viudo Divorciado Conviviente | | Ficha de recolección de datos |
| Tamaño del hogar | cantidad de miembros en el hogar de entrevistado | Cuantitativa discontinua | Independiente | Numero personas | Ordinal | | | Ficha de recolección de datos |
| Nivel educativo | Grado de educación que tiene el entrevistado al momento de la encuesta | Cualitativa poltómica | Independiente | | Ordinal | Inicial (iletrados) Primaria Secundaria Superior (universitaria y no universitaria) | | Ficha de recolección de datos |
| Condición laboral | situación laboral actual | Cualitativa | Independiente | | Nominal | Empleado (trab. Dep.) | | Ficha de recolección de datos |

| | | | | | | | | |
|---|---|--------------------------|---------------|--------|---------|--|--|-------------------------------|
| | del entrevistado | dicotónica | | | | Trabajador independiente Desempleado Estudiante Amante de casa Jubilado | | |
| Ingreso familiar | Total de ingresos de una familia | Cuantitativa continua | Independiente | Soles | Razón | Nivel A Nivel B Nivel C Nivel D Nivel E | S/.10.720 S/. 2.990 S/.1.420 S/.1.030 S/.730 | Ficha de recolección de datos |
| Grado de Hipertensión arterial | Grados de HA según la AAC al momento de la encuesta | Cualitativa poltómica | Independiente | mmHg | Ordinal | Leve Moderada Severa | 140-59/90-99 160-79/100-109 >180/>110 | Ficha de recolección de datos |
| Tiempo de enfermedad | Años desde el inicio del diagnóstico | Cuantitativa continua | Independiente | Años | Razón | | | Ficha de recolección de datos |
| Medicación | Número de medicamentos que toma el entrevistado | Cuantitativa discontinua | Independiente | Numero | Razón | | | Ficha de recolección de datos |
| Frecuencia diaria de dosificación medicamentosa | número de veces al día que toma la medicación | Cuantitativa discontinua | Independiente | | Razón | | | Ficha de recolección de datos |
| Tiempo de tratamiento farmacológico | Años que el entrevistado ha tomado medicamentos | Cuantitativa | Independiente | Años | Razón | | | Ficha de recolección de datos |

| | | | | | | | | |
|---------------------------|--|------------------------|---------------|--|---------|---|---------------------------------------|-------------------------------|
| Comorbilidad | Presencia de otras (s) enfermedades simultáneamente o coexistentemente | Cualitativa politémica | Independiente | Puntuación según Índice de Charlson | Ordinal | Alta Baja Ausencia | >3 2-1 0 | Ficha de recolección de datos |
| Adherencia al tratamiento | Cumplimiento del tratamiento prescrito | Cualitativa dicotómica | Dependiente | Puntuación obtenida a través del Test de Morisky Green | Nominal | No adherente Adherente | 0-3 puntos 4 puntos | Ficha de recolección de datos |
| Depresión | Sintomatología depresiva según PHW 9 al momento de la encuesta | Cualitativa dicotómica | Independiente | Puntuación obtenida a través del Test de depresión PHQ-9 | Ordinal | Sin depresión Leve Moderada Severa Muy Severa | 0-4 5-9 10-14 15-19 20-27 | Ficha de recolección de datos |

2. Matriz de consistencia

| Título | Pregunta de Investigación | Objetivos | Hipótesis | Tipo y diseño de estudio | Población de estudio y procesamiento de datos | Instrumento de recolección |
|--|---|--|---|---|--|---|
| Asociación entre la sintomatología depresiva y la baja adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes ambulatorios de un hospital de lima | ¿Existe una asociación entre la presencia de sintomatología depresiva y la baja adherencia al tratamiento antihipertensivo en la población de adultos con HTA que reciben tratamiento ambulatorio en el Hospital Dos de Mayo? | General: Identificar asociación entre la presencia de sintomatología depresiva y la baja adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes adultos mayores de 18 años con HTA que acuden a consulta externa en Hospital Dos de Mayo. Específico: -Describir la proporción de características de la población de adultos mayores | Hipótesis Nula: No existe asociación entre la sintomatología depresiva y la baja adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes adultos ambulatorios de un hospital de Lima Hipótesis Alternativa: Existe asociación entre la sintomatología depresiva y la baja adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes adultos ambulatorios | Estudio de tipo observacional descriptivo transversal correlacional | Pacientes hipertensos adultos que acuden de forma ambulatoria a los consultorios de Cardiología del Hospital Dos de Mayo. El análisis descriptivo y analítico se realizará con programa SPSS. | Encuesta, test de Morisky-Green, test PHQ-9 |

| | | | | | | |
|--|--|---|---------------------------------|--|--|--|
| | | hipertenso con sintomatol a depresiv -Identificar los niveles adherencia terapéutica en pacient adultos mayores hipertenso -Calcular la asociación entre la presencia sintomatol a depresiv los niveles adherencia tratamiento antihiperte vo | s de un hospital de Lima. | | | |
|--|--|---|---------------------------------|--|--|--|

3. Instrumento de recolección de datos:

Encuesta

Marque con una X los siguientes ítems y responda las siguientes preguntas:

Sexo: Femenino ____ Masculino ____ Edad: ____ años

Distrito de procedencia: _____

Estado civil:

Soltero ____ Casado ____ Viudo ____

Divorciado ____ Conviviente ____

Número de personas que vive con usted: _____

Nivel educativo:

Inicial ____ Primaria ____ Secundaria ____ Superior (universitaria o no universitaria) ____

Condición laboral:

Empleado (trabajador dependiente) ____ Trabajador independiente ____

Desempleado ____ Estudiante ____

Ama de casa ____ Jubilado ____

Ingreso familiar promedio en los últimos 6 meses: _____

Número de medicamentos que toma para la hipertensión: _____

Número de veces que toma el medicamento antihipertensivo al día: ____

Número de años desde que fue diagnosticado con hipertensión arterial: _____

Número de años desde que toma medicamentos antihipertensivos: _____

Puntaje de la Escala de Comorbilidad de Charlson: _____

Presión arterial sistólica: _____ Presión arterial diastólica: _____

Test de Morisky-Green:

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos? SI ____ NO ____

2. ¿Toma los fármacos a la hora indicada? SI ____ NO ____

3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos? SI ____ NO ____

4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación? SI ____ NO ____

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE (PHQ-9)

| Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un "X" para indicar su respuesta) | Ningún día | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
|---|------------|-------------|-----------------------------|---------------------|
| 1. Poco interés o placer en hacer cosas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Sin apetito o ha comido en exceso | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera | 0 | 1 | 2 | 3 |

10. Si contestó afirmativamente a cualquiera de los problemas en el cuestionario, ¿cuánta dificultad le han causado estos problemas en el trabajo, al atender su hogar o llevarse bien con otras personas?

Ninguna Dificultad _____ Alguna Dificultad _____

Mucha Dificultad _____ Muchísima Dificultad _____

4. Consentimiento informado

PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

El propósito del presente protocolo es proveer a los y a las participantes en esta investigación, una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol que tienen en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Gianella Alexandra López Zelada y María Victoria Yauri Santiago, alumnas de quinto año de la Sección de Pregrado de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres. El objetivo de este estudio es determinar la asociación entre la sintomatología depresiva y la baja adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes ambulatorios de un hospital de lima en el 2019.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder a una encuesta, la cual le tomará 15 minutos de su tiempo.

Su participación es netamente voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito externo de los que está contemplado en esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas, no se le pedirá identificación alguna. Una vez se hayan vaciado los cuestionarios, estos se destruirán.

Si tuviera alguna duda respecto al desarrollo de esta investigación, usted es libre de plantear preguntas que considere pertinentes en cualquier momento durante su participación en el mismo. Además, puede negarse a participar o finalizar su participación y retirarse de esta investigación en cualquier momento del estudio sin que esto lo (a) perjudique en ninguna forma. Si llegara a sentirse incómoda o incómodo, frente a alguna de las preguntas, puede hacérselo saber al investigador o de no responderlas. De tener preguntas sobre su participación en este estudio, puede contactar a Gianella Alexandra López Zelada al teléfono 996 666 265 y/o María Victoria Yauri Santiago al teléfono 995 284 030.

Desde ya le agradecemos su participación.

Yo, _____ doy mi consentimiento para participar en esta investigación conducida por Gianella Alexandra López Zelada y María Victoria Yauri Santiago y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria.

He sido informado(a) de que el objetivo de este estudio es determinar la asociación entre la sintomatología depresiva y la baja adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes ambulatorios de un hospital de lima en el 2019.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios lo cual tomará aproximadamente 15 minutos.

Al firmar este protocolo estoy de acuerdo con que mis datos personales, incluyendo datos relacionados a mi salud física y mental o condición, y raza u origen étnico, puedan ser usados según lo descrito en la hoja de información que detalla la investigación en la que estoy participando.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto represente perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que recibiré una copia de esta ficha de consentimiento e información del estudio me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste se haya concluido. Para esto, puedo contactar a Gianella Alexandra López Zelada y María Victoria Yauri Santiago al teléfono anteriormente mencionado.

Dentro de los beneficios está la contribución al desarrollo de la investigación, la cual servirá de aporte científico a la mejora continua con resultados que podrán extenderse a ámbitos nacionales, a partir de una universidad de Lima Metropolitana.

Nombre completo del participante

Firma

Fecha

Nombre del Investigador

Firma

Fecha