

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**RELACIÓN ENTRE PSICOEDUCACIÓN Y ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO EN ADULTOS CON DEPRESIÓN EN EL
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL HONORIO DELGADO
– HIDEYO NOGUCHI 2018-2023**



MARIA SOLEDAD CARAZAS VERA

ASESORA

CARMEN ROJAS JULIAN

LIMA- PERÚ

2024



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**RELACIÓN ENTRE PSICOEDUCACIÓN Y ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO EN ADULTOS CON DEPRESIÓN EN EL
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL HONORIO
DELGADO – HIDEYO NOGUCHI 2018-2023**

TESIS

**PARA OPTAR
EL GRADO ACADEMICO DE MAESTRA EN MEDICINA**

**PRESENTADA POR
MARIA SOLEDAD CARAZAS VERA**

**ASESORA
DRA. CARMEN ROJAS JULIAN**

LIMA, PERÚ

2024

JURADO

Presidente: José Francisco Parodi García, doctor en Medicina

Miembro: Mauro Rivera Ramírez, doctor en Gestión en Salud y en Educación

Miembro: Raúl de Lama Morán, magíster en Psicología Clínica

A mis hijas por enseñarme día a día a ser mejor persona y acompañarme en la gestión de un país más equitativo y empático para todos, por enseñarme a través de su amor la tolerancia y el afecto incondicional; a mi esposo por acompañarme, alentarme y empujarme en este viaje; a mi madre y padre por siempre ser un modelo y apoyo; a mis pacientes por enseñarme, día a día, a ver el mundo de diferentes ángulos.

AGRADECIMIENTOS

A Carmen Rojas Julián, doctora en Medicina y Gobernabilidad, por la asesoría temática.

A Paulo Ruiz Grosso, maestro en Epidemiología con mención en Métodos Cuantitativos, por sus consejos y guía en la realización de este trabajo.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Resumen	vi
Abstract	vii
Reporte de similitud de Turnitin	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	8
III. METODOLOGÍA	20
IV. RESULTADOS	26
V. DISCUSIÓN	33
VI. CONCLUSIONES	38
VII. RECOMENDACIONES	39
FUENTES DE INFORMACIÓN	40
ANEXOS	

RESUMEN

La depresión es un problema de salud pública, ocasiona discapacidad y disminución de la calidad de vida. El objetivo fue determinar la relación entre psicoeducación estructurada y la adherencia al tratamiento en adultos con depresión atendidos en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi (INSM). El estudio fue observacional, analítico, retrospectivo, transversal, se revisaron las historias clínicas de 536 pacientes adultos con diagnóstico de algún trastorno depresivo (TD) hasta su última atención. Participaron 268 expuestos a psicoeducación y 268 no expuestos. Tras el análisis, se evidenció que existe asociación significativa entre psicoeducación estructurada y adherencia al tratamiento ($\chi^2= 125.26$; $p= 0,000$). También, se encontró asociación entre abandono del tratamiento y no haber recibido psicoeducación estructurada. Se adhirieron al tratamiento 40.1 % de personas con TD, el 57.6 % asistieron regularmente a sus citas médicas, el 72% abandono el tratamiento durante su seguimiento, 40.3 % se adhirieron a la psicoeducación. La edad, el estado civil y la ocupación y comorbilidad se asociaron a la adherencia al tratamiento. Se concluyó que la adherencia al tratamiento es baja en nuestros pacientes y el abandono durante el seguimiento es alto. Por lo anterior, es importante la psicoeducación estructurada y en mayor medida la psicoeducación individual, ya que logran mayor adherencia y menor abandono del tratamiento. Los factores relacionados con mayor adherencia al tratamiento fueron edad mayor a 60 años, estado civil casado, dedicarse a las labores del hogar y tener una comorbilidad física.

Palabras clave: Psicoeducación, adherencia, depresión, intervención psicoeducativa, tratamiento

ABSTRACT

Depression is a public health problem, it causes disability and decreased quality of life. The objective was to determine the relationship between structured psychoeducation and adherence to treatment in adults with depression treated at the National Institute of Mental Health Honorio Delgado - Hideyo Noguchi (INSM). The study was a observational, analytical, retrospective, transversal, the clinical records of 536 adult patients with a diagnosis of a depressive disorder (DD) were reviewed until their last care. 268 exposed to psychoeducation and 268 not exposed participated. After the analysis, it was evident that there is a significant association between structured psychoeducation and adherence to treatment ($\chi^2= 125.26$; $p= 0.000$). An association was also found between abandoning treatment and not having received structured psychoeducation. 40.1% of people with DD adhered to the treatment, 57.6% regularly attended their medical appointments, 72% abandoned treatment during their follow-up, 40.3% adhered to psychoeducation. Age, marital status and occupation and comorbidity were associated with treatment adherence. It was concluded that adherence to treatment is low in our patients and dropout during follow-up is high. For this reason, structured psychoeducation and, to a greater extent, individual psychoeducation are important, since they achieve greater adherence and less abandonment of treatment. The factors related to greater adherence to treatment were age over 60 years, married marital status, doing housework, and having a physical comorbidity.

Keywords: Psychoeducation, adherence, depression, intervention psychoeducational, treatment

NOMBRE DEL TRABAJO

RELACIÓN ENTRE PSICOEDUCACIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADULTOS CON DEPRESIÓN EN EL INSTITUTO N

AUTOR

MARIA SOLEDAD CARAZAS VERA

RECuento DE PALABRAS

14121 Words

RECuento DE CARACTERES

80421 Characters

RECuento DE PÁGINAS

62 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

2.3MB

FECHA DE ENTREGA

Sep 6, 2024 4:22 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Sep 6, 2024 4:23 PM GMT-5

● **15% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 15% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 4% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado

I. INTRODUCCIÓN

1. Descripción de la situación problemática

La depresión es una patología prevalente, causante de gran discapacidad; por tanto, un problema de salud pública, que disminuye la funcionalidad y la calidad de vida de las personas que la padecen; así mismo, aumenta la carga del sistema de salud. Está catalogada como la tercera enfermedad dentro de las que conforman la carga global de enfermedad en el mundo y, de acuerdo, con algunas proyecciones sería la principal causa de discapacidad para 2030 ⁽¹⁾. La depresión frecuentemente se presenta comórbida a otras patologías, lo que complica la evolución, adherencia al tratamiento; así mismo afectando el pronóstico ⁽²⁾.

La depresión afecta al 5 % de los adultos en el mundo; es decir, a 280 millones de personas. Este trastorno, frecuentemente crónico y recurrente, puede complicarse y llevar al suicidio a la persona que la padece. Cada año, se suicidan más de 800 000 personas ^(3,4).

En Latinoamérica, afecta también al 5 % de la población adulta en promedio, pero, lamentablemente, el 60 a 75 % no recibe tratamiento, debido a servicios inapropiados, falta de personal capacitado en atención primaria, mala organización de la red de atención en salud mental y el gran estigma social asociado a los trastornos mentales ^(3,5).

En Perú, las cifras tampoco son alentadoras; la depresión es el trastorno mental más común, lo sufren aproximadamente 1 700 000 personas, 46 % de los casos son población adulta. En Lima Metropolitana, 6 % de los adultos sufre un episodio depresivo; y la depresión es la causante del 60-80 % de suicidios en nuestra ciudad ^(6,7,8). Con la pandemia, los casos de depresión se han incrementado y, lamentablemente, también, los suicidios.

En el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi (INSMHD-HN); durante el año 2021, se realizaron 30 773 atenciones de personas en el área de Consulta Externa de adultos y adultos mayores y el grupo de personas

que se atendieron con diagnóstico de depresión fue 8260 aproximadamente, que constituyen el 22.3 % del total de diagnósticos de los pacientes atendidos en ese periodo; esta información brindada por la oficina de Estadística e Informática del INSM muestra una vez más la alta frecuencia de presentación de esta patología. La depresión es una enfermedad tratable. Un diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno y eficaz son muy importantes ^(7,9).

Basándonos en diferentes guías de práctica clínica, el tratamiento farmacológico, psicoterapéutico y las intervenciones psicoeducativas/psicoeducación son eficaces en el tratamiento de la depresión ^(7,9,10,11); así mismo, han mostrado beneficios en la calidad de vida de los pacientes ⁽⁶⁾. Se evidencia que los antidepresivos son eficaces y seguros en el tratamiento de la depresión, pero la tasa de adherencia a la medicación es baja. En este grupo de pacientes, el 30 % retira el tratamiento antes del tiempo señalado por su médico ⁽¹¹⁻¹⁶⁾.

La adherencia temprana es muy importante para el éxito terapéutico; las consecuencias de la falta de adherencia a antidepresivos son las recaídas, recurrencias, cronicidad de la enfermedad, malos resultados psicosociales e incremento del número de suicidios ⁽¹⁶⁻¹⁹⁾. Por lo tanto, la falta de cumplimiento del tratamiento indicado no permitirá una buena evolución de nuestro paciente ^(13,18). Aún peor, el abandono al tratamiento antidepresivo se debe a múltiples factores, como la desinformación, los efectos secundarios, pobre respuesta, factores culturales, etc. ^(13,14,16-18,20-22).

Hay que recordar que la Organización Mundial de la Salud define la adherencia terapéutica como el grado en que la conducta de una persona (toma de medicación, cumplimiento de régimen dietético, cambios en el estilo de vida, etc.) se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria ^(7,16). Es importante aplicar diversas estrategias para mejorar la adherencia a los antidepresivos y disminuir el abandono al tratamiento; dentro de estas, se encuentra dar más información sobre la enfermedad a los pacientes y allegados; es decir, la psicoeducación, garantizar el acompañamiento, entre otras estrategias ^(7,11-13,20).

La psicoeducación o intervención psicoeducativa es una intervención, en la que se brinda información al paciente y en algunos casos a los familiares, sobre la enfermedad, tratamiento, y el proceso de la enfermedad facilita la comprensión del trastorno que sufre o que sufre su familiar ⁽²³⁻²⁵⁾. La psicoeducación, también, ayuda a la disminución de la estigmatización de los trastornos psiquiátricos y a disminuir las barreras para el tratamiento ⁽²³⁾. Existe evidencia científica que respalda la efectividad de la psicoeducación en el tratamiento y prevención de diferentes trastornos mentales, mejorando la adherencia y el pronóstico ^(23,24,26,27).

Existen diferentes guías de práctica clínica internacionales que recomiendan las intervenciones psicoeducativas en depresión mayor como el primer eslabón del tratamiento; APA, 2010; NICE 2022, Colombia 2013^(11,28,29). La psicoeducación en depresión ha demostrado reducción de síntomas depresivos, mejora la adherencia al tratamiento, reduce el riesgo de recaídas o recurrencias, ayuda en la prevención ^(10,27,30-32). Esta intervención es costo-efectiva y requiere capacitación mínima, así como baja inversión presupuestaria para su realización ⁽¹⁰⁾.

A pesar de la evidencia científica internacional, aún son pocos los estudios científicos que ratifican la eficacia de esta intervención, en esta patología, en adultos en nuestro país.

Por lo señalado anteriormente, se realizará una investigación con el objetivo de determinar la relación entre participar en psicoeducación estructurada y la adherencia al tratamiento en pacientes adultos con depresión mayor atendidos en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi entre enero de 2018 y mayo 2023.

2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre participar en psicoeducación estructurada y la adherencia al tratamiento en pacientes adultos con depresión mayor atendidos en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi, entre enero de 2018 y mayo 2023?

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Determinar la relación entre participar en psicoeducación estructurada y la adherencia al tratamiento en pacientes adultos con depresión mayor atendidos en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi, entre los años 2018- 2023.

3.2 Objetivos específicos

Establecer la relación entre participar en psicoeducación estructurada y el abandono al tratamiento en pacientes adultos con depresión mayor.

Determinar la relación entre los factores sociodemográficos y la adherencia al tratamiento en pacientes adultos con depresión mayor.

Definir la relación entre comorbilidades/tipo de financiamiento y adherencia al tratamiento en pacientes adultos con depresión mayor.

Evaluar la relación entre el tipo de psicoeducación (individual y grupal) y la adherencia al tratamiento en pacientes adultos con depresión mayor.

Evaluar la relación entre el tipo de psicoeducación (individual y grupal) y el abandono al tratamiento en pacientes adultos con depresión mayor.

4. Justificación de la investigación

4.1. Importancia de la investigación

Debido a la alta frecuencia de presentación de depresión en el país, en Lima, y por consiguiente en el área de consulta externa del INSM HD-HN, es importante tener diferentes estrategias terapéuticas que sean efectivas en el tratamiento del trastorno depresivo mayor. Como ya se ha comentado, la efectividad de la psicoeducación en pacientes con depresión, en el primer nivel de atención, ha sido probado en diferentes países, por lo que diferentes guías de práctica clínica recomiendan esta intervención como inicio del tratamiento en pacientes con esta patología ^(7,9,10,11,25). En la última guía de práctica clínica, elaborada por el Ministerio de Salud del Perú, presentada el año pasado ⁽⁷⁾, recomienda, también, esta

intervención en pacientes con depresión desde la intensidad leve hasta la severa, así como realizarla en los diferentes niveles de atención en salud.

La falta de adherencia al tratamiento expone a los pacientes a tratamientos inefectivos, costosos, mayor cantidad de recaídas, debido al aumento de las visitas a emergencias y la necesidad de hospitalización. La literatura científica señala que la falta de adherencia a la medicación es tres veces mayor en personas que padecen depresión en comparación con otros trastornos ⁽¹⁶⁾.

Evaluar la adherencia, irregularidad y / o abandono del tratamiento en los pacientes con depresión permitirá conocer la cantidad de pacientes que no se adhieren al tratamiento en nuestro nosocomio, los efectos de la intervención psicoeducativa en la adherencia al tratamiento de nuestros pacientes. Así mismo, este estudio permitirá valorar los factores asociados a la adherencia terapéutica para tenerlo en cuenta al momento del tratamiento de los pacientes con depresión e informará sobre las comorbilidades y financiamiento que se asocian a mayor adherencia al tratamiento.

La literatura señala que la psicoeducación mejora la adherencia al tratamiento de los pacientes, disminuye por consiguiente la frecuencia de recaídas, lo que se traduce en una disminución de las atenciones de salud, en nuestro sistema saturado; también, habría una disminución del uso de servicios psiquiátricos en la comunidad y en centros especializados, así como una disminución del número de hospitalizaciones, como lo describen Agaard, López et al. ^(10,30,32,33). Este estudio permitirá evidenciar el tipo de asociación entre la adherencia terapéutica y la intervención psicoeducativa que se brinda en la institución a pacientes adultos con depresión.

4.2 Viabilidad y factibilidad

En el área de Consulta Externa de adultos del Instituto Nacional de Salud Mental, INSM HD-HN, se trata a los pacientes con depresión; teniendo en cuenta la severidad de su trastorno, si lo requieren, reciben tratamiento farmacológico y tratamiento psicoterapéutico. Así mismo, se añade tratamiento psicoeducativo individual o grupal. Las intervenciones psicoeducativas grupales son realizadas por

el equipo multidisciplinario: Los médicos-psiquiatras, psicólogos, trabajadoras sociales y el personal de enfermería. Las intervenciones individuales las realiza enfermería. Todo el personal del área está capacitado en temas relacionados a salud mental y realizan esta práctica como parte de su jornada habitual. Se cuenta con el espacio físico para las intervenciones individuales y grupales, el personal capacitado y algunos materiales físicos que se distribuyen entre los asistentes a psicoeducación y a consulta externa. Estos grupos de psicoeducación se iniciaron en el año 2018 y siguen hasta la actualidad.

Así mismo, el Instituto Nacional de Salud Mental tiene como misión la realización de investigación especializada; actualmente, se vienen desarrollando y liderando varias investigaciones científicas relacionadas. Por lo anterior, se contó con las facilidades para llevar a cabo esta investigación.

Es importante conocer el efecto que tiene la psicoeducación sobre la adherencia terapéutica en los usuarios con quienes uno trabaja. Por lo anterior, se considera que la jefatura y la dirección del INSM HD-HN brindó el apoyo para la realización de esta investigación.

5. Limitaciones del estudio

La extrapolación de los resultados está limitada a pacientes adultos que acuden al área de Consulta Externa del INSM y son tratados por los médicos de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada de Adultos y Adultos Mayores (DEIDAE AAM) con el diagnóstico de depresión. El INSM HD-HN es el hospital de referencia de los establecimientos de menor nivel de complejidad de la zona norte de Lima y, en general, la población que se atiende padece mayoritariamente de patología compleja; es importante, también, recordar que, durante la pandemia, muchos centros de salud y de salud mental comunitarios estuvieron cerrados, por lo que varios pacientes acudieron a nuestra institución y empezaron tratamiento de patologías menos complejas; en muchos casos, dichos tratamientos continúan hasta la actualidad, por lo que, con cautela, se podría ampliar la representatividad a este medio.

Los pacientes que recibieron los diferentes tipos de psicoeducación no fueron distribuidos aleatoriamente en cada grupo, sino que por épocas se optó por una u otro tipo de intervención. La psicoeducación que se imparte en el INSM es una intervención grupal o interpersonal que es impartida por el equipo multidisciplinario, o parte de él, en la que se ha tenido en cuenta programas internacionales y revisión bibliográfica para su elaboración. Esta intervención no es necesariamente igual que otras que se imparten en otros centros de atención en salud, que pueden tener mayor número de atenciones. En este trabajo, se ha adaptado el número de sesiones de acuerdo a la población.

Por último, es importante señalar que, al tomar los datos de la historia clínica, física y electrónica, se trabajó con registros existentes en las mismas y dependemos de lo registrado por los profesionales que evaluaron a los pacientes, por lo que podría faltar información o ser ilegible.

Por todo lo expuesto, se puede señalar que se podría encontrar sesgo de selección, ya que parte de nuestro grupo de casos no fue aleatorizado y podría haber alguna característica, por lo que los participantes fueron asignados a la intervención o no intervención; por ejemplo: Casos más severos, estar cognitivamente más conservados. Sesgo de confusión por una sobre o subestimación de la asociación real. Cuando se observa una asociación no causal entre la exposición y el evento en estudio o cuando, no se observa una asociación real entre la exposición y el evento en estudio por la acción de una tercera variable que no es controlada. Podrían intervenir variables confusoras que no se tuvieron en cuenta. También, se podría presentar sesgo de información, falta de datos en las historias clínicas de donde se recopilará la información.

II. MARCO TEÓRICO

1. Antecedentes de la investigación

Existen investigaciones científicas realizadas en relación con la psicoeducación complementaria al tratamiento farmacológico, su repercusión en la adherencia terapéutica y su impacto en la calidad de vida del paciente. Revisaremos la evidencia científica al respecto del tema, a nivel internacional y nacional.

Kunz-Lomelin A. et al., en 2022 publicaron una investigación, cuyo objetivo fue informar sobre la adherencia a los antidepresivos entre los hispanos que buscaron atención por salud mental en una clínica comunitaria de atención primaria en Texas, como parte de un estudio financiado por el Instituto Nacional de Salud. A 69 pacientes se les recetó antidepresivos como parte de un modelo de atención médica integral. La adherencia se midió con el cuestionario de adherencia del paciente validado en dos ítems. Se analizó la adherencia del paciente en dos momentos: Semana 4 y semana 13 y se utilizó la regresión logística para identificar factores que puedan aumentar o disminuir la probabilidad de adherencia al tratamiento.

La falta de adherencia a los antidepresivos fue de 49.3 % a las cuatro semanas y del 57 % a las 13 semanas posterior al inicio del tratamiento. Los análisis de regresión logística revelaron que la edad era el único predictor significativo de la falta de adherencia a los antidepresivos. A medida que aumentó la edad, la probabilidad de adherencia aumentó en un 12.2 % a las 13 de semanas después del inicio del tratamiento y un 11.1 % a las cuatro semanas después del inicio del tratamiento. Se concluyó que la probabilidad de que los pacientes hispanos siguieran la terapia antidepresiva aumentó con la edad del paciente. Dado que la atención primaria es el lugar más probable donde se prescriba antidepresivos a pacientes hispanos, es esencial realizar más investigaciones para comprender mejor el cumplimiento ⁽¹⁴⁾.

Solmi M et al., en 2021, elaboraron un trabajo sobre cómo mejorar la adherencia a los antidepresivos en el manejo de la depresión. Se ejecutó una revisión de la literatura con el objetivo de buscar los factores que influyen en la adherencia a los

antidepresivos y se discutieron estrategias para promover la adherencia a los mismos. Se concluyó que los factores relacionados con el paciente asociados con la falta de adherencia a los antidepresivos incluyen edad más joven, comorbilidades psiquiátricas y médicas, deterioro cognitivo y trastornos por uso de sustancias; los factores relacionados con el comportamiento del prescriptor incluyen el descuido de los antecedentes médicos y familiares, la selección de antidepresivos mal tolerados o regímenes antidepresivos complejos; así mismo, las intervenciones multidisciplinarias dirigidas tanto al paciente como al prescriptor, destinadas a mejorar la adherencia a los antidepresivos, incluyen psicoeducación y proporcionar al paciente intervenciones conductuales claras para prevenir/minimizar la mala adherencia.

Se efectuaron, también, 10 recomendaciones clínicas que incluyen puntos que se centran en el paciente: Alianza terapéutica, anamnesis adecuada, medición de los síntomas depresivos y mejora del acceso a la atención clínica por efectos adversos; otros se centran en la práctica de prescripción: Psicoeducación, elección individual de antidepresivos, régimen simplificado; otros en los servicios de salud mental: Acceso mejorado a la atención de salud mental, incentivar la promoción y monitoreo de la adherencia; y, por último, una relacionada a la medición de la adherencia: Medir la adherencia con escalas y/o monitoreo del dosaje en sangre) ⁽¹⁶⁾.

Chawa M et al., en 2020, investigaron la fuerza de asociación entre los factores socioeconómicos, la raza/etnia y las percepciones de los pacientes con la adherencia a la medicación en individuos con depresión. Respondieron la encuesta 1573 pacientes; 1209 pacientes habían usado antidepresivos en los últimos 12 meses y fueron los reclutados al estudio. Se usó el cuestionario de creencias sobre los medicamentos, y la adherencia a los medicamentos se evaluó mediante la escala de adherencia a la medicación de Morisky. Se encontró que una menor preocupación por los medicamentos y sus efectos secundarios se asoció con una mayor adherencia a la medicación. La asociación siguió siendo significativa después del ajuste por edad, raza, nivel de educación y uso extra médico de otros medicamentos o sustancias. Los pacientes con edad avanzada y menor nivel educativo, blancos no hispanos y que no tenían uso extra médico de otros medicamentos/sustancias, tenían más probabilidades de adherirse a los medicamentos. Se concluyó que identificar a los pacientes con mayor riesgo de no

adherencia, tener conversaciones con ellos al principio del tratamiento para comprender sus preocupaciones con respecto a las opciones de tratamiento, ser sensible a las creencias culturales y proceder pacientemente en el proceso de toma de decisiones podría ayudar a garantizar mejores resultados ⁽²¹⁾.

Torres A et al., en 2019, estudiaron los factores asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes con depresión. Fue un estudio analítico observacional prospectivo, en el que participaron 33 pacientes con diagnóstico de depresión mayor recurrente atendidos en un policlínico en el periodo entre enero y diciembre de 2017. El sexo, la edad, la residencia, nivel de escolaridad, ocupación, recursos económicos, nivel de conocimientos de la enfermedad, complejidad del tratamiento, reacciones adversas medicamentosas, costo del tratamiento, orientaciones del médico al paciente, el seguimiento y la relación médico paciente, influyeron en la adherencia al tratamiento, pero no de forma estadísticamente significativa. Se concluyó que el cumplimiento del tratamiento no farmacológico y farmacológico fueron los factores asociados estadísticamente significativos a la adherencia al tratamiento en pacientes con depresión ⁽²²⁾.

Márquez R, en 2017, presentó un trabajo de investigación sobre el estudio de la adherencia al tratamiento en pacientes con depresión, analizando los distintos factores que pueden afectar la adherencia al tratamiento antidepresivo y las posibles estrategias de mejora para el cumplimiento terapéutico. Se ejecutó una revisión de la literatura con el objetivo de buscar los factores que influyen en la adherencia a los antidepresivos y las posibles estrategias para promover la adherencia. La edad, el entorno cultural y social del paciente, educación, raza, religión, nivel económico y personalidad condicionan el resultado del tratamiento. Los efectos adversos, las características del principio activo, el tipo de medicación, uso de psicoterapia asociada y el costo del medicamento utilizado afecta en la adherencia del paciente. La actitud del paciente frente al tratamiento, falta de tiempo en la comunicación médico-paciente, las dificultades en la comunicación entre ambos influyen en el abandono del régimen terapéutico. Se concluyó que una adherencia óptima repercute en una mejora de la calidad y de la esperanza de vida, así como en el perfil de seguridad de los tratamientos y en la evolución de las enfermedades. La falta de adherencia al tratamiento antidepresivo se ve afectado por múltiples factores y ello conlleva una serie de consecuencias, lo que produce el

empeoramiento del paciente, lo que se traduce en un aumento de recaídas y recidivas ⁽³³⁾.

Aagaard J. et al., en 2017, presentaron una investigación sobre la eficacia del tratamiento habitual complementado con un programa psicoeducativo para pacientes con depresión recurrente: un ensayo aleatorizado con un seguimiento de dos años. En el estudio, participaron 80 pacientes los que fueron aleatorizados, ingresados a un programa psicoeducativo, de ocho sesiones cada una de dos horas de duración y seguimiento por dos años: Casos o solo seguimiento ambulatorio de dos años: Controles). Todos los pacientes fueron monitoreados por dos años después de la aleatorización. Se encontró, a los dos años, una reducción significativa en el uso de los servicios de hospitalización psiquiátrica y en la escala BDI (Beck Depression Inventory), en casos y controles. El abandono o incumplimiento del tratamiento fue significativamente más frecuente entre los pacientes asignados al grupo control. Durante el seguimiento del grupo de casos, se obtuvo un apego significativamente más fuerte al mercado laboral que el grupo control ⁽³⁰⁾.

Vuorilehto M et al., en 2016, ejecutaron un estudio sobre el tratamiento farmacológico y psicosocial de la depresión en atención primaria: Baja intensidad, mala adherencia y continuidad. En la ciudad de Vanta, a 1111 pacientes se les hizo un tamizaje para detectar depresión con Prime-MD, 137 fueron diagnosticados con trastornos depresivos través de entrevistas estructuradas. Unos 100 pacientes con trastorno depresivo mayor o con remisión parcial fueron seguidos por 18 meses, así como sus contactos y proveedores de tratamiento.

El número mediana de visitas de los pacientes al médico general durante el seguimiento fue de cinco, dos de ellas fueron por depresión. Se ofreció tratamiento antidepressivo al 82 % de los pacientes, solo el 50 % inició el tratamiento y lo cumplió adecuadamente. Se ofreció apoyo psicosocial al 49 %, pero solo el 29 % se adhirió a las intervenciones. Las razones atribuidas a la mala adherencia fueron múltiples, incluida la actitud negativa, los efectos secundarios, los obstáculos prácticos y la falta de necesidad percibida. Aproximadamente, un cuarto (23 %) de los pacientes fueron referidos a atención especializada en algún momento. Se concluyó que a la mayoría de los pacientes con depresión en atención primaria se les ofreció

farmacoterapia, apoyo psicoterapéutico o ambos. Sin embargo, la eficacia de estos esfuerzos se vio limitada por la falta de seguimiento sistemático y la mala adherencia tanto a la farmacoterapia como al tratamiento psicosocial ⁽¹⁹⁾.

Kumar K y Gupta M publicaron, en 2015, un estudio sobre la eficacia de la intervención psicoeducativa para mejorar el resultado de la depresión unipolar. El objetivo fue evaluar el impacto de la psicoeducación de los pacientes y sus cuidadores en el resultado de la depresión. Participaron 80 personas deprimidas y se aleatorizó en dos grupos; en el grupo de estudio estuvo un miembro de la familia y a todos se les ofrecieron módulos psicoeducativos estructurados individuales y el grupo control recibió asesoramiento de rutina.

Los participantes recibieron farmacoterapia de rutina, asesoramiento del médico tratante y fueron evaluados en la semana 2, 4, 8 y 12 utilizando la escala de calificación de depresión de Hamilton HDRS, la evaluación global de funcionamiento, índice de bienestar general. El grupo de estudio tuvo una mejora constante en términos de medidas de resultados de HDRS, GAF, PGWBI. Se concluyó que la psicoeducación estructurada combinada con la farmacoterapia es una intervención efectiva para las personas con trastornos depresivos. La psicoeducación optimiza el tratamiento farmacológico en depresión en términos de recuperación más rápida, al mejorar la adherencia, reduciendo la gravedad de la depresión y mejora del bienestar subjetivo y el funcionamiento social ⁽³¹⁾.

López V investigó, en 2011, sobre la efectividad de la psicoeducación en la calidad de vida de pacientes con trastorno depresivo mayor. El objetivo fue evaluar la calidad de vida mediante escalas en pacientes con depresión mayor. Se aleatorizaron 100 pacientes adultos con diagnóstico de trastorno depresivo mayor, integrando dos grupos, el primer grupo recibió psicoeducación y el segundo grupo no la recibió. Todos los participantes recibieron manejo convencional, psicofármacos y alguna forma de psicoterapia. Al grupo control se le aplicaron escalas clinimétricas (basal) y dos semanas después se les tomó un nuevo registro mediante una entrevista telefónica. Al grupo de estudio se le aplicaron cuestionarios iniciales, recibieron el programa de psicoeducación y posteriormente se les realizó una entrevista vía telefónica. Se encontró diferencia estadísticamente significativa

entre ambos grupos. Se concluyó que un programa breve de psicoeducación interviene en la calidad de vida de los pacientes con trastorno depresivo mayor ⁽³²⁾.

Ramos J investigó, en 2021, sobre la influencia del programa Volver a Vivir en la depresión geriátrica en un grupo de personas adultos mayores de un centro de atención al adulto mayor. Participaron 20 pacientes adultos mayores seleccionados mediante muestreo no probabilístico intencional. El método utilizado fue el científico, nivel explicativo, diseño preexperimental. Se utilizó la escala de depresión geriátrica abreviada de Yesavage, y la intervención psicoeducativa y psicológica fue a través del programa Volver a vivir”, diseñado por la autora. Los resultados indicaron que el mayor porcentaje de adultos mayores son mujeres, corresponden al grupo etario de intervalo 60 a 69 años. Se concluyó que existe diferencia significativa en los niveles de depresión geriátrica antes y después de la aplicación del programa de intervención psicológica. Recomiendan difundir la aplicación de talleres de intervención dirigidos a mejorar el bienestar emocional de adultos mayores ⁽³⁴⁾.

2. Bases teóricas

Es importante poder definir y esclarecer cada uno de los conceptos que intervienen en la realización de este trabajo, para lograr una mejor comprensión de este, para lo cual se define cada concepto.

La depresión es un trastorno que afecta a aproximadamente a 350 millones de personas en el mundo; es la cuarta causa de carga de enfermedad y la segunda causa de discapacidad entre los hombres y mujeres entre los 15 y los 44 años ⁽²³⁾; como ya se ha mencionado previamente, estas cifras hacen que sea necesario, sobre todo para el personal de salud, conocer sobre esta patología.

Los síntomas fundamentales de las personas con trastorno depresivo mayor/depresión son el ánimo depresivo persistente y la anhedonia o pérdida del interés y de la capacidad de disfrutar, falta de vitalidad. Además, los pacientes pueden referir sentirse abatidos, ansiosos, desesperanzados, desanimados, los pacientes pueden llegar a aislarse y abandonar gradualmente actividades o pasatiempos que antes disfrutaban, reducción significativa del interés sexual, dolores o malestares físicos; también, se presentan con frecuencia la disminución

del apetito, alteraciones en el sueño, inhibición o agitación psicomotriz, el pensamiento, el lenguaje y los movimientos corporales son más lentos, disminución de la energía, cansancio, fatiga, ideas de inutilidad y culpa, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, pensamientos de muerte o ideas suicidas también se pueden presentar en este grupo. Esta sintomatología interfiere con el desempeño de la vida diaria, trabajo, estudios y en el goce de la vida. La sintomatología no se puede atribuir a un efecto fisiológico de una sustancia o afección médica.

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados son los de la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, en su 10ª revisión CIE-10 y los de la clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5). Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados son los de la CIE-10. La CIE-10 define el episodio depresivo/ trastorno depresivo recurrente y lo divide en diferentes grados: Leve, moderado o grave. Los episodios depresivos deben tener una duración mínima de dos semanas ⁽³⁵⁾.

En el episodio depresivo leve están presentes dos o 3 síntomas fundamentales: Estado de ánimo depresivo anormal que persiste la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos dos semanas y la pérdida marcada del interés en actividades comúnmente placenteras. La persona con episodio leve probablemente pueda continuar la mayoría de sus actividades.

En el episodio depresivo moderado, están presentes dos síntomas fundamentales y otros: Pérdida de confianza y estimación de sí mismo, sentimientos de inferioridad, sentimientos de culpa excesiva o inadecuada, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o conducta suicida, disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, indecisión, cambios de actividad psicomotriz, alteraciones en el sueño, alteraciones en el apetito y peso) que deben sumar como mínimo seis síntomas. la persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

En el episodio depresivo grave, existen los tres síntomas fundamentales y otros que suman como mínimo ocho síntomas en total (CIE-10). Las personas con este tipo

de depresión presentan síntomas marcados y, ocasionalmente, pueden presentar síntomas psicóticos que acompañan al cuadro clínico en general.

El tratamiento de la depresión tiene como objetivo alcanzar la remisión de los síntomas y la recuperación funcional total. Para ello, y de acuerdo con la severidad de la enfermedad, se puede optar por: Tratamiento psicoterapéutico, farmacológico y otras intervenciones psicoeducativas ^(7, 6,9,11,25,35). La mayor parte de pacientes con depresión recibirán un tratamiento ambulatorio; los de nivel leve requerirán un tratamiento psicoterapéutico y psicosocial; en aquellos con depresión moderada y severa, el tratamiento de elección es la combinación de agentes farmacológicos, psicosociales y psicoterapia ^(7,9,25,36).

Los antidepresivos son la piedra angular en el tratamiento de la depresión. Existen diversas opciones farmacológicas para el tratamiento de los pacientes con depresión; el grupo de antidepresivos recomendado por la mayoría de las guías de práctica clínica para iniciar el tratamiento son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, entre los que se escogió la mejor opción terapéutica teniendo en cuenta los efectos adversos ^(7,9,12,25,36). Las personas con diagnóstico de depresión deben tomar tratamiento farmacológico continuo durante al menos seis meses una vez producida la remisión de los síntomas; para las personas con diagnóstico de depresión que han tenido dos o más episodios de depresión en cinco años, se sugiere el tratamiento preventivo prolongado ⁽¹²⁾.

El tratamiento antidepresivo tiene como objetivo alcanzar la remisión sintomática y la recuperación funcional total; la efectividad y seguridad del tratamiento farmacológico está probado, la aceptabilidad se mide como la tasa de abandono por cualquier motivo a las indicaciones terapéuticas y no será favorable en la buena evolución de nuestros pacientes ^(12,23). Las tasas de deserción y abandono son una medida de la adherencia. Lamentablemente, existen tasas bajas de adherencia a la medicación antidepresiva; aproximadamente, 30 % de los pacientes retiran el tratamiento antes del tiempo indicado ^(12,22). En los estudios, se reporta que aproximadamente 30 a 40 % de los adultos dejan de tomar el tratamiento antidepresivo dentro del primer mes de inicio del tratamiento; y 45- 60 % lo hace durante los tres meses de su inicio ^(13,22). Sí describen diferentes razones de la baja

adherencia de los pacientes al tratamiento se puede tener en cuenta, dentro de ellas, diversas conductas que comprenden la adherencia: La propagación y mantenimiento de un programa de tratamiento, asistencia a citas de seguimiento, uso correcto de la medicación prescrita, realizar cambios apropiados en el estilo de vida, y evitar conductas contraindicadas ⁽¹⁷⁾. Algunas de las consecuencias de la falta de adherencia en personas con depresión son la recaída y recurrencia sintomática, cronicidad, malos resultados psicosociales y aumento de las tasas de suicidio ⁽¹²⁾.

La psicoeducación está catalogada como una intervención psicosocial. Es reconocida como una parte del tratamiento de los pacientes con depresión, ya que ha probado eficacia en disminuir recaídas depresivas, en mejorar evolución de los episodios, al mejorar la adherencia al tratamiento por consiguiente mejora también el pronóstico del paciente reduciendo los costos sanitarios de la enfermedad ^(7,9,10-12,17,22,23,26,32,36). Esta intervención implica la transmisión de información sobre la enfermedad (etiología, factores de riesgo, clínica, diagnóstico, tratamientos, pronóstico, recaídas, etc.) al paciente y familiares; no siempre se lleva a cabo de forma estructurada y en algunos entornos la inclusión de los familiares no es una práctica habitual ⁽²³⁾. Otros autores definen a la psicoeducación como una aproximación terapéutica que proporciona al paciente y a sus familiares de información específica sobre su enfermedad tratamiento y pronóstico basados en evidencia y relevante para su propia participación ^(24,37).

La psicoeducación surge como una respuesta a la necesidad de un abordaje integral en la enfermedad mental ⁽¹⁷⁾. Esta intervención se usa cada vez más en enfermedades crónicas, el objetivo de la psicoeducación es que el paciente y la familia entiendan y sean capaces de manejar el trastorno ^(13,23,37). Se refuerzan los puntos fuertes, los recursos y las habilidades propias de los pacientes para hacer frente a su situación de salud, para evitar recaídas y contribuir al propio bienestar. Se promueve la autonomía del paciente, se incentiva a practicar el autocuidado y la toma de decisiones informada. Por lo tanto, es importante la participación activa del paciente ^(13,32). La intervención debe abarcar al paciente y a sus cuidadores, pudiendo realizarse de forma individual o en grupos. Es una necesidad su

continuidad, ya que también aquellos que ya la han recibido pueden beneficiarse de actualizaciones periódicas.

Esta intervención facilita la aceptación de la enfermedad tanto de parte de la familia cómo del paciente, así como de las limitaciones que esta pueda ocasionar. El objetivo de la psicoeducación es una colaboración integrativa, activa de parte del paciente y de la familia al tratamiento, y al cambio en el estilo de vida ^(23,32); otros autores formulan que, al entender el mecanismo de la enfermedad, las personas pueden colaborar de manera directa con los cuidados generales y particulares de esta. Algunos autores también mencionan que el contacto más estrecho con la familia asegura una colaboración más confiable, cordial y abre un espacio para intervenciones en las que se mejora la relación y la comunicación entre los integrantes. La psicoeducación cumple también un rol preventivo ⁽²³⁾.

La psicoeducación puede ser impartida de forma individual o grupal, se puede realizar en un entorno hospitalario, comunitario o en el hogar o en atención primaria. Puede ser de duración variable desde días hasta años en función de los contenidos, la patología, el número de miembros y su permanencia en el mismo ^(23,24).

Esta intervención se desarrolla desde décadas atrás y está ampliamente probada su eficacia en pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar, pero a pesar de la evidencia internacional sobre su eficacia en el tratamiento de la depresión no hay evidencia científica que demuestre su utilidad en adultos de nuestra localidad ^(7-11,23,24,26,30,32,36).

En Europa, la psicoeducación en atención primaria ha mostrado su efectividad en la reducción de síntomas depresivos en depresiones leves y moderadas a corto plazo y a largo plazo ^(10,30); asimismo, se ha demostrado que puede ser llevado a cabo por enfermeras comunitarias con una formación previa ⁽¹⁰⁾.

Existen diferentes opiniones con relación a las ventajas de la actividad de forma individual o grupal con relación a costos y resultados clínicos. Las ventajas de la psicoeducación grupal son que el sujeto puede recibir más información del grupo que de una sola fuente (facilitador del grupo), en el grupo se pueden intercambiar

ideas y compartir experiencias similares, el grupo amplía la red de apoyo social, se da la posibilidad de aprendizaje interpersonal, cada integrante puede mejorar su capacidad para afrontar y resolver problemas, mejora la comprensión y la empatía hacia comportamientos de los otros integrantes del grupo, produce un fuerte sentimiento de pertenencia grupal y un gran sentido de solidaridad ^(3,26).

Años atrás, el objetivo del manejo de la enfermedad mental era la contención (hospitalaria, farmacológica, etc.); actualmente, se busca la funcionalidad, independencia del paciente y la mejora en su calidad de vida, en su productividad y en sus relaciones interpersonales.

Se puede definir a la calidad de vida como el grado en el que se experimenta placer y satisfacción, en diversas áreas de la vida (salud física, salud mental, área laboral o escolar, actividades de tiempo libre, relaciones sociales y familiares, y actitud en general) ⁽²³⁾. Múltiples estudios internacionales demuestran la utilidad de la psicoeducación en el manejo integral del paciente con enfermedad mental; se describe efectividad en la mejora de la calidad de vida de los pacientes con problemas de salud mental; incluso, se describe mejoría en la calidad de vida con programas psicoeducativos tipo familia-familia independientemente del tratamiento de base que se le esté proporcionando al paciente ^(15,30,31).

3. Definición de términos básicos

Psicoeducación: Es una intervención psicosocial, en la que se transmite información sobre la enfermedad al paciente y familiares ^(3,17,23).

Depresión/ trastorno depresivo mayor: Es un trastorno, crónico y recurrente que se caracteriza por una tristeza marcada la mayor parte del día y/o disminución del interés o placer por las actividades por lo menos por 2 semanas, que viene acompañada de alteraciones en el peso, alteraciones en el sueño, agitación o retardo psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, disminución de la capacidad para pensar, concentrarse, tomar decisiones, y pensamientos de muerte o incluso ideas suicidas; que causan un deterioro marcado en la funcionalidad social, laboral u otras, y no se deben a una droga u otra afección médica (CIE-10) ⁽³⁵⁾.

Suicidio: Determinación intencional o voluntaria de acabar con la propia vida. Es el resultado de un acto emprendido y ejecutado por una persona, con pleno conocimiento o previsión del desenlace fatal ⁽³⁶⁾.

Respuesta al tratamiento: Punto en el que se inicia la remisión parcial como consecuencia de un tratamiento. Se la define como la disminución igual o mayor al 50% en la puntuación de base de la depresión medida por escala de depresión estandarizada. Si la reducción es entre 25 y 49% de la puntuación inicial se hablaría de respuesta parcial; y si es menor que el 25% de no respuesta ⁽³⁶⁾.

Remisión de síntomas depresivos: Periodo en el que se observa una mejoría sintomática. Se define por un puntaje inferior al punto de corte para depresión en escalas estandarizadas durante la fase aguda, o por retorno al estado previo al inicio de los síntomas ⁽³⁶⁾.

Recuperación: Cuando la remisión se sostiene por un período mayor a 6 meses podremos hablar de una recuperación. Este es el objetivo final del tratamiento.

Calidad de vida: La Organización Mundial de la Salud la define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos como la salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, etc. ⁽²⁴⁾.

Adherencia al tratamiento: La Organización Mundial de la Salud define la adherencia terapéutica como el grado en que la conducta de una persona (toma de medicación, cumplimiento de régimen dietético, cambios en el estilo de vida, etc.) se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. Lograr ésta es un problema, debido a los bajos porcentajes de adherencia en enfermedades crónicas y sobre todo en depresión ^(7,12,16). En los países desarrollados, la adherencia a los tratamientos a largo plazo en la población general es de alrededor de 50 %, y es menor en los países en desarrollo. Entre 40 y 70 % se adhieren a los tratamientos antidepresivos ⁽¹²⁾. Algunos estudios consideran tasas mayores a 80 % como aceptables, mientras otros consideran tasas mayores a 95 % obligatorias para una adherencia adecuada ⁽²⁰⁾.

Abandono al tratamiento: Paciente que inicia tratamiento y lo descontinúa por 30 días consecutivos o más. Incluye al paciente que toma tratamiento por lo menos 30 días y lo descontinúa ⁽¹²⁾.

4. Hipótesis de investigación

Hi: La psicoeducación tiene relación con la adherencia al tratamiento para depresión mayor en pacientes adultos atendidos en el Instituto Nacional de Salud Honorio Delgado - Hideyo Noguchi 2018- 2023.

Ho: La psicoeducación no tiene relación con la adherencia al tratamiento para depresión mayor en pacientes adultos atendidos INSM 2018-2023.

III. METODOLOGÍA

1. Diseño metodológico

Esta investigación es observacional, analítica, retrospectiva, transversal; se estimó la relación entre la adherencia terapéutica y haber tenido intervención psicoeducativa estructurada en pacientes adultos con Trastorno Depresivo Mayor atendidos en consulta externa del INSM Honorio Delgado - Hideyo Noguchi entre enero del 2018 y mayo del 2023 en Lima, Perú.

2. Diseño muestral

Población universo:

Pacientes mayores de 18 años, de ambos sexos con diagnóstico de depresión que se atienden en el área de Consulta Externa de adultos en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, Lima.

Población estudio

Pacientes mayores de 18 años, de ambos sexos, con diagnóstico de depresión efectuado tras evaluación clínica por los psiquiatras teniendo en cuenta la clasificación internacional de enfermedades versión 10 (CIE-10) en el área de consulta externa de adultos de la DEIDAE de Adultos y Adultos Mayores en el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi desde enero 2018 hasta mayo 2023.

Se revisaron las historias clínicas de 536 pacientes que fueron atendidos en la institución

Criterios de elegibilidad

De inclusión

- Personas mayores de 18 años de ambos sexos
- Diagnosticados con trastorno depresivo mayor (F32 episodio depresivo, F32.0 episodio depresivo leve o F32.1 episodio depresivo moderado, F32.2 episodio depresivo severo) según los criterios de la clasificación internacional de

enfermedades 10° revisión (CIE-10: OMS,1992) por los médicos psiquiatras de la DEIDAE.

- Diagnosticados con trastorno depresivo recurrente (con episodio leve presente F33.0, o con episodio moderado presente F33.1, o con episodio depresivo severo F33.2) según criterios CIE-10 por los médicos psiquiatras de la DEIDAE.

De exclusión

- Tener un trastorno mental grave (trastorno bipolar, esquizofrenia).
- Presencia de ideación suicida o intento suicida
- Patología orgánica en fase terminal
- Discapacidad sensorial o cognitiva importante

Tamaño de la muestra

Se calculó el tamaño de la muestra en el programa Openepi.com. Asumiendo una probabilidad de error tipo I y II de 5 y 20 %, respectivamente, una frecuencia de abandono de tratamiento tal como está definido en la sección correspondiente de 20 % y que haya un efecto de reducción de 50 % asociada a participar en un programa de psicoeducación; se estimó un tamaño de muestra de 536 individuos.

Muestreo o selección de la muestra

Los pacientes fueron referidos al Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) desde los centros de salud mental comunitarios, o hospitales de referencia. Se atendieron por primera vez en el área de admisión de pacientes nuevos adultos, se les hizo el diagnóstico, y se los transfirió a los diferentes departamentos (donde se atienden a las personas con trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad y adultos mayores). En cada departamento, los médicos psiquiatras ingresaron a los pacientes a psicoeducación.

En el grupo de expuestos: Desde el año 2018 hasta el año 2020 se desarrollaron grupos de psicoeducación anualmente, grupos que estuvieron a cargo del Departamento en Trastornos Afectivos y fueron impartidos por el equipo multidisciplinario (psiquiatra, psicóloga, enfermera y trabajadora social). Cada grupo tuvo 7 sesiones programadas con anterioridad, cada sesión se realizó en 120 minutos de forma semanal. Se les entregó a los pacientes material que

complementó la información recibida durante las sesiones. Las sesiones se distribuyeron en sesiones informativas de información general sobre la depresión (epidemiología, sintomatología, diagnóstico, evolución, comorbilidades, tratamiento), talleres de autocuidado: hábitos saludables, autorregulación emocional, manejo del estrés, técnicas de resolución de problemas; información sobre comunicación familiar, redes y derechos. Las sesiones han sido inicialmente de forma presencial, pero el año 2020 fueron de forma virtual debido a la pandemia.

Así mismo desde el año 2020 se realiza psicoeducación individual, a cargo del personal de enfermería, intervención que se imparte en sesiones de 1 hora, 3 sesiones en promedio por paciente o de acuerdo con la información que requiera cada paciente, los horarios se coordinan previamente con cada paciente, de acuerdo con su disponibilidad. Inicialmente las reuniones fueron virtuales, pero desde 2022 las intervenciones son también presenciales y se imparten en los diferentes departamentos de adultos (departamento adultos mayores, trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, y departamento de trastornos de personalidad/familia).

En el grupo de no expuestos: Este grupo se conformó por los pacientes que no participaron en la psicoeducación por diferentes razones: se les indicó y se negaron a participar (por motivos laborales, de cuidado de terceros, etc.), aceptaron la indicación, pero no asistieron a los grupos, pacientes que abandonaron el tratamiento y no volvieron a atenderse en la institución. Los que siguieron asistiendo recibieron tratamiento habitual (psicofármacos y orientación general por su médico-psiquiatra).

3. Técnicas y procedimiento de recolección de datos

Instrumento

Ficha de recolección de datos e historias clínicas

Técnica

Técnica de análisis documental; se completó la ficha de recolección de datos revisando las historias clínicas del archivo de estadística del INSM y las historias

clínicas electrónicas de la plataforma de historias clínicas de la institución, MentalCom.

Procedimiento

Los primeros meses del año 2023 se solicitó a la oficina de Estadística e Informática del INSM, un listado con todos los pacientes con diagnóstico de depresión que hayan sido atendidos desde enero 2018 - mayo 2023, que hayan hecho psicoeducación grupal o psicoeducación individual; y otra lista de pacientes con diagnóstico de depresión que hayan sido atendidos por lo menos una vez en el mismo periodo de tiempo y que no hayan recibido psicoeducación estructurada.

El grupo de los expuestos fueron pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, que recibieron tratamiento habitual (psicofármacos y orientación general por el médico psiquiatra), y psicoeducación. Se tomó la información de las historias clínicas de todos los pacientes que ingresaron al programa de psicoeducación grupal los diferentes años, por el pequeño número de participantes en la misma; y en los casos que hicieron psicoeducación individual se eligió de forma aleatoria las historias clínicas de los pacientes.

Para el grupo de los no expuestos, se obtuvo la información de las historias clínicas de los pacientes que tuvieron tratamiento habitual para depresión mayor sin psicoeducación estructurada (psicofármacos y orientación general por su médico-psiquiatra) durante el mismo periodo de tiempo, escogidos de forma aleatoria con un ratio de 1 a 1 hasta completar el tamaño de muestra.

Mediante el programa Stata versión 17 y a través del comando sample se seleccionaron al azar los casos a revisar de ambas listas (pacientes que hicieron psicoeducación individual y pacientes que no hicieron psicoeducación estructurada). Se revisaron en total 536 historias clínicas, 268 de personas habían recibido la intervención: psicoeducación estructurada (expuestos); y 268 personas que no la recibieron.

Se recogieron los datos de cada paciente en la ficha de recolección de datos, aprobada para dicho fin. Se recabo los datos sociodemográficos, financiamiento y comorbilidades por cada paciente; así mismo se contabilizo las sesiones de psicoeducación y la modalidad que llevó cada paciente. Se consideró como parte de la adherencia al tratamiento a la adherencia a psicoeducación estructurada (más

de 50% de asistencia a citas de psicoeducación), regularidad en asistencia a citas médicas (asistencia a más del 80% de las citas indicadas por el médico) y el no abandono del tratamiento farmacológico (descontinuación del tratamiento farmacológico por 30 días consecutivos o más). Se contabilizaron estos datos. Se consideró como pacientes con adherencia al tratamiento a los pacientes que por lo menos cumplieron con 2 de los 3 criterios señalados. Se pensó también incluir como parte de la adherencia al tratamiento al uso de la medicación de acuerdo con la prescripción médica, pero este dato no se halló en múltiples historias clínicas, al hacer la revisión. Por lo que no se consideró.

Instrumentación de recolección de datos

Se hizo la revisión de las historias clínicas de la muestra de pacientes y se registraron los datos en la ficha de recolección de datos. Y se complementó con las historias clínicas electrónicas de la plataforma de historias clínicas de la institución, MentalCom. El número de historias clínicas de la muestra fue de 536, de los 3 grupos, pacientes expuestos a la intervención (268); adultos que recibieron la intervención individual (184), grupal (84); es decir este grupo recibió la intervención estructurada: evaluación y seguimiento por el médico psiquiatra, psicofármacos y psicoeducación estructurada en la que se abordan diferentes tópicos como ya se mencionó; y personas que no recibieron la intervención estructurada (268), es decir que recibieron el tratamiento convencional: atención y seguimiento por el médico psiquiatra, psicofármacos y orientación general. Se recolectaron los datos desde enero del año 2018 o desde que ingresaron a la DEIDAE hasta su salida/ abandono/referencia o última atención, que como plazo máximo fue mayo de 2023.

Validez y confiabilidad de los instrumentos

El instrumento que se utilizó fue la ficha de recolección de datos, la cual fue evaluada y aprobada para dicho fin por tres de expertos en el tema, 3 psiquiatras. Ellos garantizaron que el instrumento contenga los requerimientos necesarios.

4. Procesamiento y análisis de datos

Se inició con el análisis descriptivo de cada variable en términos de distribución y porcentaje de acuerdo con su naturaleza (cualitativa/ cuantitativa). Para este fin nos apoyamos con gráficos de descripción o tablas. Para el análisis principal se utilizó la prueba del chi cuadrado y la razón de probabilidades. Con la misma metodología,

se hicieron los análisis correspondientes para los objetivos específicos. El análisis estadístico se realizó utilizando el SPSS versión 25.

5. Aspectos éticos

Esta investigación se desarrolló siguiendo los protocolos de autoría bajo normas APA, protegiendo la propiedad intelectual de las fuentes citadas. Este estudio respetó la declaración de Helsinki. De la misma manera, la información se manejó con total reserva. La información obtenida fue confidencial con acceso solo para la autora, cualquier identificación fue borrada antes de trabajar la información con otro personal que participó en este estudio.

Se revisaron las historias clínicas tras contar con la aprobación del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres y la exoneración de revisión por el Comité Institucional de Ética a la Investigación INSM HD- HN.

Esta investigación no tiene riesgo y por sus características se llevó a cabo revisando historias clínicas, por lo que no requiere de consentimiento informado de los pacientes que han sido seleccionados.

IV. RESULTADOS

Participaron del estudio 536 adultos, mayores de 18 años, con diagnóstico de depresión. El 50 % de los participantes no recibió ninguna intervención; el 34.3 % recibió intervención individual y el 15.7 %, intervención grupal, como se evidencia en la figura 1. De los pacientes que recibieron la intervención, el 78 % fue virtual y el 22 %, presencial, como se observa en la figura 2.

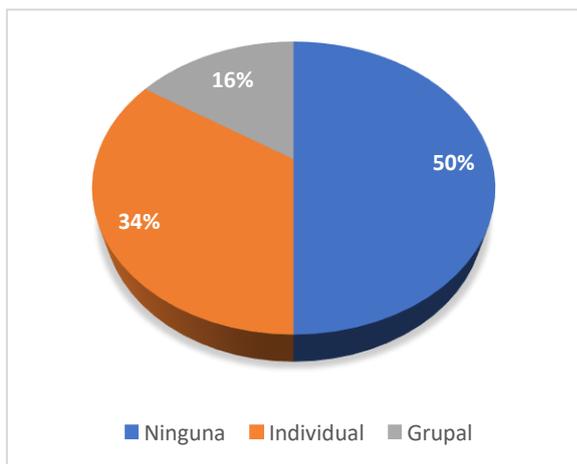


Figura 1. Tipo de intervención

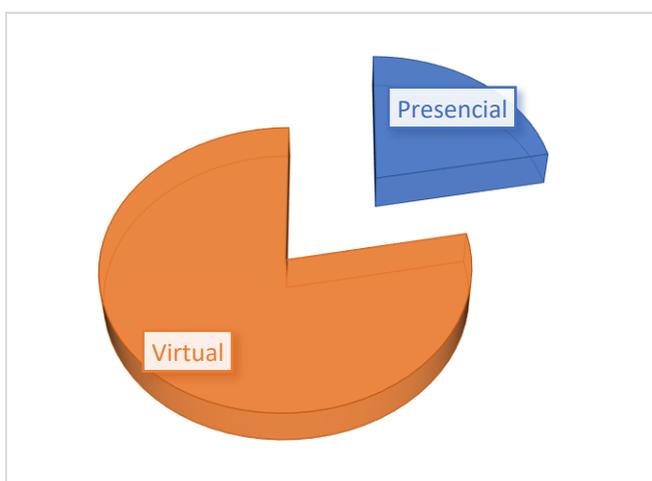


Figura 2. Modalidad de Psicoeducación

La edad promedio de los pacientes con depresión fue de 42.4 años, teniendo un rango de edades desde 17 hasta 81 años, como lo evidenciamos en la tabla 1. El 60.6 % de los pacientes con depresión se ubicaron entre los 27 y 59 años. El 74 % de nuestra población fue de sexo femenino.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población (N=536)

Variables	Media	Frecuencia (%)
Edad, años	42.4	
	de 17 a 26 años	119 (22.2)
	de 27 a 59 años	325 (60.6)
	de 60 años a más	92 (17.2)
Sexo	Femenino	399 (74.4)
	Masculino	137 (25.6)
Raza	Mestizo	536 (100)
Estado civil	Soltero	316 (59)
	Casado	106 (19.8)
	Conviviente	64 (11.9)
	Separado	23 (4.3)
	Divorciado	14 (2.6)
	Viudo	13 (2.4)
Grado de instrucción	Primaria	40 (7.5)
	Secundaria	259 (48.3)
	Superior técnica	72 (13.4)
	Superior universitaria	161 (30)
	Sin instrucción	3 (0.6)
	Especial	1 (0.2)
Ocupación	Empleado	223 (41.6)
	Desempleado	174 (32.5)
	Ama de casa	139 (25.9)
Financiamiento	SIS	378 (70.5)
	EsSalud	105 (19.6)
	Privado/Particular	46 (8.6)
	Sanidad	7 (1.3)
Comorbilidad	Ninguna	78 (14.6)
	Mental	286 (53.4)
	Física	41 (7.6)
	Mental y física	131 (24.4)

SIS: Seguro Integral de Salud; EsSalud: Seguro Social de Salud

Todos los participantes tuvieron como raza la mestiza. El estado civil predominante fue el soltero: 59 % de la población. La mayor parte de participantes tenía como grado de instrucción la secundaria, estaban empleados. Mayoritariamente, los pacientes tenían el seguro integral de salud (SIS), que cubría sus gastos en salud. Del mismo modo, la mayor parte de los pacientes con depresión incluidos en el estudio presentaban alguna comorbilidad mental; es decir, otro trastorno mental agregado.

Se adhirieron al tratamiento el 40.1 % de nuestros pacientes con depresión. Es importante recordar que consideramos adherencia al tratamiento a los pacientes que por lo menos cumplen con dos de tres criterios: Adherencia a psicoeducación estructurada; es decir, asistencia a más del 50 % de intervenciones de psicoeducación individual o grupal regularidad en las citas médicas, asistencia a más del 80 % de citas médicas y no abandonar el tratamiento; es decir, discontinuar tratamiento farmacológico por 30 días consecutivos o más. Así mismo, se evidenció que el 72 % de nuestros pacientes abandonaron el tratamiento en algún momento de su seguimiento. El 57.6 % asistió regularmente a sus citas médicas y el 40.3 % de participantes se adhirieron a la psicoeducación.

En el análisis inferencial, obtenemos los resultados principales del estudio, al contrastar la psicoeducación con la adherencia al tratamiento se evidencio que si existe asociación significativa entre las variables. Es decir, el haber hecho psicoeducación estructurada esta asociado a mayor adherencia al tratamiento ($\chi^2=125.26$; $p=0,000$), tabla 2. Esta asociación tiene una magnitud de OR de 8,97; es decir, que las personas que recibieron psicoeducación estructurada tienen casi nueve veces más probabilidades de adherirse al tratamiento.

Tabla 2. Relación psicoeducación - adherencia

		Adherencia		Total	p_valor
		No	Si		
Psicoeducación	No	224	44	268	0.000
		69.7	20.4%	50%	
	Sí	97	171	268	
		30.2	79.5%	50%	
Total		321	215	536	
		100%	100%	100%	

Prueba de Chi cuadrado

Al explorar un componente de la adherencia al tratamiento, el abandono, se evidencia que sí existe asociación entre estas dos variables; es decir, existe más abandono del tratamiento entre los usuarios que no recibieron psicoeducación estructurada ($\chi^2=10.12$; $p=0,001$), tabla 3. Esta asociación tiene una magnitud de OR de 0,53; es decir, las personas que recibieron psicoeducación estructurada

tienen 0.53 veces menos posibilidades de abandonar el tratamiento. La psicoeducación es un factor protector.

Tabla 3. Relación psicoeducación - abandono al tratamiento

		Abandono al tratamiento		Total	p valor 0.001
		No	Si		
Psicoeducación	No	58 38.9%	210 54.3%	268 50%	
	Sí	91 61.1%	177 45.7%	268 50%	
Total		149 100%	387 100%	536 100%	

Prueba de Chi cuadrado

En relación con los factores sociodemográficos, se encontró que tienen asociación con la adherencia al tratamiento: la edad ($\chi^2=22.59$ p:0.000), el estado civil ($\chi^2=15.45$ p:0.009) y la ocupación ($\chi^2= 15.29$ p: 0.000). Las personas que más se adhieren al tratamiento son las personas con mayor edad (Prueba T student=0.000); así mismo, el tener una edad de 60 años a más, se asocia a mayor adherencia al tratamiento.

La edad promedio encontrada para los pacientes que si se adhieren al tratamiento fue de 45.53 años, tabla 4. El estar soltero se asocia a la no adherencia terapéutica; estar casado o viudo se asocia a mayor adherencia terapéutica, tabla 5. El estar empleado se asocia a menor adherencia terapéutica y el ser ama de casa se asocia a mayor adherencia terapéutica, tabla 6. No se encontró asociación entre la adherencia al tratamiento y sexo, ni con el grado de instrucción.

Tabla 4. Relación entre edad-adherencia al tratamiento

	ADHERENCIA	N	Media	Desv. Estandar
Edad	No	321	40.17	14.144
	Sí	215	45.53	15.784

Prueba T student=0.000

		ADHERENCIA		Total
		No	Sí	
Edad	17 a 26 años	80	39	119
		67%	33%	100%
	27 a 59 años	206	119	325
		64%	36%	100%
	de 60 años a más	35	57	92
		38%	62%	100%
Total		321	215	536
		60%	40%	100%

Prueba de Chi cuadrado, p=0.000

Tabla 5. Relación entre estado civil – adherencia al tratamiento

		ADHERENCIA		Total
		No	Sí	
Estado Civil	Soltero	205	111	316
		64.9%	35.1%	100.0%
	Casado	47	59	106
		44.3%	55.7%	100.0%
	Conviviente	40	24	64
		62.5%	37.5%	100.0%
	Viudo	6	7	13
		46.2%	53.8%	100.0%
	Divorciado	8	6	14
		57.1%	42.9%	100.0%
	Separado	15	8	23
		65.2%	34.8%	100.0%
Total		321	215	536
		59.9%	40.1%	100.0%

Prueba de Chi cuadrado; p=0.009

Tabla 6. Relación entre ocupación- adherencia al tratamiento

		ADHERENCIA		Total
		No	Sí	
Ocupación	Empleado	152 68.2%	71 31.8%	223 100.0%
	Desempleado	103 59.2%	71 40.8%	174 100.0%
	Ama de casa	66 47.5%	73 52.5%	139 100.0%
Total		321 59.9%	215 40.1%	536 100.0%

Prueba de Chi cuadrado; p=0.000

Al analizar el tipo de intervención psicoeducativa, se evidenció que sí existe asociación entre el tipo de intervención que se les brindó a los pacientes y la adherencia; existe asociación significativa entre la psicoeducación individual y la adherencia ($\chi^2=131.91$ p:0.000); es decir, los pacientes que recibieron psicoeducación individual tuvieron mayor adherencia terapéutica que los que recibieron psicoeducación grupal. Esta asociación tiene una magnitud de OR de 11,3; es decir, las personas que recibieron psicoeducación individual tienen 11.3 veces más probabilidades de adherirse al tratamiento. Los que no tuvieron ningún tipo de intervención se adhirieron en menor proporción al tratamiento, tabla 7.

Tabla 7. Relación entre tipo de intervención – adherencia terapéutica

		ADHERENCIA		Total
		No	Sí	
Tipo de intervención	Ninguna	224 83.6%	44 16.4%	268 100.0%
	Individual	57 31.0%	127 69.0%	184 100.0%
	Grupal	40 47.6%	44 52.4%	84 100.0%
Total		321 59.9%	215 40.1%	536 100.0%

Prueba de Chi cuadrado; p:0.000; OR:11.3

Al buscar relación entre el tipo de intervención y el abandono al tratamiento se encontró que si existía asociación ($\chi^2=15.01$; p:0.001); es decir, que los pacientes que recibieron psicoeducación individual abandonaron menos el tratamiento en comparación con los pacientes que recibieron psicoeducación grupal y los que no

recibieron psicoeducación, tabla 8. Esta asociación tiene una magnitud de OR de 0,53; es decir que las personas que recibieron psicoeducación estructurada tienen 0.53 veces menos posibilidades de abandonar el tratamiento. La psicoeducación es un factor protector. Con relación al financiamiento, se evidencio que no existe relación entre el financiamiento y la adherencia al tratamiento.

Por último, es importante señalar que se encontró asociación entre tener comorbilidad y la adherencia al tratamiento ($\chi^2= 12.406$ p: 0.006); es decir, tener comorbilidad mental asociada a depresión se asocia a no tener adherencia al tratamiento y por el contrario tener una comorbilidad física asociada a depresión se asocia a tener adherencia al tratamiento, tabla 9.

Tabla 8. Relación entre tipo de intervención -abandono al tratamiento

		ABANDONO		Total
		No	Sí	
Tipo de intervención	Ninguna	58 21.6%	210 78.4%	268 100.0%
	Individual	70 38.0%	114 62.0%	184 100.0%
	Grupal	21 25.0%	63 75.0%	84 100.0%
Total		149 27.8%	387 72.2%	536 100.0%

Prueba de Chi cuadrado; p:0.001

Tabla 9. Relación entre comorbilidad – adherencia terapéutica

		ADHERENCIA		Total
		NO	SÍ	
Comorbilidad	Ninguna	49 63%	29 37%	78 100.0%
	Mental	187 66%	99 34%	286 100.0%
	Física	18 44%	23 56%	41 100.0%
	Mental y física	67 52%	64 48%	131 100.0%
Total		321 60%	215 40%	536 100.0%

Prueba de Chi cuadrado; p: 0.006

V. DISCUSIÓN

Es conocido que la falta de adherencia al tratamiento es la principal causa de no obtener todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes, sin embargo, en el día a día se sigue sin reconocer ello como la primera causa de fracaso terapéutico, y se llega, muchas veces, al incremento de las dosis de los tratamientos y, por consiguiente, al mayor riesgo de efectos adversos en los usuarios. Existen pocos estudios con relación a la adherencia a las intervenciones psicosociales y/o psicoterapias, a pesar de su importante rol y efectividad en el tratamiento de la depresión. La falta de adherencia terapéutica es un problema de gran impacto a nivel mundial, sobre todo en pacientes con enfermedades crónicas.

Se menciona en este grupo la adherencia promedio el 50 %, y se piensa que las cifras son más bajas en países en desarrollo ^(12,16-19). Estas tasas las podemos evidenciar en nuestro estudio, en el que se adhirieron al tratamiento el 40.1 % de nuestros pacientes con depresión. Estas cifras bajas se explican probablemente por el largo seguimiento que se ha hecho a la población del estudio, algunos por cinco años y, en otros casos, menor tiempo.

En nuestra población, también, se evidenció que el abandono del tratamiento medicamentoso fue alto: Del 72 %, esto indica que gran parte de nuestra población dejó el tratamiento farmacológico en algún momento del seguimiento, estas tasas superan lo reportado en otros estudios, en los que se habla del 30-60 % de discontinuación de tratamiento antidepresivo durante los tres primeros meses de iniciado el tratamiento ^(13,15,16,19,20). El tiempo de seguimiento de nuestro estudio varía con respecto a los estudios encontrados, ya que en nuestro estudio el seguimiento de algunos usuarios es de hasta cinco años; debido a ello aumenta la probabilidad de discontinuación del tratamiento; estos datos van de la mano con lo señalado por Velligan et al., que mencionan que el cumplimiento a los antidepresivos decae con el pasar del tiempo y la interrupción de la medicación es cada vez mayor entre los pacientes con depresión ⁽¹⁸⁾.

Johnson y Hotopf, en 1981 y 1997, respectivamente, informaron que las tasas de interrupción del tratamiento con antidepresivos son mayores al transcurrir las semanas; incluso, se piensa que la depresión tiene factores propios que aumentan el incumplimiento del tratamiento farmacológico ⁽¹⁸⁾. Nuestro estudio muestra datos

reales en pacientes de consulta externa con depresión recurrente que requiere tratamientos largos y en los que podrían coexistir otros factores para el no cumplimiento del tratamiento farmacológico que hacen posible la discontinuación o abandono de este. Dentro de estos factores, se deben considerar las características de los pacientes (síntomas, funcionalidad, capacidad cognitiva, comorbilidades), las características de la medicación, las barreras para el cumplimiento de la medicación (ingresos, seguro, transporte), las influencias de la familia, cuidadores, amigos (cohesión/conflictos familiares, soporte familiar, creencias sobre la medicación, estigma hacia enfermedad/tratamiento) y relación con el equipo médico ^(12,13,16-18,33,37).

Es importante también mencionar el 57.6 % de regularidad en asistencia a las citas médicas que se encontró en nuestro estudio, indica el control de seguimiento que tuvieron los pacientes al asistir, este dato se relaciona con la baja adherencia encontrada y se explica, asimismo, por los múltiples factores asociados al bajo cumplimiento de la medicación, previamente señalados. No se han realizado estudios similares en personas con depresión en nuestro país.

Se evidenció, en el estudio, que la psicoeducación se relaciona de forma significativa a mayor adherencia terapéutica. El 80 % de los que se adhirieron al tratamiento habían hecho psicoeducación versus el 70 % de los que no se adhirieron no habían hecho psicoeducación. El hecho de haber realizado la psicoeducación estructurada aumentó la adherencia al tratamiento. Este dato está respaldado por los múltiples estudios revisados en los que se recomienda esta intervención como estrategia de mejora a la adherencia terapéutica ^(12,16,17,19,20,23,30,31); así mismo, es recomendable que la información sea personalizada enfocada en las deficiencias que se encuentren en cada paciente y adaptada a los recursos que tiene cada paciente ⁽¹⁷⁾, este estilo de intervención es más factible en la psicoeducación individual, ya que es posible la interacción persona-persona, esto viene apoyado por los resultados de nuestra investigación en la que se encontró que la adherencia al tratamiento fue mayor en las personas con depresión que recibieron intervención individual 69%, en comparación con los que recibieron psicoeducación grupal 52 % y de 16.4 %, en las personas que no recibieron ninguna intervención. Estos hallazgos corroboran lo señalado entre adherencia y psicoeducación.

Un hallazgo esperado, por lo mencionado por la literatura fue la relación significativa entre la psicoeducación y el abandono al tratamiento. Se observó en nuestro estudio que el abandono al tratamiento farmacológico fue mayor entre los que no recibieron psicoeducación 54 %; en comparación con los que sí recibieron la intervención que fue del 46 %, así como los que no abandonaron el tratamiento participaron mayoritariamente de la psicoeducación estructurada 61 %, en comparación con los que no participaron: 39 %. Como se ha mencionado antes, ante menor información, es más probable el abandono del tratamiento ^(12,16-18,33). Al ver el detalle de la intervención, podemos identificar que los pacientes que no tuvieron ninguna intervención tuvieron un abandono mayor del 78 %, en comparación con los que tuvieron una psicoeducación grupal de 75 % y de los que recibieron psicoeducación individual de 62 %; el estudio evidencia una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de intervención y el abandono del tratamiento. No se encontraron estudios en los que se evalúen las diferencias en una misma población entre la intervención individual y grupal; este es otro aporte de nuestro estudio.

Con relación a los factores sociodemográficos hallados en el estudio, se evidenció que tienen asociación estadísticamente significativa la edad, el estado civil, y la ocupación. En relación con la edad, los que se adhirieron al tratamiento tuvieron en promedio cinco años más en comparación con los que no se adhirieron, el grupo con mayor adherencia fue con edades mayores a 60 años ⁽²¹⁾; se encontró menor adherencia a menor edad. El grupo de menor edad no tuvo adherencia al tratamiento, estos datos son comparables a los mostrados en otros estudios, en los que se encontró menor adherencia al tratamiento a menor edad ^(14,18,22); es cierto que existe una amplia variedad de asociación entre la edad y la adherencia terapéutica en las diferentes poblaciones de diversos estudios. La edad avanzada se asocia a mayor adherencia al tratamiento, como lo muestran algunos estudios; la razón de nuestro resultado se podría explicar por la madurez y compromiso que tienen los adultos mayores con su tratamiento o por el acompañamiento de un cuidador quien supervisa o se encarga de la medicación, lo que podría influir en mayor comprensión de la importancia de la adherencia al tratamiento. Nuestro estudio contrasta con lo reportado por Solmi et al., en los que se evidencia que los adultos parecen tener un mayor cumplimiento ⁽¹⁶⁾.

Así mismo, otros plantean que el tener un más alto número de comorbilidades médicas, se asoció con un mejor cumplimiento del tratamiento con antidepresivos ⁽²¹⁾, se postula que los pacientes con comorbilidades médicas tienen la costumbre de tomar más medicamentos de forma regular y son más conscientes de los efectos nocivos de suspender el tratamiento. Este dato va de la mano con otros hallazgos encontrados en este estudio.

Otra relación estadísticamente significativa fue la del estado civil con la adherencia; se encontró mayor adherencia en los casados, como se muestra en otros estudios en los que las personas que viven en pareja tienen mayor adherencia con respecto a los que viven solos ⁽¹¹⁾; este dato podría explicarse por el apoyo con la medicación, la influencia familiar adecuada, bajo estigma familiar hacia la enfermedad mental ⁽¹⁸⁾. La ocupación, también, tuvo una relación estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento, las personas con empleo no tuvieron adherencia y la adherencia al tratamiento se presentó en las amas de casa. Esto podría explicarse debido a la carga laboral, estigma hacia problemas de salud mental que tienen los empleadores, o las pocas facilidades que puede dar el empleador a los pacientes para acudir a las citas médicas, psicoeducación y que el estigma del propio paciente asociado al consumo regular de su medicación en el lugar de trabajo ⁽¹⁸⁾. Recordemos que algunos estudios han mostrado que altos niveles de estigma a la propia enfermedad están asociados con mayor riesgo de discontinuación de la medicación ⁽¹⁶⁾.

Por último, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre tener comorbilidad asociada a la depresión y adherencia al tratamiento; en nuestro estudio se encontró que el tener una comorbilidad mental está asociada con mayor probabilidad de no tener adherencia al tratamiento; estos datos son comparables a los encontrados por Solmi et al., en el que se mencionan a los trastornos relacionados con sustancias y trastornos de personalidad como factores que aumentan el riesgo de pobre adherencia, ambos comorbilidades psiquiátricas que requieren tratamientos combinados, crónicos que aumentan la complejidad del tratamiento y por consiguiente hacen más difícil la adherencia al mismo. Resultados similares presenta Chawa et al. ^(12,16, 21). Por otro lado, en nuestro estudio, se evidenció mayor adherencia al tratamiento en las personas que tienen comorbilidad física; estos datos que no se condicen con algunos estudios, pero si lo observamos

en el estudio de Chawa et al., esto podría deberse a que las personas que tiene enfermedades médicas además de depresión cumplen en tomar su medicación de forma regular para controlar la enfermedad y han tenido más experiencias, por lo que son más conscientes de los efectos nocivos de suspender el tratamiento ⁽²¹⁾.

Con los datos que muestra nuestro estudio, podemos identificar un perfil del paciente con depresión, perfil que nos podría ser útil para reforzar los factores relacionados con el sistema o el equipo de salud que influyen en la adherencia terapéutica y el seguimiento de esta en la evolución de nuestro paciente. El perfil de nuestro paciente que se adhiere más al tratamiento es una persona mayor a 60 años, casada, ama de casa o que se dedica a las labores del hogar y tiene una comorbilidad física, y el perfil del paciente con depresión que no se adhiere al tratamiento es de una persona entre 17 y 26 años, separada, empleada y con una comorbilidad mental.

La extrapolación de los resultados está limitada a pacientes adultos que acuden al área de consulta externa y son tratados por los médicos de la DEIDAE AAM con el diagnóstico de depresión. El INSM HD-HN es un hospital de referencia de los establecimientos de menor nivel de complejidad de la zona norte de Lima, y en general la población que atendemos padece mayoritariamente de patología compleja, pero el año 2020 se recibieron casos de menor nivel de complejidad debido a la pandemia, ya que muchos centros de salud y centros de salud mental comunitaria cerraron por la emergencia sanitaria y empezaron tratamiento en nuestra institución.

VI. CONCLUSIONES

1. Se demostró que haber hecho psicoeducación estructurada está asociado a mayor adherencia al tratamiento.
2. La adherencia al tratamiento es baja en el INSM HD-HN, de 40 %.
3. El abandono del tratamiento durante el seguimiento de los pacientes es alto.
4. Por lo anterior, todos los esfuerzos e intervenciones para mejorar la adherencia y disminuir el abandono al tratamiento son válidas y deben ser implementadas; la psicoeducación estructurada y en especial la psicoeducación individual suman en esta tarea.
5. La edad, el estado civil, la ocupación y el tener comorbilidad asociada a depresión influyeron en la adherencia al tratamiento de forma estadísticamente significativa.
6. El perfil, de un paciente en nuestros pacientes que se adhieren más al tratamiento es de una persona mayor a 60 años, casada, ama de casa o que se dedica a las labores del hogar y tiene una comorbilidad física.

Las conclusiones están limitadas por los sesgos metodológicos (de selección y de información, variables intervinientes).

VII. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda seguir con los grupos de psicoeducación en la atención de pacientes con depresión en el INSM HD HN, ya que mejoran la adherencia al tratamiento y disminuyen el abandono.
2. Se sugiere implementar intervenciones psicoeducativas en centros de atención del primer nivel de atención y centros de salud mental comunitarios de Lima y las diferentes regiones del país, ya que es una intervención costo efectiva.
3. Se recomienda realizar más estudios considerando todos los componentes de la adherencia al tratamiento para poder determinar las probables causas de la baja adherencia en nuestra institución.
4. Se recomienda que el personal de salud conozca más sobre los factores relacionados a la adherencia al tratamiento para tenerlos en cuenta en la interacción con el paciente.
5. Es importante conocer el perfil del paciente con depresión que no se adhiere al tratamiento; persona entre 17 y 26 años, separada, empleada y con una comorbilidad mental para identificar y seguirlos cercanamente.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Malhi Malhi GS, Mann JJ. Depression. The Lancet. Noviembre de 2018; 392(10161): 2299-2312
2. OPS. Organización Panamericana de la Salud. Depresión [Internet] Citado 27 abril 2024. Disponible en <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
3. OMS. Organización Mundial de la Salud. Depresión. [Internet] Citado 27 abril 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression>
4. Organización Panamericana de la Salud. Capítulo 3. La salud mental en el mundo actual. En: Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos. Washington, D.C.: OPS; 2023. p. 37-72. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275327715>.
5. Banco Mundial. La mala salud mental, un obstáculo al desarrollo de América Latina. [Serie en internet]. 2015 Jul. Citado 05 diciembre 2023. Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/news/feature/2015/07/13/bad-mental-health-obstacle-development-latin-america#:~:text=En%20Am%C3%A9rica%20latina%20el%205,la%20vida%20en%20las%20Am%C3%A9ricas.>
6. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Hospitales Generales y Centros de Salud de Lima Metropolitana - 2015. Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XXXIV, Año 2018. Número 1. Disponible en: <https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2020/Vol%20XXXIV%202018%20Nro1%20EESM%20en%20Hospitales%20Generales%20y%20Centros%20de%20Salud.pdf>
7. MINSA. Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Tamizaje, Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en Personas Mayores de 18 años desde del Primer Nivel de Atención. [Internet]. Citado 05 diciembre 2023. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/3882024-136-2023-minsa>
8. Gobierna Consultores. Estado Situacional de la depresión en el Perú. Cómo se comporta la depresión en el país, a cuántos afecta y con qué contamos para combatirla. Resumen Ejecutivo. 2022. www.gobierna.com.pe.

9. Ministerio de Salud. Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. Santiago, Chile. MINSAL, 2013. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/GUIA-CLINICA-DEPRESION-15-Y-MAS.pdf>
10. Casañas R. Evaluación de la efectividad de la psicoeducación grupal en depresión mayor (síntomas leves/moderados) en atención primaria 2015. Tesis doctoral [Internet]. Barcelona, España. Citado el 11 de marzo 2023. Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2016/hdl_10803_369034/rcs1de1.pdf
11. Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias. Detección temprana y diagnóstico del episodio y trastorno depresivos recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente - 2013 Bogotá, Colombia. Guía No. 22
12. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. [Internet]. Organización Mundial de la Salud 2003. Citado 11 marzo 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
13. Pacheco P Bernardo, Aránguiz G Consuelo. Factores relacionados a la adherencia a tratamiento en adolescentes con depresión. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [Internet]. 2011 Mar [citado 2023 Mar 19]; 49(1): 69-78. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272011000100009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S071792272011000100009>.
14. Kunz-Lomelin A, Killian M, Eghaneyan BH, Sanchez K. Antidepressant Adherence Among Hispanics: Patients in an Integrated Health Care Model. J Multidiscip Healthc. 2022 Dec 30;15:3029-3037. doi:10.2147/JMDH.S387218. PMID: 36605408; PMCID: PMC9809177.
15. Medic G, Higashi K, Littlewood KJ, Diez T, Granström O, Kahn RS. Dosing frequency and adherence in chronic psychiatric disease: systematic review and meta-analysis. Neuropsychiatr Dis Treat. 2013;9:119-31. doi: 10.2147/NDT.S39303. Epub 2013 Jan 16. PMID: 23355782; PMCID: PMC3552550.

16. Solmi M, Miola A, Croatto G, Pigato G, Favaro A, Fornaro M, Berk M, Smith L, Quevedo J, Maes M, Correll CU, Carvalho AF. How can we improve antidepressant adherence in the management of depression? A targeted review and 10 clinical recommendations. *Braz J Psychiatry*. 2021 Mar-Apr;43(2):189-202. doi: 10.1590/1516-4446-2020-0935. PMID: 32491040; PMCID: PMC8023158.
17. Ortega J, Sánchez D, Rodríguez O, Ortega J. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta méd. Grupo Ángeles*. 2018; 16(3): 226-232
18. Velligan D, Riolo S, Weston C. Adherence to Medication in Psychiatric Disorder. En: Tasman A, Kay J, Lieberman J, First M, Riba M. *Psychiatry*. Fourth Edition. Estados Unidos: John Wiley & Sons Ltd. 2015;115: 2382-2397
19. Vuorilehto MS, Melartin TK, Riihimäki K, Isometsä ET. Pharmacological and psychosocial treatment of depression in primary care: Low intensity and poor adherence and continuity. *J Affect Disord*. 2016 Sep 15;202:145-52. doi: 10.1016/j.jad.2016.05.035. Epub 2016 May 24. PMID: 27262636.
20. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005 Aug 4;353(5):487-97. doi: 10.1056/NEJMra050100. PMID: 16079372.
21. Chawa MS, Yeh HH, Gautam M, et al. El impacto del estado socioeconómico, la raza / etnia y las percepciones del paciente en la adherencia a la medicación en el tratamiento de la depresión. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2020;22(6):20m02625.
22. Torres A. et al. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes con depresión. *Multimed. Revista Médica. Granma*, 2019,23 (1): 1-10.
23. Suarez M, Cristobal J. Tratamientos Psicosociales de los trastornos depresivos. En: Alarcón R, Chaskel R, Berlanga C. *Psiquiatría*. 4ª Edición. Lima, Perú: Fondo Editorial UPCH; 2019: 567-574.
24. Godoy D et al. Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Rev. Med. Clin. Condes* 2020; 31(2) 169-173
25. Ministerio de Sanidad y servicios sociales e Igualdad. Gobierno de España. Guía de buena práctica clínica en psicoeducación en pacientes con depresión. Madrid 2014[Internet] Citado 11 marzo 2023. Disponible en <http://www.cuidadorascronicos.com/wp->

<content/uploads/2014/03/Gu%C3%ADa-de-buena-pr%C3%A1ctica-cl%C3%ADnica-en-Psicoeducaci%C3%B3n-en-pacientes-con-depresi%C3%B3n.pdf>

26. Colom F, et al. A Randomized Trial on the Efficacy of Group Psychoeducation in the Prophylaxis of Recurrences in Bipolar Patients Whose Disease is in Remission. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60:402-407
27. Dolan N, Simmonds-Buckley M, Kellett S, Siddell E, Delgadillo J. Effectiveness of stress control large group psychoeducation for anxiety and depression: Systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Psychol.* 2021 Sep;60(3):375–99.
28. American Psychiatric Association. Practice Guideline for The Treatment of Patients with Major Depressive Disorder. Third Edition. 2010 [Internet]. Citado 14 junio 2024. Disponible en: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/mdd.pdf
29. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults :treatment and manegement. Junio 2022 [Internet]. Citado 14 junio 2024. Disponible en: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/mdd.pdf
30. Jørgen Aagaard, Leslie Foldager, Ahmad Makki, Vibeke Hansen & Klaus Müller-Nielsen (2017) The efficacy of psychoeducation on recurrent depression: a randomized trial with a 2-year follow-up, *Nordic Journal of Psychiatry*, 71:3, 223-229.
31. Kumar K, Gupta M. Effectiveness of psycho-educational intervention in improving outcome of unipolar depression: Results from a randomised clinical trial. *East Asian Archives of Psychiatry*, 2015 ; 25 (1) : 29-34 2015.
32. López V. Efectividad de la Psicoeducación en la calidad de vida en pacientes con Trastornos Depresivo Mayor, México 2011. [Tesis de pregrado]. México D.F. Instituto Politécnico Nacional; 2011. Disponible en: <http://www.repositoriodigital.ipn.mx/handle/123456789/12240>
33. Márquez R. Depresión: Importancia de la adherencia al tratamiento (2017) [Trabajo fin de Grado] Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2017. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/56451/>

34. Ramos J. Influencia del programa volver a vivir en la depresión geriátrica en un centro del adulto mayor, Lima 2018. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad peruana los Andes; 2021. Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/4093/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
35. Organización Mundial de la Salud. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10, Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid, España: Médica Panamericana; 1994.
36. Instituto Nacional de Salud. Hospital Nacional Víctor Larco Herrera. Guía de práctica clínica para el Tratamiento de la Depresión en Adultos-Versión extensa. Lima. Perú 2017.
37. Katsuki F, Watanabe N, Yamada A, Hasegawa T. Effectiveness of family psychoeducation for major depressive disorder: systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open*. 2022 Aug 2;8(5):e148.

ANEXOS

1. Instrumentos: Ficha de recolección de datos

Ficha de recolección de datos	
Este formato se usará para la recolección de datos del estudio Psicoeducación-Adherencia	
maricarazas78@gmail.com Cambiar cuenta	
No compartido	
* Indica que la pregunta es obligatoria	
1. Historia clínica *	
Tu respuesta	
2. Psicoeducación *	
<input type="radio"/> Sí	
<input type="radio"/> No	
2a. Fecha de psicoeducación	
Fecha	
dd/mm/aaaa	
2b. Número de asistencia a psicoeducación	
Tu respuesta	
2c. Modalidad de psicoeducación *	
<input type="radio"/> Presencial	
<input type="radio"/> Virtual	
3. Tipo de psicoeducación *	
<input type="radio"/> Individual	
<input type="radio"/> Grupal	
4. Abandono del tratamiento *	
<input type="radio"/> Sí	
<input type="radio"/> No	
4a. Tiempo de abandono	
Tu respuesta	
5. Diagnóstico	
<input type="radio"/> F32.0	
<input type="radio"/> F32.1	
<input type="radio"/> F32.2	
<input type="radio"/> F32.3	
<input type="radio"/> F33.0	
<input type="radio"/> F33.1	
<input type="radio"/> F33.2	
<input type="radio"/> F33.3	
<input type="radio"/> Otros	
6. Edad *	
Tu respuesta	

7. Sexo *

- Mujer
- Hombre

8. Estado civil *

- Soltero
- Casado
- Conviviente
- Viudo
- Divorciado

9. Grado de instrucción *

- Sin instrucción
- Primaria
- Secundaria
- Técnica
- Universitaria

10. Ocupación *

- Desempleado
- Empleado
- Ama de casa
- Otro:

10a. Especificar ocupación:

Tu respuesta _____

11. Raza *

- Blanco
- Mestizo
- Afroperuano
- Otro

12. Ingreso mensual *

- Mayor a s/ 1200
- Entre 1199 - 600
- Entre 599 - 300
- Menos de 300

13. Reacciones adversas medicamentosas *

- Si
- No
- Precisar:

13a. Precisar

Tu respuesta _____

14. Financiamiento *

- SIS
- Essalud
- Privado
- Otro

15. Comorbilidad *

- Física
- Mental
- Precisar:

15a. Precisar comorbilidad

Texto de respuesta breve

.....

16. Descontinúa asistencia a citas médicas de seguimiento *

- Si
- No

2. Operacionalización de variables

Variable	Tipo de variable	Escala de medición	Definición	Categorías y sus valores	Medio de verificación
Psico educación	Cualitativa	Dicotómica	Intervención en la que se transmite información sobre la enfermedad al paciente ^(23,24) .	Si: Recibió la intervención en forma individual o grupal No: No recibió la intervención	Ficha de recolección de datos H. clínica
Tipo de psico-educación	Cualitativa	Dicotómica	Intervención en la que se transmite información sobre la enfermedad al paciente ^(23,24) (enfermera – paciente o grupo multidisciplinario – paciente)	Individual: Intervención realizada por las licenciadas en enfermería al paciente. Grupal: Intervención realizada por el equipo multidisciplinario, con asistencia mayor al 50%	Ficha de recolección de datos H. clínica
Modalidad de psicoeducación	Cualitativa	Dicotómica	Modalidad en la que el paciente realizó la psicoeducación	Presencial Virtual	H. clínica
Adherencia al tratamiento	Cualitativa	Dicotómica	El grado en que la conducta de una persona (toma de medicación, cumplimiento de régimen dietético, cambios en el estilo de vida, etc.) se corresponde con las recomendaciones acordadas con el prestador de asistencia sanitaria.	Si: Persona que cumple con asistencia regular a citas + uso correcto de la medicación + no abandono del tratamiento No: No cumple	Ficha de recolección de datos H. Clínica
Diagnóstico	Cualitativa	Nominal	Proceso en el que se identifica una enfermedad, afección o lesión	F32.x F33.x	H. Clínica

			por sus signos y síntomas.		
Edad del paciente	Cuantitativa	Razón	Años de vida	Fecha de nacimiento	H. Clínica
Sexo	Cualitativa	Nominal	Según género	Femenino Masculino	H. Clínica
Estado civil	Cualitativa	Nominal	Situación de una persona determinada por sus relaciones de familia	Soltero Casado Conviviente Viudo Divorciado Separado	H. clínica
Grado de instrucción	Cuantitativa	Ordinal	Último año de estudios alcanzado	Sin instrucción Primaria Secundaria Técnica Universitaria Especial	Declarado por el paciente H. clínica
Ocupación	Cualitativa	Ordinal	Actividad o trabajo principal	Desempleado Empleado Ama de casa	Declarado por el paciente H. clínica
Raza	Cualitativa	Ordinal	Grupo étnico	Blanco Mestizo Afroperuano Otro	H. Clínica
Financiamiento	Cuantitativa	Razón	Financia las atenciones del paciente (consultas médicas, terapia, fármacos, etc.)	SIS Essalud Privado Sanidad	H. Clínica
Comorbilidad	Cualitativa	Dicotómica	Otro trastorno o enfermedad que ocurre en la misma persona (OMS).	Ninguna Física Mental Ambas	H. Clínica

3. Comité de Ética de la USMP

La Molina, 16 de mayo de 2023

Oficio No. 553 - 2023 - CIEI-FMH- USMP

Señorita
Maria Soledad Carazas Vera
Alumna de posgrado
Facultad de Medicina Humana
Universidad de San Martín de Porres
Presente

Ref. Plan de Investigación: Relación entre psicoeducación y adherencia al tratamiento en adultos con depresión en el instituto nacional de salud mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi" 2018-2023.

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y en atención a su solicitud informarle que, en cumplimiento de las buenas prácticas clínicas y la legislación peruana vigente en materia de investigación científica en el campo de la salud, el Comité de mi presidencia, sesión del 15 de mayo evaluó y aprobó el siguiente documento:

- **Plan de Investigación: Relación entre psicoeducación y adherencia al tratamiento en adultos con depresión en el instituto nacional de salud mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi" 2018-2023.**

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines que correspondan.

Atentamente,



Dr. Amador Vargas Guerra
Presidente

Comité Institucional de Ética en Investigación
de la Facultad de Medicina Humana de la
Universidad de San Martín de Porres

AVG/ABZ/ach

4. Comité de Ética del INSM HD-HN



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio de
Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Instituto Nacional de Salud Mental
"Honorio Delgado-Hideyo Noguchi"



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

Lima, 05 de septiembre de 2023

OFICIO N° 41 -2023- CIE/INSM "HD-HN"

Señora M.P.
María Soledad Carazas Vera
Investigadora Principal
Presente, -

ASUNTO: Exoneración de revisión de su proyecto de investigación

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para informarle que su proyecto: ***"Relación entre Psicoeducación y adherencia al tratamiento en adultos con depresión en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado- Hideyo Noguchi"***, ha sido **exonerado de revisión** por decisión unánime en sesión ordinaria del 12 de septiembre del año en curso, por no requerir revisión del Comité de ética.

Atentamente,



M.P. Vanessa Herrera López
PRESIDENTA
COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA A LA INVESTIGACIÓN
INSM "HD-HN"

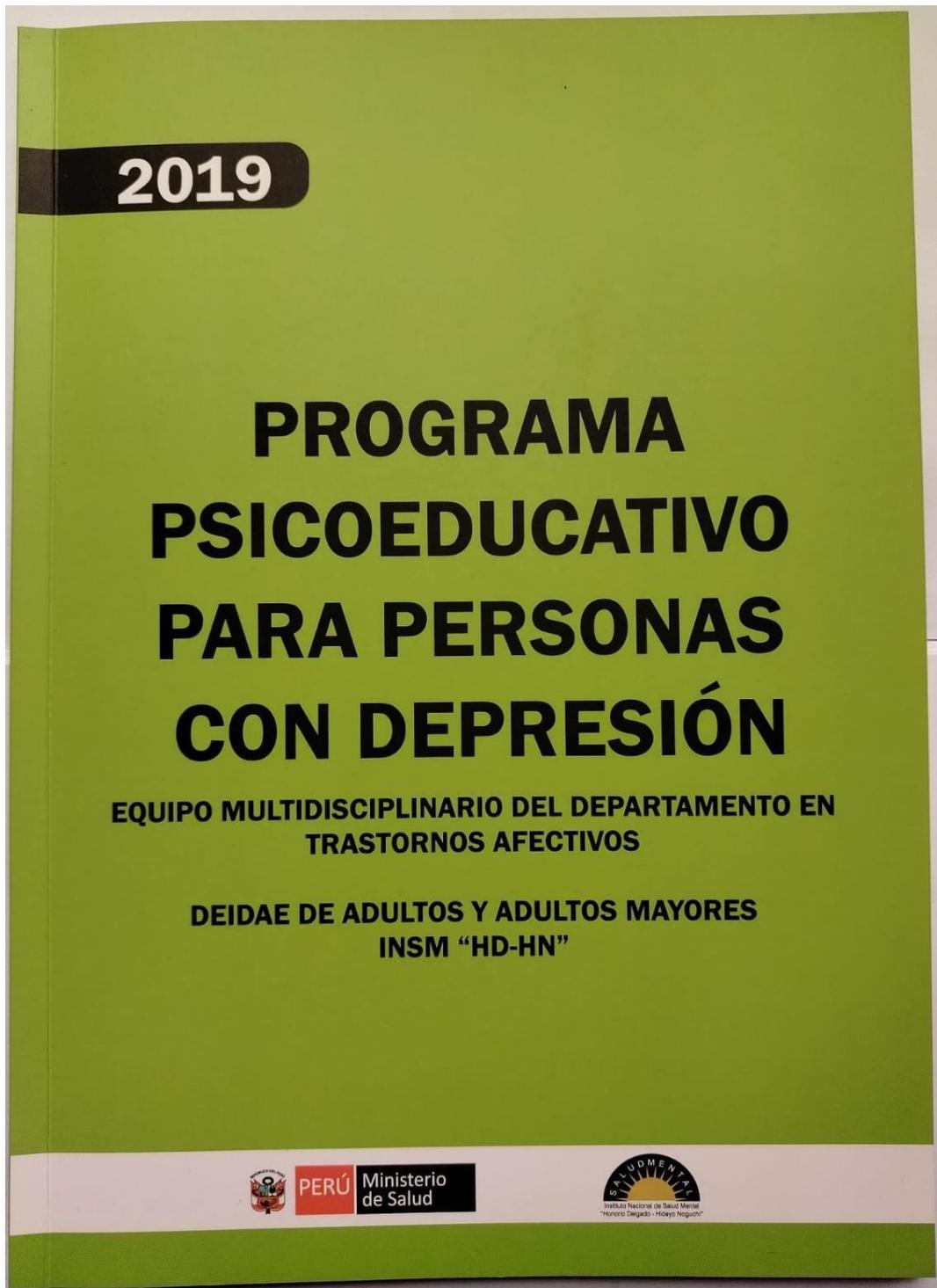
VHL/bchl



BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024



5. Cuadernillo que se entrega a los asistentes al Programa de Psicoeducación



6. Contenido del Programa de Psicoeducación

Tema y Contenidos		Metodología
Sesión 1	Presentación del Programa, Conociendo la Depresión: Definición, epidemiología, etiología y clínica de la Depresión	Expositivo y aprendizaje colaborativo
Sesión 2	Conociendo la Depresión: Diagnóstico, diagnóstico diferencial, pronóstico, comorbilidades	Expositivo y aprendizaje colaborativo
Sesión 3	Tratamiento de la Depresión: No farmacológico y farmacológico	Expositivo y aprendizaje colaborativo
Sesión 4	Autocuidado: Hábitos saludables: alimentación saludable, higiene del sueño, actividad física.	Expositivo y aprendizaje colaborativo
Sesión 5	Autocuidado: Identificación de emociones, autorregulación emocional, manejo del estrés.	Expositivo y aprendizaje colaborativo
Sesión 6	Autocuidado: Técnica de solución de problemas.	Expositivo y aprendizaje colaborativo
Sesión 7	Comunicación familiar, redes y derechos	Expositivo y aprendizaje colaborativo

7. Instrumento de recolección de información

Documento de validación del Instrumento de Recolección de Información según criterio de Jueces

Consta que luego de revisar el proyecto de investigación titulado:

Relación entre Psicoeducación y Adherencia al tratamiento en adultos con depresión en el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi" 2018-2023. Se valida la ficha de recolección de información, la cual tiene la estructura necesaria para su desarrollo.

Por tanto, damos la conformidad de ello mediante firma, sello y número de documento de identidad.

Nombre y Apellidos del Profesional	Especialidad	N° de DNI, Firma y sello
ABEL SAGASTEGUI FOTO	Psiquiatría	 MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI" "HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI" Med. Psiq. ABEL SAGASTEGUI SOTO Director de Asesoría y Apoyo Metodológico DEIDAE de Adultos y Adultos Mayores C.M.P. 21912 S.N.E. 11211 DNI 10136370
Paula Puy Gros	Psiquiatra Epidemiología	 MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI" Med. Psiq. PAULA PUY GROSSO Directora de Asesoría y Apoyo Metodológico C.M.P. 48251 S.N.E. 33450 4189013
Luis Revollo B.	Psiquiatra	 MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI" "HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI" Med. Psiq. LUIS REVOLLO BUSTAMANTE Directora Ejecutiva DEIDAE de Adultos y Adultos Mayores C.M.P. 20872 S.N.E. 27773 DNI 09239581

Lima, abril del 2023