



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR, CIUDAD DE MÉXICO**



**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 21
FRANCISCO DEL PASO Y TRONCO**

TESIS

“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL APEGO A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
EN PACIENTES CON DEPRESIÓN PERTENECIENTES A LA UMF 21 EN EL AÑO
2022”.

NUM. DE REGISTRO: R-2022-3703 031

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. PADILLA SANTOS ALBERTO

ASESOR:

DRA. ALYNE MENDO REYGADAS

CIUDAD DE MÉXICO, 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

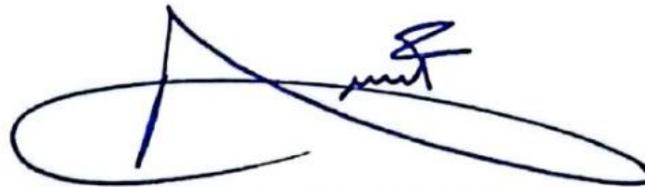
AUTORIZACIÓN DE TESIS



DRA. JENNIFER HERNÁNDEZ FRANCO
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM 21 IMMS
"FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO"

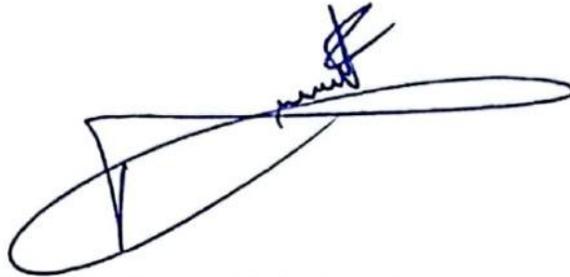


DRA. ALEJANDRA PALACIOS HERNÁNDEZ
ENCARGADA DE LA COORDINACIÓN CLÍNICO DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM 21 IMSS
"FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO"



DRA. ALYNE MENDO REYGADAS
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM 21 IMMS
"FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO"

ASESOR DE TESIS



DRA. ALYNE MENDO REYGADAS
Especialista en Medicina Familiar
Profesora titular del curso de especialización en Medicina Familiar
Matricula 99386975
Unidad de Medicina Familiar Número 21, IMSS
"Francisco del Paso y Troncoso"
Tel 5557686000 extensión 21407
Fax Sin fax
Correo Electrónico alyne_mendo_umf21@gmail.com



AGRADECIMIENTOS

A mis mujeres...

ÍNDICE

AUTORIZACIÓN DE TESIS	2
ASESOR DE TESIS.....	3
AGRADECIMIENTOS.....	4
TÍTULO	7
RESUMEN	8
MARCO TEÓRICO:	10
JUSTIFICACIÓN:.....	33
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:.....	34
OBJETIVO GENERAL:	35
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	36
HIPÓTESIS:.....	37
MATERIAL Y METODOS:	38
PROCEDIMIENTO:.....	39
CRITERIOS DE SELECCIÓN:.....	41
CONTROL DE CALIDAD:	42
CALCULO DE TAMAÑO DE LA MUESTRA:	43
VARIABLES:	45
ANALISIS ESTADISTICO:	47
CONSIDERACIONES ETICAS:.....	48
RESULTADOS:	52
DISCUSIÓN	58
SUGERENCIAS	60
CONCLUSIONES	61

CRONOGRAMA:	62
BIBLIOGRAFIA:	63
ANEXOS	68
INSTRUMENTO	69

TÍTULO

“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL APEGO A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
EN PACIENTES CON DEPRESIÓN PERTENECIENTES A LA UMF 21 EN EL AÑO
2022”.

RESUMEN

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL APEGO A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON DEPRESIÓN PERTENECIENTES A LA UMF 21 EN EL AÑO 2022.

Padilla Santos Alberto ¹

Mendo Reygadas Alyne ²

Marco teórico: Para el 2030 la Depresión será la principal causa de discapacidad en población trabajadora como en jubilados. Secundario a la pandemia por SARS-Cov2 hubo incremento que llegó al 23% en México, con una tasa de abandono al tratamiento farmacológico de hasta el 70% al año de diagnóstico, influenciado por varios factores.

Objetivo General: Evaluar los factores que influyen en el apego al tratamiento farmacológico en pacientes con Depresión adscritos a la UMF No. 21 en el año 2022.

Materiales y Métodos: Estudio analítico, descriptivo y transversal. Se aplicaron dos cuestionarios y ficha de identificación, a pacientes con Depresión adscritos a la UMF No 21 en tratamiento farmacológico. **Resultados:** Muestra de 152 pacientes con el 67.8% de mujeres y 32.2% de hombres, edad en rangos de 10 años, con una frecuencia mayor en décadas de los 40 y 50 años, Bachillerato y Secundaria los grados académicos más frecuentes dentro de la población y Unión libre se llevó el mayor porcentaje de estado civil. Se midieron las Creencias a los Medicamentos arrojando un desacuerdo al ingerir antidepresivos; y de forma general, nuestra población presentó un mal apego a tratamiento farmacológico. **Conclusiones:** La población estudiada presentó un mal apego a tratamiento farmacológico, sin embargo en el presente estudio no se logró observar un factor en específico que influenciara al mal apego a tratamiento de la población, identificando que las Creencias a los medicamentos no es un factor significativo por si solo que favorezca a un correcto apego.

Palabras clave:

Depresión. Apego a tratamiento farmacológico. Factores. Creencias.

1. Médico residente de la especialidad en Medicina Familiar 2. Médico Cirujano con especialidad en Medicina Familiar adscrito a la unidad de medicina familiar número 21.

SUMMARY

FACTORS THAT INFLUENCE ADHERENCE TO PHARMACOLOGICAL TREATMENT IN PATIENTS WITH DEPRESSION BELONGING TO UMF 21 IN THE YEAR 2022

Padilla Santos Alberto ¹

Mendo Reygadas Alyne ²

Theoretical framework: By 2030, Depression will be the main cause of disability in the working population as well as in retirees. Secondary to the SARS-Cov2 pandemic, there was an increase that reached 23% in Mexico, with a rate of abandonment of pharmacological treatment of up to 70% a year after diagnosis, influenced by various factors. **General Objective:** Evaluate the factors that influence adherence to pharmacological treatment in patients with depression assigned to UMF No. 21 in the year 2022. **Materials and Methods:** Analytical, descriptive and cross-sectional study. Two questionnaires and an identification card were applied to patients with depression assigned to the UMF No 21 in pharmacological treatment. **Results:** Sample of 152 patients with 67.8% women and 32.2% men, age ranges of 10 years, with a higher frequency in the 40s and 50s, High School and High School the most frequent academic degrees within the population and common law marriage took the highest percentage of marital status. Medication Beliefs were measured, showing a disagreement when taking antidepressants; and in general, our population presented poor adherence to pharmacological treatment. **Conclusions:** The population studied presented a poor adherence to pharmacological treatment; however in the present study it was not possible to observe a specific factor that influenced the poor adherence to treatment of the population, identifying that Beliefs to medications is not a significant factor. by itself that favors a correct attachment.

Keywords: Depression. Adherence to pharmacological treatment. Factors. Beliefs.

1. Resident doctor of the specialty in Family Medicine. 2. Surgeon with specialty in Family Medicine assigned to the family medicine unit number 21.

MARCO TEÓRICO:

La depresión se define como un trastorno en el que existe una alteración del estado de ánimo, convirtiéndolo en un cuadro patológico que, generalmente, predomina descenso en el humor y clásicamente se manifiesta con síntomas afectivos (como tristeza patológica, caracterizada por decaimiento, irritabilidad y desesperanza; sensación de impotencia y malestar frente a los requerimientos del día a día, sentimientos de dolor profundo, culpa o soledad, etc) aunado a estos síntomas, se acompaña en mayor o menor medida, con síntomas del tipo cognitivo (dentro de ellos el más importante es la anhedonia, la cual se caracteriza por pérdida del interés en las actividades que gratifican el actuar de los individuos, además, presentan retardo psicomotor, apatía que resulta en el descuido de sus actividades cotidianas) y finalmente se acompaña de síntomas del tipo somático (pueden presentarse a la baja o al alza), y suelen ser diferentes entre cada uno de los pacientes, la siguiente lista engloba los más frecuentes y con mayor repercusión en el estado de salud: Cefalea intensa, otros tipos de dolores, alteraciones del sueño, apetito, dispepsia, síntomas de intestino irritable, fatiga no recuperable, somatizaciones, etc; lo que nos lleva a un deterioro del estado inmunológico que predispone a mayor susceptibilidad para presentar cuadros infecciosos, por lo que podemos decir que es una afectación global que no solo afecta el aspecto psíquico, también repercute en lo biológico y social. Así pues, a forma de resumen e integrando toda la gama de síntomas que se presentan los pacientes, la depresión es un trastorno en el que se conjuntan síntomas de las tres esferas del modelo biopsicosocial y que se manifiesta, principalmente, por la pérdida del interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida cotidiana. Que impide el desarrollo cognitivo, emocional y físico, y en su expresión más grave, cuando se afecta el desarrollo conductual del individuo.

Gracias a la gran gama de síntomas que se expresan en este trastorno, en el DSM se desarrollaron, ya desde hace mucho tiempo, los siguientes criterios de diagnóstico, los cuales al paso del tiempo se han ido modificando y extendiendo conforme se va conociendo más sobre la fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de este trastorno, y al día de hoy en el DSM-VR se considera como: Cuadro de depresión mayor, cuando los

pacientes presentan desde cinco o más de los siguientes síntomas, los cuales deben de aparecer al mismo tiempo durante dos semanas¹:

Como presentación principal debemos de encontrar un estado de ánimo deprimido durante gran parte del día, y en casos más graves de este trastorno se aprecia todos los días.

Además el paciente muestra una disminución del interés por las actividades que solían generar dicha, emoción o gratificación, durante casi todo el día, en la mayor parte de los días, que conocemos como anhedonia.

Aparte de las dos características ya mencionadas, se suman, de forma variable las siguientes manifestaciones clínicas:

Una importante pérdida o aumento de peso.

Distorsiones en los hábitos del sueño, que pueden ser en un extremo, insomnio o por otro lado hipersomnia, casi todos los días.

Tanto el paciente como las personas que rodean su entorno observan una mayor agitación o disminución psicomotora, casi todos los días.

La persona se siente fatigada o con falta de energía no recuperable, a pesar de tener un descanso adecuado o que regularmente frecuenta, casi todos los días.

El paciente presenta sentimientos de culpabilidad o inutilidad excesivos sin atribuirlos a un factor determinado.

Dependiendo de la gravedad del cuadro se puede acompañar de dificultad para mantener la concentración o para tomar decisiones en sus actividades cotidianas.

En los cuadros más severos se aprecian los datos de mayor alarma, que son pensamientos relacionados a la muerte de forma continua, que van desde ideaciones suicidas sin un plan específico y determinado para llevarlo a cabo; para progresar a intentos de suicidio más consolidados que pueden llevar a la muerte.

Dado que la afección de este trastorno se observa en más de una esfera personal se deben cumplir los siguientes criterios:

Cuando se presentan todos estos síntomas, se genera un elevado malestar que provoca un deterioro en las diferentes áreas en las que se desenvuelve el paciente que va desde lo personal, laboral o social.

Ya que otras enfermedades pueden afectar globalmente al paciente, los síntomas ya descritos no pueden ni deben estar relacionados al consumo o supresión de una sustancia toxica o de recreación, ser secundarios al efecto fisiopatológico de otra enfermedad.

La depresión es un diagnóstico diferencial para un sinfín de patologías, tanto orgánicas como psíquicas, por lo que no debe concordar mejor con un diagnóstico del trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, esquizofreniforme, trastorno delirante o cualquier otro trastorno no especificado de entre los muchos trastornos psicóticos, que podrían enmascarar un cuadro depresivo.

Que el paciente nunca haya presentado un episodio maníaco o hipomaníaco.

Dependiendo de la presentación clínica con la que se presente la depresión va a variar la severidad de la misma, por lo que se divide en tres estadios:

Depresión leve: En este nivel hay pocos síntomas, si es que hay alguno, que de alguna forma excedan los requeridos para hacer el diagnóstico. Generalmente en esta presentación el síntoma que predomina es la angustia pero que a final de cuentas es manejable por el paciente, y así el deterioro en el funcionamiento personal, social y laboral difícilmente se ven afectados, ocasionando un deterioro menor.

Depresión moderada: Esta presentación es la más complicada para poder estadificar ya que la cantidad e intensidad de los síntomas, no se pueden colocar en lo especificado en los rubros de "leve" o "grave".²

Depresión grave: En este estadio el número de síntomas es superior al mínimo requerido para hacer el diagnóstico, aquí la intensidad de los síntomas es severamente angustiante por lo que los pacientes no pueden manejarlos de una forma correcta, y la gravedad de los síntomas interfieren desmesuradamente con el desarrollo personal, social y ocupacional del paciente.

Para realizar una evaluación integral de la depresión no solo se debe basar en la identificación y recuento de los síntomas, sino que se debe tener en cuenta, de forma muy importante cual es el grado de deterioro funcional y/o discapacidad que presenta cada individuo.

La depresión es un síndrome que se caracteriza por la incapacidad del paciente por manejar el estrés lo que provoca una desregulación del mismo, afectando a todas las emociones, principalmente la tristeza, debido a que no se ha identificado una estructura biológica por sí sola, implicada en la aparición de este trastorno, se han estudiado desde el principio de esta patología, diversas estructuras del Sistema Nervioso Central, y principalmente se ha involucrado que en la integridad de la red fronto-límbica hay una afectación de las estructuras que la conforman, estas alteraciones van desde el tamaño, metabolismo, producción de neurotransmisores, desarrollo embrionario, lesiones previas al nacimiento y durante el desarrollo del individuo, etc. Estas estructuras son las siguientes: hipocampo, corteza cingulada anterior, corteza prefrontal, cuerpo estriado, amígdala y la sustancia blanca presente en ellas, de las cuales se aprecian alteraciones en menor o mayor medida³.

La estructura más estudiada es el hipocampo, a pesar de que el volumen del hipocampo puede variar por diversas patologías y lo largo de la vida de forma normal, juega un papel muy importante en la regulación del estrés, por su efecto inhibitorio sobre el eje HPA, y porque también participa en forma más amplia en el proceso cognitivo y afectivo a través de las conexiones con otras regiones límbicas y prefrontales. Se observó la relación entre volúmenes más pequeños y depresión de difícil manejo. La presencia de depresión a edades más jóvenes, la recurrencia y gravedad de los cuadros cuando los pacientes presentaban esta disminución en el volumen del hipocampo, ha sido bien documentada⁴.

Existen un amplio conocimiento en el que la baja producción o una mala función de los neurotransmisores como la serotonina y la noradrenalina en la red fronto-límbica es la probable responsable de la aparición de este trastorno, sin embargo, hay un avance importante a nivel de la membrana celular, en el cual se ha observado que una alteración en las conexinas, las uniones gap y los hemicanales influyen en la etiología

de la depresión. Si se presenta un bloqueo de uniones gap o hemicanales induce un comportamiento depresivo en diversos modelos animales. Los posibles mecanismos subyacentes incluyen la desregulación de las funciones neurosecretoras y la actividad sináptica en las que participan las uniones gap y los hemicanales. Se observó que en periodos de estrés las uniones gap se cierran y los hemicanales se abren lo que no permite una adecuada función del botón presináptico⁵.

El sistema inmunitario participa en el mantenimiento de la homeostasis a nivel general, y al igual, otros sistemas como el endocrinológico y el sistema nervioso central favorecen a la correcta función por lo que, si se presenta una alteración del uno o del otro podemos presentar fallas en su actividad, generándose un círculo vicioso el cual si tiende a la cronicidad tendrá un impacto en las funciones psicológicas, conducta y respuesta al medio ambiente de las personas. Por lo cual varias alteraciones en el sistema inmunitario se han asociado a la presencia de varios trastornos mentales, principalmente a depresión, exponiendo que hay una alteración importante en la respuesta inflamatoria del organismo con un estado pro-inflamatorio permanente, favoreciendo que estos estados permanezcan por largos periodos de tiempo. Si existe una continua exposición a estrés (estrés crónico) lleva a respuestas inadecuadas de varios mediadores hormonales, inflamatorios y neuro-psiquiátricos. De esta premisa nace la gran asociación que tienen diversas enfermedades autoinmunes y síntomas psiquiátricos, así como el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas en las que independientemente del control que lleven los pacientes se puede presentar una alteración en el estado del ánimo, tendiendo a la depresión⁶.

Lo mencionado anteriormente, son los avances que tenemos al día de hoy sobre las diversas estructuras afectadas en la depresión, pero esto solo se queda en un enfoque biológico y su repercusión a nivel social, sin embargo, hay que tener en cuenta la otra esfera importante que se ve afectada en este trastorno, hablamos la mente o psique de la población. Teniendo en cuenta que durante la primera mitad del siglo XX se iniciaron los primeros estudios sobre la interacción que tiene la mente y el cuerpo, Walter Cannon utilizó el término homeostasis en su obra llamada: "The wisdom of the body", donde inició la descripción de los mecanismos fisiológicos que intervienen en el equilibrio físico-químico y demostró como el estado emocional de un animal, (en sus

estudios utilizó ratas) se relaciona con la peristalsis, sentando las bases para el estudio de este sinergismo entre el estado mental y las respuestas fisiológicas de los seres vivos. Basado en esos estudios y años después, Hans Selye creó el concepto de “Síndrome general de adaptación”, término que fue evolucionando y en la actualidad conocemos como “Estrés”, el cual demostró, también, con ratas; a las cuales aplicaba diferentes agentes nocivos e identificaba los cambios psicofisiológicos de su población en estudio. En el año 1975 el psicólogo Robert Ader y el inmunólogo Nicholas Cohen identificaron que gracias a una señal agresiva al sistema nervioso condicionaba una respuesta inmunológica en el mismo individuo, de ahí nace el término psiconeuroendocrinoinmunología⁷. Estos fueron los avances más importantes para explicar la amplia relación y la profunda influencia que tiene la mente hacia las respuestas biológicas de los organismos.

Ya que son muchos los factores estresantes que influyen en la disminución del ánimo y que las respuestas biológicas secundarias al mismo pueden perpetuar su presencia, tenemos que la mayoría de trastornos depresivos, son trastornos altamente prevalentes, costosos y sobre todo incapacitantes que están relacionados con una función y calidad de vida considerablemente disminuida, comorbilidad médica y alta mortalidad, que finalmente afectan al desarrollo de un individuo, repercutiendo, incluso en el progreso de una nación.

La depresión es uno de los problemas más importantes de salud pública a nivel mundial; aunque se estimaba que en un futuro no muy lejano sería la patología incapacitante más importante en salud pública, sin embargo por factores que se comentarán más adelante, hoy en día, la depresión es la principal causa de discapacidad a nivel mundial y las más recientes estimaciones arrojan que afecta alrededor de 350 millones de personas globalmente. La depresión se ha convertido en una prioridad de salud mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), representa el 10 por ciento de la carga total de enfermedades no mortales en todo el mundo en la población trabajadora posterior a la pandemia por Covid 19. Y históricamente sigue presentando una distribución desproporcionada y poco equitativa, ya que recae en el sexo femenino⁸.

Alrededor de los años 70's, Myrna Weissman mencionó por primera vez la diferencia de género en la depresión, señalando que aproximadamente el doble de mujeres sufre depresión en comparación con el género masculino. En la gran mayoría de los estudios posteriores a esa fecha se encontraron tasas más altas de depresión en mujeres que en hombres, esta proporción fue 2-4:1, la cual no es universal y puede variar en cada región o país, pero generalmente se aprecia el predominio en el sexo femenino. El desarrollo económico, oportunidades laborales, equidad de género, entre otros factores favorecen a la variabilidad de tasas entre regiones, pero se ha observado que a partir de los 15-18 años hay un repunte en los casos de depresión en el género femenino a diferencia de la niñez, donde el género masculino es el más afectado. Existe la teoría que la confluencia de los cambios hormonales y del neurodesarrollo en esta etapa de la vida puede favorecer la mayor prevalencia de depresión en mujeres.

El inicio del trastorno depresivo mayor presenta un patrón bimodal, independientemente del sexo de la población en estudio; la mayoría de los pacientes afectados se presentan en las edades de los años veinte y un segundo pico se produce en los años cincuenta⁹.

Anteriormente se reportaba una prevalencia global en el año 2013 fue del 5.8% en las mujeres y del 3.5% en los hombres. La diferencia de género en la depresión, que generalmente se observa, es el doble de mujeres que experimentan depresión mayor que los hombres, representa una gran disparidad en la salud, manejo y tratamiento¹⁰. En España se creó un programa piloto para mejorar la calidad de atención para pacientes con diagnóstico de depresión sin importar el sexo de los pacientes, con una población de 126,906 pacientes quienes son mayores de 14 años de los cuales la gran mayoría eran mujeres, sin embargo esta distribución de la depresión por sexo se ha ido modificando por muchos factores, aumentando la prevalencia en el sexo masculino, sin embargo, no se ha igualado en la cantidad de pacientes femeninas que padecen esta patología¹¹.

En Atención Primaria la depresión es un problema de salud muy importante ya que a nivel mundial existe una prevalencia que oscila entre el 3.91 y el 14.3% en adultos, alcanzando un 19.7% en adultos mayores de 65 años, en México en el periodo del

2019-2020 se reportó una prevalencia de 23% y en el año 2021 hubo una reducción en esta incidencia alcanzando un 19% y a nivel mundial queda con una prevalencia del 10% a nivel mundial. La mayoría de los pacientes deprimidos son tratados en atención primaria y solo una pequeña proporción de ellos son derivados a los servicios de salud mental o segundo nivel. Los trastornos depresivos que se tratan en la atención primaria suelen ser menos graves que los que se tratan en la atención especializada en salud mental o psiquiátrica. Muchos de estos trastornos no cumplirían los criterios de un trastorno depresivo mayor, pero pueden entenderse mejor como depresión sub-umbral o depresión menor¹². Es importante hacer hincapié en este aspecto en el que los pacientes no cumplen con los criterios diagnósticos de depresión al cien por ciento ya que se estima que mucha población se encuentra en este rubro y generalmente no reciben un manejo médico ni psicológico adecuado y oportuno.

La depresión ha escalado muchos peldaños dentro de las enfermedades más frecuentes en el mundo por lo que la mayoría de estos pacientes serán atendidos por los médicos generales, médicos familiares, internistas y en algunos casos psicólogos que son los encargados de la Atención Primaria. En este nivel de atención se encarga de atender a la mayoría de las necesidades de cuidado de sus respectivas poblaciones y su entorno a lo largo de su vida, pero que al final no solo trata las patologías si no trata al paciente de forma global¹³. También juegan un papel importante en la prevención, rehabilitación y en casos muy específicos brinda tratamiento paliativo de las patologías a las que se enfrenta. La depresión pertenece a las enfermedades más comunes a nivel mundial y a las cinco enfermedades más comunes en la atención primaria. La atención primaria es el primer punto de contacto de los pacientes depresivos y, por tanto, tiene un papel clave en la detección precoz y el tratamiento inicial de los pacientes depresivos. Un trastorno depresivo se presenta con frecuencia con quejas difusas, inespecíficas y principalmente somáticas que pueden enmascarar cuadros más severos. Desgraciadamente en la atención primaria solo se detecta menos de la mitad de los trastornos depresivos¹⁴.

La depresión es un trastorno clínicamente y epidemiológicamente significativo ya en 2015 se estimó como la tercera causa de discapacidad a nivel mundial y que el 50% de

pacientes con antecedente de suicidio (intento o ideación suicida) fueron diagnosticados con cuadro de depresión en grado variable de severidad¹⁵.

El Secretario General de las Naciones Unidas, Antonio Guterres al presentar su informe sobre los efectos de la enfermedad COVID-19 y la salud mental, destacó que los grupos más vulnerables son los trabajadores de la salud, adultos mayores, adolescentes y niños y las personas con afecciones mentales preexistentes¹⁶. Durante este periodo incremento el número de pacientes con una alteración psico-afectiva y sobre todo aumentaron las tasas de suicidio. El aislamiento social, el miedo al contagio, la pérdida de un ser querido o cercano y la falta de ingresos o trabajo son los principales factores que han repercutido en la salud mental durante esta pandemia de la población mundial. Sin embargo en la actualidad hay muy pocas publicaciones, tanto a nivel internacional como en México que investigue la salud mental de forma más específica, los que existen son basados en la literatura y las existentes tienen muchos sesgos por las opiniones personales de los investigadores en turno.

En Wuhan, China en el mes de Diciembre se produjo un brote de una nueva neumonía (COVID-19), la cual se extendió rápidamente por todo el mundo. Este súbito aumento tanto de casos confirmados, decesos y las medidas que se tomaron para enfrentar esta pandemia aumentaron los problemas mentales secundarios a un estrés exacerbado, principalmente la depresión presentó un aumento abrupto, tanto en personal sanitario o de salud como en la población en general con especial énfasis en las personas económicamente activas. Más allá del riesgo médico, la pandemia COVID-19 está teniendo un impacto importante en el aspecto psicológico, personal y social. Varias líneas de investigación se habían centrado previamente en comprender como las poblaciones definen el inicio y el impacto de las epidemias y la forma en como las afrontan, poniendo gran énfasis en el afrontamiento emocional, el cual se vio mermado de forma importante desde el inicio de esta pandemia. El consumo de sustancias psicoactivas durante la pandemia COVID-19 también presentó un aumento significativo ya que ningún país tiene un protocolo formal y bien estructurado para atender los problemas de salud, y los que existen, aunque son importantes, no favorecen a un diagnóstico oportuno, y mucho menos, a favorecer un tratamiento, ya sea psicológico o farmacológico, adecuados. Por lo que muchos pacientes recurrían a otras actividades,

medidas o incluso consultas con personal no capacitado, para mejorar su estado de ánimo.

Dentro del espectro depresivo se pueden identificar un sinnúmero de patologías que suelen cursar con depresión, por lo que es importante vislumbrar cuáles son todas estas patologías, las cuales podrían influir negativamente en los pacientes a la busca de ayuda, apego a tratamiento o incluso a la recuperación al cien por ciento de estos pacientes. La asociación entre los trastornos por consumo de sustancias y la depresión es la patología dual más común con una prevalencia que puede ir desde el 12% hasta 80% alterando la adherencia al tratamiento, así como el seguimiento de los pacientes para posteriores evaluaciones. El identificar un episodio depresivo secundario al consumo de sustancias o un episodio depresivo primario es muy relevante para el manejo de estos pacientes¹⁷. Sin embargo no se ha identificado a ciencia cierta, si la combinación de otras patologías repercute en el apego a tratamiento farmacológico o psicológico de estos pacientes.

En China se observó un incremento de los síntomas depresivos en la población juvenil del 22.6%, el cual es mayor al 17.2% reportado en estudios previos a la enfermedad COVID-19¹⁸. Durante este periodo la reducción de las actividades al aire libre y la interacción social fueron los principales factores que influyeron en el incremento de la depresión en este grupo de pacientes. Estas observaciones sugieren que las enfermedades infecciosas graves pueden influir en la salud mental como otras experiencias traumáticas en esta población, sumado a los padecimientos cónicos con los que este cursando el paciente.

La depresión clínica es un trastorno de salud mental común y debilitante en las tres esferas, siendo la primera causa y más importante de discapacidad global. A nivel mundial, se prevé que el efecto de la depresión en la producción económica agregada será de \$5.36 billones entre 2011 y 2030. La reducción de estos costos sustanciales es un objetivo clave para todos los países independientemente de sus ingresos per cápita y así tener un mejor desarrollo.

Las estimaciones de prevalencia de depresión o síntomas depresivos más altas se produjeron en estudios de pacientes ambulatorios de clínicas de Atención Primaria

(53,0%), seguidos de las clínicas de dermatología (39,0%) y las clínicas de neurología (35,0%). Los análisis de subgrupos mostraron que la prevalencia de depresión y síntomas depresivos en diferentes especialidades varió del 17,0% al 53,0%¹⁹. La prevalencia de depresión y síntomas depresivos fue mayor entre los pacientes ambulatorios de los países en desarrollo que entre los pacientes ambulatorios de los países desarrollados.

Desde la aparición de este trastorno y sus diferentes definiciones, con las que hemos ido evolucionando para su diagnóstico y manejo se han encontrado algunas actitudes o pensamientos estigmatizadores en la población general, personal de salud y en los mismos pacientes afectados, hacia las personas con diagnóstico de depresión y su tratamiento. Estas actitudes o pensamientos resultan bastante interesantes, ya que se trata de una patología prevalente, y que a pesar de tener un adecuado diagnóstico y prescripción de tratamiento, como no ocurre de forma cotidiana con los trastornos mentales en general, la prevalencia de la depresión a los 12 meses de su diagnóstico es del 7%²⁰. Esa actitud estigmatizadora es mucho mayor en los entrevistados más jóvenes (25 y 34 años), lo que contrasta con el hecho de que el trastorno depresivo mayor es más prevalente en dicha población, la prevalencia en jóvenes de 18 a 29 es triple que en mayores de 60 años. Podemos pensar, por tanto, que puede haber un menor conocimiento de la depresión como trastorno en las personas más jóvenes, que lo pueden entender como un malestar pasajero relacionado, por ejemplo, no saber hacer frente a dificultades de baja intensidad que son muy frecuentes en esta población, y pueden no tener en cuenta que un diagnóstico de depresión mayor requiere de la presencia de un malestar significativo o de un deterioro en áreas importantes del funcionamiento de los individuos. Es importante entender que una actitud de cierto rechazo puede disminuir desde el apego a tratamiento y el apoyo que recibe la persona, piezas clave para remontar el episodio depresivo y evitar su recurrencia²¹.

La forma en que perciben las personas con depresión, tanto al trastorno como a su tratamiento, juega un papel sumamente importante en diferentes aspectos, una de ellas es, si hay o no esperanza de poder mejorar, si la persona puede contribuir a su mejora como al acudir a consulta médica o ingerir sus medicamentos. Se identificó en un

estudio observacional que el 73% de los participantes cree que la forma de afrontar la depresión está influida por cómo han enfrentado patologías previas y el 86% de los pacientes entrevistados identificaron a la depresión como una enfermedad grave, colocándola en tercer lugar de gravedad después de enfermedades muy prevalentes y de alto impacto en estos tiempos, como el cáncer y enfermedades cardiovasculares. Esta forma de ver a la depresión como una enfermedad grave podría influir en la respuesta del paciente, asumiendo que él o su entorno tienen poco peso en la mejoría de su situación. Por lo cual es mejor ver a la depresión como un trastorno y no una enfermedad como lo cataloga la Organización Mundial de la Salud o la Asociación Americana de Psiquiatría²².

La multimorbilidad, es un término nuevo que ahora, se usa comúnmente para describir la presencia de dos o más afecciones físicas crónicas, por lo que está aumentando, en gran parte debido a la tendencia global de envejecimiento de la población. A medida que la multimorbilidad se vuelve más común y exige más atención y nuevas formas de administrar la atención médica, se requiere apoyo en términos de construir una mayor comprensión del impacto de la multimorbilidad en la salud general del paciente. Además de la mayor complejidad en el manejo de las necesidades médicas de las personas que viven con multimorbilidad, en comparación con aquellas con una sola enfermedad, existe una variedad de impactos en la función social y emocional que requieren consideración. Uno importante de ellos es el riesgo de presentar depresión. La Encuesta Mundial de Salud de la OMS encontró una mayor prevalencia de depresión en personas que tenían al menos una condición física crónica (9,3 a 23%) en comparación con las que no tenían ninguna (3,2%)²³.

Uno de los retos más importantes en el tratamiento y seguimiento de pacientes que sufren depresión es la insuficiente coordinación entre los distintos niveles de atención, ya que estos pacientes tienden a la cronicidad, comorbilidad asociada y necesidad de atención²⁴.

Uno de los temas más relevantes en la historia moderna de la investigación de la depresión en psicología es la "vulnerabilidad cognitiva". Si bien la mayoría de las personas reaccionan a las adversidades cotidianas sin un cuadro de depresión

significativo, Beck observó que algunas personas son característicamente propensas o tienen predilección a concentrarse en lo negativo y exagerarlo, especialmente en torno a temas de pérdida y agotamiento. Beck planteó la hipótesis de que la depresión es un trastorno del pensamiento sesgado, así como del estado de ánimo, con síntomas emocionales, cognitivos, conductuales y biológicos del síndrome de depresión que surgen de ver el yo, el mundo y el futuro de formas excesivamente negativas²⁵.

En la universidad de Stanford los psicólogos fueron influenciados por la creciente revolución cognitiva en psicología y su énfasis en la memoria, lo social, la personalidad y la psicología clínica en las emociones humanas, percepciones y construcciones del yo, el mundo y el futuro y la repercusión en el estado de salud general de los individuos. El hecho de que a menudo se demostrara que el procesamiento de la información humana era sesgado e ilógico (secundario a las creencias con las que se iban forjando), pero a la vez predecible, tenía implicaciones cruciales para las emociones y los comportamientos, incluidos los relevantes para la psicopatología y la medicina general. Estas observaciones, específicamente sobre el pensamiento sesgado negativamente de los pacientes deprimidos, estimularon algunas de las primeras investigaciones clínicamente relevantes que intentaron sistematizar el pensamiento negativo en estudios analógicos de laboratorio o estudios naturalistas que probaron o criticaron diversas preocupaciones sobre diferentes modelos cognitivos, y finalmente dieron la pauta para definir la cognición depresiva que puede ser el principal factor para presentar depresión así como para favorecer su recurrencia y prevalencia.

Otros factores de riesgo para el desarrollo del trastorno depresivo incluyen estar divorciado o separado, cuadros previos de depresión, niveles elevados de estrés, antecedentes de trauma y antecedentes de trastorno depresivo mayor en familiares de primer grado. En pacientes con trastorno depresivo mayor, la ansiedad coexistente, los síntomas psicóticos, el abuso de sustancias y el trastorno límite de la personalidad se asocian con un peor pronóstico, sin embargo no se ha observado si estas patologías repercuten en el apego a tratamiento antidepresivo en cualquiera de sus formas, solo se ha identificado que estos pacientes presentan una mayor duración de los episodios y una mayor gravedad de los síntomas. En particular, la superposición entre depresión y ansiedad está bien establecida; más del 50% de los pacientes con depresión

informan ansiedad clínicamente significativa y tienen mayor refractariedad a los tratamientos estándar que los pacientes que tienen depresión sin ansiedad²⁵.

A pesar de décadas de investigación, utilizando varios modelos en animales de depresión y comparando con análisis de tejido post mortem de sujetos deprimidos, solo se han desarrollado una cantidad pequeña de nuevos tratamientos para el trastorno de depresión mayor. Afortunadamente, las nuevas herramientas genéticas han ampliado enormemente las oportunidades de los neurocientíficos para comprender mejor a las células y los circuitos involucrados en comportamientos similares a la depresión. Además, varios grupos están investigando la biología de la resiliencia, lo que podría conducir a descubrimientos inesperados en un futuro próximo y a nuevas estrategias terapéuticas destinadas a promover el afrontamiento activo y un mejor apego al tratamiento independientemente de cual se elija en cada paciente.

Aunque existen varias modalidades para tratar los trastornos depresivos, la farmacoterapia sigue siendo la estrategia de tratamiento de primera línea y la más común. La respuesta al tratamiento de primera línea es moderada (40-60%), mientras que la remisión tras el tratamiento antidepresivo se consigue en una minoría de pacientes (30-45%). La evidencia sobre la eficacia de los antidepresivos para el tratamiento del ánimo disminuido es escasa; aproximadamente la mitad de los ensayos indican una respuesta superior a los medicamentos antidepresivos frente al placebo sin embargo, pocos estudios se han centrado en el tratamiento de la depresión subumbral (o menor). A pesar de los aumentos en la prescripción de medicamentos antidepresivos, aún no se han observado disminuciones perceptibles en la prevalencia de la depresión en países donde las comparaciones antes y después han sido factibles. Esto puede deberse a que un número considerable de personas deprimidas continúan recibiendo un tratamiento inadecuado²⁶.

Tanto la medicación antidepresiva y las psicoterapias tienen un efecto positivo similar, sin diferencias significativas entre ellas a corto plazo, sin embargo, a largo plazo la medicación representa un mayor efecto en la salud de los individuos, por lo que los médicos de Atención Primaria tienen predilección al tratamiento farmacológico, caso contrario de lo que pasa en los pacientes quienes de primera instancia prefieren el

tratamiento psicológico. Se estima que el 75% de pacientes prefieren el tratamiento psicológico antes que el psiquiátrico y mientras más joven sea la población esta cifra aumenta²⁷. Pero también se ha observado que entre más severo sea el cuadro de depresión con el que este cursando el paciente es mayor la predilección al tratamiento psiquiátrico.

Extraordinariamente, no existe una definición unificada de depresión resistente al tratamiento. Los métodos de estadificación para medir la resistencia al tratamiento se centran principalmente en el número de veces que se ha prescrito un tratamiento farmacológico. De acuerdo con estos métodos de estadificación, la mayoría de los ensayos clínicos definen un episodio depresivo como resistente al tratamiento si dos o más intentos con medicación antidepresiva no tuvieron éxito. Se sugieren que la depresión crónica severa y/o resistente al tratamiento, también, están relacionadas con déficits de mentalización más pronunciados. Con respecto al proceso y resultado de la psicoterapia, la mentalización es un enfoque específico de los enfoques de la terapia psicodinámica.

En los últimos años, se han desarrollado, complementado y probado varios tipos diferentes de psicoterapia para el tratamiento de depresión en la atención primaria. La psicoterapia se puede definir como: La aplicación informada e intencional de métodos clínicos y posturas interpersonales derivados de principios psicológicos establecidos con el fin de ayudar a las personas a modificar sus comportamientos, cogniciones, emociones y otras características personales en las direcciones que los participantes consideren deseables. Los tipos de terapia que se han practicado y examinado mejor en entornos de atención primaria y depresión, son la terapia cognitivo-conductual (CBT), la terapia de activación conductual (BAT), la psicoterapia interpersonal (IPT), la terapia de resolución de problemas y el asesoramiento no directivo. Existe una cantidad considerable de evidencia de que las psicoterapias son efectivas en el tratamiento de la depresión. Aunque no existe evidencia significativa que una terapia u otra sea mejor, la terapia cognitivo-conductual (TCC) es un tratamiento psicológico más eficaz para el trastorno depresivo mayor, aunque algunos pacientes experimentan una reaparición de los síntomas después de finalizar la terapia. Los pacientes con depresión resistente a la farmacoterapia tratados en entornos de atención psiquiátrica especializada pueden

beneficiarse de complementar el tratamiento habitual con la medicación con TCC²⁸. Un avance interesante e importante en los últimos años es la psicoterapia de larga distancia, a través de Internet y aplicaciones móviles, secundario al aislamiento social provocado por la pandemia de Covid-19. Cada vez es más evidente que los efectos de estas intervenciones son comparables a los de las terapias cara a cara. En un metaanálisis reciente de ensayos en los que se comparó una terapia cara a cara con la misma intervención que se ofreció como tratamiento basado en Internet, no se encontraron diferencias significativas entre estos formatos. Una de las nuevas terapias a distancia que está surgiendo es la autoayuda guiada basada en Internet, a pesar de que no se ha estudiado extensamente se ha identificado que hay una respuesta tanto a las terapias cara a cara o a distancia.

También se han desarrollado múltiples investigaciones sobre el tratamiento farmacológico de la depresión en la que se encontró una leve mejoría comparado con placebo en pacientes con un cuadro leve de depresión, sin embargo en cuadros moderados o severos hubo una mayor respuesta al tratamiento farmacológico. Tanto la medicación como la terapia a corto plazo no muestran una diferencia estadística significativa, pero a largo plazo (un año) si existe esa diferencia la cual es mayor a la observada previamente²⁹, a corto plazo la terapia y la medicación dieron resultados similares, y a largo plazo el tratamiento farmacológico muestra mejores resultados. El tratamiento combinado es más eficaz que la psicoterapia o la farmacoterapia solas, pero esto se ha examinado principalmente en la depresión moderada a grave y no está claro si esto también es cierto para las formas más leves de depresión.

Muchos pacientes tienen respuestas insatisfactorias a los antidepresivos, incluidos los efectos secundarios que generalmente resultan problemáticos para la mayoría de los pacientes a pesar de que estos efectos en su mayor medida son pasajeros; y el riesgo de interacciones medicamentosas que aumentan los efectos adversos tanto del antidepresivo como del otro medicamento agregado. Esta situación ha creado un gran tema de investigación ya que los efectos adversos sería el principal factor que influya en la adherencia o apego a tratamiento farmacológico. Por tanto, existe la necesidad de opciones de tratamiento no farmacológicas basadas en la evidencia. En adultos en edad laboral con depresión leve a moderada, el tratamiento psicológico es eficaz. Sin

embargo, en los adultos mayores la depresión puede diferir en términos de características biológicas, psicológicas y sociales. Las afecciones médicas generales, los déficits cognitivos y otros déficits asociados con la vejez pueden disminuir la aplicabilidad de algunos tratamientos psicológicos, lo que limita la generalización de los resultados informados para adultos más jóvenes o ancianos deprimidos pero por lo demás sanos. Además, la pérdida de seres queridos y amigos y los cambios en la función y la participación social asociados con la jubilación y la vejez podrían tener un impacto en el resultado del tratamiento³⁰.

En las investigaciones de la depresión un rubro que ha crecido ampliamente es sobre el tratamiento ya que desde hace varios años, no se centra, solo, en los antidepresivos clásicos, de los cuales muchos han quedado obsoletos y hay muchas nuevas generaciones, de las terapias psicológicas o terapias intervencionistas, sino que también se ha centrado en los tratamientos alternativos, sin embargo, aún falta evidencia científica que nos indique que estos tratamientos tienen una importancia para el tratamiento de depresión. En 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que los prebióticos, como microorganismos vivos, cuando se toman en ciertas cantidades, producen beneficios para la salud del huésped. En particular, se ha informado que los prebióticos intestinales desempeñan un papel importante en la comunicación bidireccional entre el intestino y el cerebro, por lo cual se piensa que el consumo de prebióticos influye significativamente en nuestro estado emocional, ya que tanto la microbiota existente y los prebióticos consumidos, al realizar su metabolismo producen sustancias neuroactivas como la serotonina y el ácido gamma-aminobutírico así como la disminución de dopamina en Sistema Nervioso Central, con una mejoría de los síntomas depresivos. Si bien se encuentra en sus primeras etapas, la evidencia sugiere que los patrones y factores dietéticos específicos pueden influir en el riesgo de depresión. Sin embargo, como resultado del campo de la psiquiatría nutricional, ya que actualmente no existen recomendaciones dietéticas para la depresión se han investigado diversos alimentos y se han informado hallazgos positivos con menos efectos adversos en comparación con los medicamentos convencionales. Según los datos disponibles, el cohosh negro, la manzanilla, el sauzgatillo, la lavanda, la pasiflora y el azafrán parecen útiles para mitigar la ansiedad o la depresión con perfiles

favorables de riesgo/beneficio en comparación con los tratamientos estándar. Entre los compuestos naturales que muestran actividad similar a la antidepresiva, se ha demostrado que las catequinas presentes en el té verde disminuyen los síntomas depresivos en animales de experimentación, posiblemente en parte a través de la inhibición de la monoamino oxidasa (MAO). Las antocianinas y sus agliconas, responsables del color típico de las bayas, inhiben las isoformas A o B de la MAO. Otros estudios sugieren que los extractos de cacao, cuyos principales componentes son las procianidinas, atenúan los síntomas depresivos en ratas³¹.

Las personas con depresión tienen niveles séricos más bajos de folato e ingesta dietética de folato pobre que las personas sin depresión. En la última década, ha habido un interés considerable en los PUFA n-3 y su papel en la depresión. Estos ácidos grasos son fundamentales para el desarrollo y la función del sistema nervioso central. La evidencia cada vez mayor de ensayos epidemiológicos, de laboratorio y aleatorizados controlados con placebo sugiere que la deficiencia de PUFA n-3 en la dieta puede contribuir al desarrollo de trastornos del estado de ánimo, y la suplementación con PUFA n-3 puede proporcionar una nueva opción de tratamiento. Entre los adultos de 50 años o más sin síntomas depresivos clínicamente relevantes, el tratamiento con vitamina D3 en comparación con placebo no resultó en una diferencia estadísticamente significativa en la incidencia y recurrencia de depresión o síntomas depresivos clínicamente relevantes o en cambios en puntuaciones del estado de ánimo durante un periodo de 5 años.

Otro rubro importante son las terapias que buscan relajar al paciente, por lo que se identificó que las alteraciones de los ritmos circadianos son una característica fundamental de las disfunciones psiquiátricas, incluida el TDM, que tiende a indicar que los relojes biológicos pueden desempeñar un papel en su fisiopatología. Por lo tanto, pueden surgir episodios de depresión y manía o hipomanía como consecuencia de la interrupción de los zeitgebers (señales de tiempo). Además, el hábito de dormir a una hora que está fuera de fase con los otros ritmos biológicos del cuerpo habituales es un hallazgo común en los pacientes deprimidos³².

Las prácticas basadas en el yoga, derivadas de las antiguas prácticas orientales de cuerpo y mente, han ganado popularidad en Occidente durante las últimas décadas. Cada vez hay más pruebas que respaldan los efectos antidepresivos de las intervenciones basadas en el yoga (YBI). Sin embargo, a pesar de la promesa del yoga como un tratamiento potencial para la depresión, la literatura hasta la fecha está marcada por limitaciones metodológicas sustanciales, que siguen siendo una barrera para la integración de las YBI en la atención clínica convencional, pero por sus resultados y gran aceptación por la población se espera tome un papel importante, a futuro, en el tratamiento antidepresivo.

Ya se han revisado las diferentes alternativas que tenemos para tratar la depresión, en donde han aparecido muchos campos de oportunidad y múltiples alternativas las cuales pueden ser mejor aceptadas y toleradas por los pacientes con diagnóstico de depresión, sin embargo, ninguna demuestra una eficacia bien documentada, por lo que debemos de centrarnos en el tratamiento farmacológico convencional ya que es el que ha mostrado mejor respuesta tanto a corto como a largo plazo, pero se han observado múltiples dificultades para lograr un adecuado apego influenciado por diversos factores, tanto sociales, biológicos o personales.

El descubrimiento y desarrollo de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina marcó un hito en la neurofarmacología. Los fármacos de esta clase alteran el funcionamiento del sistema de la serotonina mediante la potenciación de la serotonina a través de la modulación alostérica negativa de su captación neuronal por el transportador de serotonina humano. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina muestran pocos efectos secundarios en comparación con los causados por los antidepresivos tradicionales y varían en las interacciones de unión formadas durante la unión.

Las diferencias sexuales en la eficacia de los antidepresivos se han relacionado con variaciones fisiológicas relacionadas con el sexo, características de comportamiento, enfermedades comórbidas, menopausia, embarazo y adherencia, entre otros factores.

Se ha demostrado que la variación en la grasa corporal, los niveles hormonales y el metabolismo hepático entre sexos afecta la farmacocinética de un fármaco cuando se

administra por vía oral. Aparte de que se han identificado factores específicos del sexo en la presentación clínica, la prevalencia y la capacidad de recuperación de la depresión. Otro factor importante para el desarrollo de un cuadro de depresión es el agotamiento de triptófano que da como resultado una disminución temporal en la producción de serotonina, y esto aumenta los síntomas depresivos en las mujeres significativamente más que en los hombres. Varios estudios sugieren que las mujeres pueden responder mejor a los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) que los hombres.

La evidencia señala que la adición de Fluoxetina a la TCC redujera aún más los síntomas depresivos en los jóvenes con depresión de moderado a grave. Los análisis exploratorios mostraron que la adición de medicación podría ser útil para los pacientes con síntomas de ansiedad comórbidos y para los jóvenes mayores. Aunque los fármacos psicotrópicos actúan sobre las neuronas y las células gliales, no se comprende bien cómo responde la glía y si las respuestas gliales están involucradas en los efectos terapéuticos pero se ha demostrado que la Fluoxetina, lleva su efecto antidepresivo aumentando la gliotransmisión de ATP. El déficit de transporte axonal es un mecanismo clave involucrado en las condiciones neurodegenerativas. Se sabe que la Fluoxetina, un antidepresivo de uso común para el tratamiento de la depresión, regula varios aspectos estructurales y neuroquímicos importantes de las funciones del hipocampo ³³.

Es poco probable que la Sertralina reduzca los síntomas depresivos en 6 semanas de tratamiento, pero observamos mejoras en la ansiedad, la calidad de vida y la autoevaluación de la salud mental, que probablemente sean clínicamente importantes. La Sertralina es un medicamento que se usa para controlar y tratar el trastorno depresivo mayor, obsesivo compulsivo, de pánico, de estrés postraumático, disfórico premenstrual y el trastorno de ansiedad social. Pertenece a la clase de medicamentos ISRS. Esta actividad describe las indicaciones, la acción y las contraindicaciones de la Sertralina como un agente valioso en el tratamiento del trastorno depresivo mayor y otros trastornos.

Se ha identificado que la eficacia del Citalopram es similar a la de otros ISRS e IRSN, pero el Citalopram actúa más rápido que otros ISRS. Los efectos adversos del Citalopram no tienen diferencias significativas en comparación con otros antidepresivos y esos efectos adversos son menores y leves.

Con lo expuesto anteriormente podemos optar por un sinfín de estrategias para tratar el trastorno depresivo mayor, los cuales van desde terapia psicológica, alimenticia y la de mayor peso, la terapia farmacológica, sin embargo, pese a una adecuada prescripción puede haber resistencia y continuar con este trastorno por lo que de última instancia podemos utilizar la terapia electroconvulsiva (TEC) que es el tratamiento más eficaz para la depresión farmacorresistente y severa. En la mayoría de los estudios, las funciones cognitivas, incluida la memoria de trabajo y semántica, solo mostraron un deterioro transitorio después de la TEC, por lo que se considera un procedimiento de bajo riesgo y seguro para los pacientes, aunque su utilización ha estado en desuso³⁴.

Dado que existe una amplia gama de formas para tratar un cuadro depresivo, encontramos que la adherencia o apego al tratamiento farmacológico es el que tiene mayor peso para que los pacientes mejoren su sintomatología y superen un cuadro de depresión desde leve hasta severo.

La adherencia o apego a tratamiento médico se define como el cumplimiento de la dosis y el régimen prescritos durante un período considerado suficientemente adecuado para la respuesta terapéutica, que en la depresión este periodo es de mínimo un año. Se ha observado que personas que surtieron recetas de antidepresivos durante un período de 4 años encontró que la adherencia fue significativamente mayor para los hombres de 20 a 40 años que para las mujeres de esa edad, pero esta relación se revirtió más adelante en la vida para los de 50 a 70 años. La depresión está profundamente arraigada en el comportamiento humano³⁵.

Las guías de práctica clínica son herramientas que ayudan a los médicos a dar un diagnóstico, tratamiento y seguimiento en diferentes patologías, sin embargo en los documentos no se encuentra una guía en cómo debemos afrontar y favorecer una adherencia o apego al tratamiento farmacológico y curiosamente presentan la opción y la importancia de acoplar otro tipo de tratamientos y lograr una mejor respuesta a esta.

El Programa de Iniciación y Participación del Tratamiento utiliza estrategias para identificar las barreras a la adherencia y desarrollar una estrategia de adherencia personalizada. La intervención TIP (Terapia Interpersonal) fue más eficaz para ayudar a los pacientes a lograr una adherencia o apego adecuado durante el período crítico de adherencia temprana. La adherencia adecuada a los antidepresivos fue uno de los resultados de la depresión a los 6 meses. Dadas las altas tasas de depresión, no adherencia y uso de la atención primaria como servicio de salud mental, la implementación a gran escala de una intervención de adherencia específica, como el TIP, podría tener un impacto significativo en la salud pública. Además, el trabajo futuro puede extender el TIP a otros grupos de pacientes con depresión³⁶.

Un adecuado tratamiento antidepresivo aparte de incluir la elección del mejor medicamento para cada paciente, se debe llegar a la dosis y el tiempo mínimo para lograr las metas de tratamiento. Diferentes guías de práctica clínica y bibliografía consultada recomiendan mantener los antidepresivos al menos un año antes de su retirada o hasta seis meses tras obtener una respuesta favorable en el trastorno depresivo. Sin embargo se ha observado que entre el 30 y 70% de pacientes lo interrumpe durante los primeros 3 meses³⁷.

Para evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico utilizamos, la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky de 8 ítems (MMAS-8), la cual nos habla de un apego a la medicación autopercebida por el paciente y estructurada de su conducta en la toma de la medicación de los pacientes y que es ampliamente utilizada en diferentes culturas, en la cual se incluye la mexicana. El instrumento ha sido validado en el idioma castellano. La MMAS-8 es una medida fiable y válida para medir la adherencia a la medicación, y que puede ser utilizada con muestras de pacientes psiquiátricos como los diagnosticados con depresión. La organización de la encuesta favorece que no todas las preguntas de la escala se puedan responder como sí al invertir el orden de algunas de ellas para poder evitar la aparición de sesgos. Para este cuestionario tenemos dos opciones para responder los ítems, consta en las respuestas sí y no, de las preguntas 1 a la 7, y en la pregunta 8 se utiliza una escala de 5 puntos. Se dará el valor de un punto por cada respuesta no y cero puntos si la respuesta es sí excepto en la pregunta cinco donde se invierten los resultados. En la pregunta 8 se realiza un

cociente para obtener la puntuación total. El rango de puntuación total va desde 0 a 8, reflejando la puntuación 8 una alta adherencia, las puntuaciones 7 o 6 reflejan una adherencia media y las puntuaciones inferiores a 6 una baja adherencia.

En estudios previos se ha buscado cuales son los factores con mayor repercusión que influyen en el apego a tratamiento farmacológico, se han considerado variables sociodemográficas, sexo, edad, grado académico, sin embargo, no se ha encontrado evidencia estadística importante que influya en el apego a tratamiento farmacológico, para el siguiente estudio, utilizamos el Cuestionario de Creencias sobre los Medicamentos (Beliefs about Medicines Questionnaire, BMQ) el cual nos ayudara evaluar otro aspecto importante que influye al apego, califica cuales son creencias de los pacientes sobre la medicación y así poder evaluar si estas posturas de ideología influyen en el apego a tratamiento farmacológico. El Cuestionario de Creencias sobre los medicamentos consta de dos etapas. La primera da un enfoque general compuesto por 8 preguntas y la segunda más específica compuesta por 10 preguntas. Los resultados de esta encuesta se enumeran como 1: Totalmente de acuerdo, al 5 “totalmente desacuerdo”. El BMQ-General evalúa dos aspectos con relación a la ingesta de medicamentos, el abuso y daño de los mismos. El BMQ-Específico está diseñado de forma en la que nos permite su utilización en cualquier tipo de tratamiento farmacológico sin importar la patología en la que se esté utilizando, solo necesitamos cambiar el término “medicamento” según el tipo de tratamiento, en este caso se sustituirá por tratamiento “antidepresivo”. Incluye dos etapas: La primera evalúa la necesidad percibida de la medicación y la segunda mide la preocupación sobre las consecuencias de la medicación sobre el paciente. Se dispone de una versión en español del BMQ validada en pacientes psiquiátricos ambulatorios, que son los que principalmente se tratan en Atención Primaria³⁹.

JUSTIFICACIÓN:

Actualmente la depresión afecta a más de 350 millones de personas en el mundo. Para el 2030, se estima, sería la principal causa de discapacidad tanto en pacientes en edad productiva como jubilados, actualmente es el 10 por ciento de prevalencia a nivel mundial, y forma parte de las principales enfermedades no mortales en todo el mundo. Pero, tras la llegada de la pandemia por SARS-COVID se observó un aumento significativo en la prevalencia de este trastorno a nivel mundial y en México. Pese a la gran pérdida económica, productiva y calidad de vida que presentan estos pacientes al momento de su diagnóstico, se ha observado poca disminución en la prevalencia de esta patología a pesar de un diagnóstico oportuno y la administración correcta de tratamiento farmacológico debido a que alrededor del 30-70% de los pacientes abandonan el tratamiento farmacológico en un periodo menor a un año. Por lo que el siguiente trabajo buscó evaluar el grado de apego a tratamiento farmacológico y cuáles son los factores que influyen en el mismo, basado en la aplicación de dos instrumentos; Escala Morisky de adherencia a medicamentos (MMAS-8-ítems) y el Cuestionario de Creencias sobre la Medicación (BMQ); además se capturaron variables sociodemográficas como el sexo, edad, escolaridad y estado civil, variables en las que se ha encontrado mayor significancia estadística. Estos cuestionarios se realizaron en la sala de espera, puerta de acceso y pasillos de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 "Francisco del Paso y Troncoso", aunado a que se contó con la población necesaria para aplicar los instrumentos estadísticos durante el año 2022 y que la semaforización epidemiológica lo permitió. Al evaluar los resultados se valoró la creación de estrategias educativas e informativas que permitan a los pacientes con depresión tener un mejor apego al tratamiento farmacológico, y se busca implementar estas estrategias tanto en el consultorio como en los espacios comunes de la unidad; para mejorar la calidad de vida de la población adscrita a la unidad y disminuir la prevalencia de esta patología después de un año de tratamiento farmacológico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La Depresión es un trastorno en el que la forma de diagnosticar y su tratamiento ha ido evolucionando a través de los años, aparte la prevalencia de esta condición ha llegado a ser de las más importantes (igualando y/o desplazando a enfermedades crónico-degenerativas como Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica, Obesidad, etc.) a nivel mundial y en México y alrededor del año 2030 sería la principal patología que incapacitaría y repercutiría en la calidad de vida, la productividad de la población trabajadora ocasionando un freno en el desarrollo económico en los países con mayor prevalencia y hará que las condiciones de la población adulta mayor empeoren y su esperanza de vida disminuya drásticamente. Dada la actual pandemia por el virus SARS-Cov2 se estima que ese tiempo nos ha alcanzado y el aumento de la prevalencia de la Depresión ha aumentado casi al doble en algunos países, en México aumento un 40% por lo que hay que mejorar la calidad de atención a la oleada de pacientes que se esperan, sin perder de vista, que a pesar de este abrupto aumento de pacientes, serán muchos los que sigan sin diagnóstico, por lo que es alarmante y pone en focos rojos a la Atención Primaria con respecto a esta patología. De los pacientes que acuden a consulta y reciben un tratamiento farmacológico adecuado, tanto en dosis, frecuencia y duración, la prevalencia de la Depresión a un año no se ha visto afectada de forma significativa e incluso una gran cantidad de los pacientes abandonan el tratamiento farmacológico, por lo que este grupo de investigadores nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores que influyen en el apego al tratamiento farmacológico en pacientes con Depresión pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar No. 21 en el año 2022?

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar los factores que influyen en el apego al tratamiento farmacológico en pacientes con Depresión adscritos a la UMF No. 21 “Francisco del paso y Troncoso” en el año 2022.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar el apego a tratamiento farmacológico en pacientes con Depresión.
- Establecer cuales son las Creencias sobre los medicamentos que tienen los pacientes con Depresión.
- Identificar si las Creencias sobre los medicamentos en pacientes con Depresión influyen en el apego a tratamiento farmacológico.
- Reconocer si la edad influye en el apego a tratamiento farmacológico en pacientes con Depresión.
- Diferenciar si el sexo repercute en el apego a tratamiento farmacológico en pacientes con Depresión.
- Reconocer si a mayor escolaridad es mejor el apego a tratamiento farmacológico en pacientes con Depresión.
- Examinar si el estado civil se relaciona con el apego a tratamiento farmacológico en pacientes con Depresión.
- Discutir cual es el factor más importante que influye en el apego a tratamiento farmacológico en pacientes con Depresión.

HIPÓTESIS:

Hipótesis de trabajo: El factor más importante que influye en el apego a tratamiento farmacológico en pacientes con Depresión son las Creencias sobre los medicamentos.

Hipótesis nula: El factor más importante que influye en el apego a tratamiento farmacológico en pacientes con Depresión no son las Creencias sobre los medicamentos.

MATERIAL Y METODOS:

Periodo y sitio del estudio: El siguiente protocolo se realizó en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 durante los meses Junio a Agosto del 2022.

Universo de trabajo: Derechohabientes pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar No. 21, actualmente comprende una población de 143, 064 pacientes adscritos, de los cuales 2, 219 cuentan con algún diagnóstico de Depresión, son habitantes de las alcaldías Iztacalco, Cuauhtémoc y Venustiano Carranza.

Unidad de trabajo: Pacientes con diagnóstico de Depresión (Cuadro de depresión mayor, Depresión leve, moderada o severa, Trastorno mixto de ansiedad y depresión, Depresión melancólica, Episodio depresivo sin síntomas psicóticos) adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 21 “Francisco del Paso y Troncoso”.

Diseño de estudio: Es un estudio analítico, descriptivo y transversal.

PROCEDIMIENTO:

El siguiente protocolo se inició con la selección de un tema de relevancia, tanto por la frecuencia del padecimiento como en el área de trabajo para crear nuevas estrategias en su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, tras leer la lista de temas prioritarios presentada por el Instituto Mexicano del Seguro Social y por la repercusión que la actual pandemia tuvo sobre la población en general se llegó a la elección del tema de Depresión, ya que se observó un aumento en la prevalencia de este trastorno a nivel mundial y también se reportó poca disminución de la prevalencia a un año de tratamiento a pesar de un adecuado diagnóstico, esta contradicción nos encaminó a centrarnos en cuáles eran los factores que influían en la población para tener un apego al tratamiento farmacológico en pacientes con esta patología. Posteriormente continuamos con la búsqueda de información en bases de datos certificadas como Pubmed, sCIELO, BMJ, para recabar información actualizada sobre la Depresión (Definición, epidemiología, diagnóstico, tratamiento farmacológico y no farmacológico, pronóstico e impacto del virus SARS-Cov2 en el aumento de los trastornos mentales, como la depresión). Se definió un marco teórico general, del cual partimos para la elección del instrumento.

La literatura arroja dos formas de evaluar el apego al tratamiento, una de forma objetiva y subjetiva; esta se podría evaluar con encuestas las cuales están certificadas para la población mexicana en el idioma castellano. Tras hacer una nueva búsqueda nos percatamos que las pruebas objetivas eran poco viables para evaluar el apego a tratamiento farmacológico en nuestros pacientes con Depresión, ya que no se cuenta con los recursos e infraestructura necesarios, las farmacias institucionales no son aptas y personal que las atiende no están capacitados, por lo que nos decantamos a elegir los métodos subjetivos que con accesibles encuestas, tanto para los pacientes como para los investigadores, se pueden realizar en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 21.

De los varios instrumentos para valorar el apego y actitud a tratamiento farmacológico se eligieron dos; la escala Morisky de adherencia a los medicamentos (MMAS-8-ítems)

e Cuestionario de Creencias sobre los Medicamentos (BMQ), complementando con la Ficha de identificación para obtener cuatro variables sociodemográficas de importancia (Edad, Sexo, Estado civil y Escolaridad). Basándonos en datos a nivel nacional e institucional se realizó el cálculo de la muestra que es representativa para la Unidad de Medicina Familiar No. 21. Previa revisión y firma de consentimiento informado se otorgaron ambos instrumentos a cada uno de los pacientes para ser contestados.

Al realizar los instrumentos seleccionados a toda la población necesaria para cubrir la muestra calculada, se recabaron los datos y se ingresaron a programas electrónicos para su interpretación y así crear tablas y gráficos. Una vez teniendo agrupados todos los resultados de la investigación se analizaron para para crear una discusión entre los investigadores. Al obtener las conclusiones se plantearon estrategias que nos permitirán mejorar la atención médica y la calidad de vida de los pacientes pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar No. 21 “Francisco del Paso y Troncoso” con diagnóstico de Depresión.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de inclusión: Pacientes con diagnóstico de: Cuadro de depresión mayor, Depresión leve, moderada o severa, Trastorno mixto de ansiedad y depresión, Depresión melancólica y Episodio depresivo sin síntomas psicóticos durante el año 2022. Pacientes adscritos a la UMF 21. Pacientes de edades que van desde los 20 a los 59 años. Paciente que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado previa lectura del mismo. Sexo indistinto.

Criterios de exclusión: Pacientes con diagnóstico de Depresión sin tratamiento farmacológico. Pacientes con alguna discapacidad que no le permitan responder las encuestas o que no sepan leer ni escribir. Pacientes bajo el efecto de alguna sustancia prohibida (Drogas, alcohol, medicamentos psicoactivos, etc). Pacientes con dos o más enfermedades crónicas agregadas.

Criterios de eliminación: Pacientes que no contesten los cuestionarios adecuadamente. Pacientes que soliciten baja del estudio en cualquier momento.

CONTROL DE CALIDAD:

Maniobras para controlar y evitar sesgos:

Sesgos de información: Se efectuó una revisión sistemática en las bases de datos de PUBMED, SciELO, así como de MD Consult, de publicaciones entre 2016 y 2021, que incluirán términos como Depresión, Tratamiento Farmacológico, Tratamiento psicológico, Terapia cognitivo-conductual, Escala Morisky de adherencia a los medicamentos MMAS-8-ítems, Cuestionario de Creencias sobre la Medicación (BMQ), en el idioma español e inglés.

El formato creado de los instrumentos para la recolección fue sometido a una revisión por los asesores de la investigación, para verificar su correcta estructura y la precisión de los datos requeridos para la identificación de los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con Depresión.

Los participantes no serán informados de las hipótesis específicas bajo investigación.

Control de sesgos de selección: Se calculó el tamaño de la muestra para un estudio analítico con una población de pacientes, con un intervalo de confianza de 95%.

No hubo distinción de sexo, edad, nivel educativo y ocupación. Se seleccionaron pacientes con diagnóstico de Cuadro de depresión mayor, Depresión leve, moderada o severa, Trastorno mixto de ansiedad y depresión, Depresión melancólica, Episodio depresivo sin síntomas psicóticos.

Control de sesgos de medición: Se recabaron los datos de pacientes con algún diagnóstico de Depresión durante el periodo de Julio 2021 a Julio 2022. Se leyó y llenó el cuestionario a cada uno de los pacientes, resolviendo las dudas generadas para su correcto llenado.

CALCULO DE TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se realizó un estudio analítico, descriptivo, transversal donde la población finita es de 143, 064 de los cuales 2, 918 pacientes con algún diagnóstico de Depresión (Cuadro de depresión mayor, Depresión leve, moderada o severa, Trastorno mixto de ansiedad y depresión, Depresión melancólica, Episodio depresivo sin síntomas psicóticos) en la Unidad de Medicina Familiar no. 21 y existe actualmente una prevalencia de 10 % de Depresión basados en datos de la Organización Mundial de la Salud, por lo que se decide utilizar la siguiente fórmula para poblaciones finitas:

$$n = \frac{N (Z)^2(p)(q)}{d^2(N - 1) + (Z)^2(p)(q)}$$

n=Muestra

N= Total de la población a estudiar

Z= Índice de riesgo deseado (para una confianza del 95%, la Z es de 1.96)

p= prevalencia del fenómeno en estudio (10%)

q= 1-p

d= precisión del estudio (2-10%), en este caso se utilizará una precisión del 5%

Datos

n= Muestra

N=2, 918

Z= 1.96 de tablas

p= 0.10

q= 1 -0.10=0.90

d2= (0.05)2 = 0.0025

$$n = \frac{(2,918) (1.96)^2(0.10)(0.90)}{(0.0025)(2,918 - 1) + (1.96)^2(0.10)(0.90)}$$

$$n = \frac{(2,918) (3.84)(0.10)(0.90)}{(0.0025)(2,917) + (3.84)(0.10)(0.90)}$$

$$n = \frac{1,008.46}{7.29 + 0.34}$$

$$\frac{n = 1,008.46}{7.63}$$

$$n = 132.1$$

Se agregara 15% de la población de la muestra para prevenir pérdidas durante el estudio la cual es $19.8 = 20$.

$$n = 132.1 + 20$$

$$n = 152$$

VARIABLES:

Variable de trabajo 1: Adherencia terapéutica.

Definición conceptual: Grado en el que el comportamiento de una persona coincide con la forma para tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario o cambios en el estilo de vida, que corresponden con las recomendaciones acordadas por un prestador de asistencia sanitaria.

Definición operativa: Se utilizará la Escala Morisky de Adherencia a los medicamentos que evalúa que tanto apego al tratamiento farmacológico presentan los pacientes. Nos arroja como resultados, adherencia “alta”, “moderada” y “baja”.

Escala de medición: Cualitativa ordinaria.

Variable de trabajo 2: Creencia sobre la medicación.

Definición conceptual: Idea o pensamiento por parte de los pacientes que se asume como verdadera con respecto a la medicación.

Definición operativa: Se utilizará El Cuestionario de Creencias sobre los Medicamentos la cual arroja “totalmente de acuerdo”, “parcialmente de acuerdo”, “de acuerdo”, “parcialmente desacuerdo”, “desacuerdo”, “totalmente desacuerdo”.

Escala de Medición: Cualitativa ordinaria.

Variables de control:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Dato obtenido en años a través de la Ficha de identificación	Cuantitativa discreta	1. 20-29 2. 30-39 3. 40-49 4. 50-59
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina	Dato obtenido a través de la Ficha de identificación	Cualitativa nominal	1. Femenino 2. Masculino
Estado Civil	Condición jurídica de cada individuo de acuerdo a la pertenencia del	Dato obtenido a través de la Ficha de identificación	Cualitativa nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Divorciado 5. Viudo (a)

	estado o nación.			6. Otros
Escolaridad	Período de tiempo que un individuo asiste a la escuela para estudiar y aprender, el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.	Grado máximo de estudio actual el cual es obtenido a través de la Ficha de identificación	Cualitativa ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguno 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato 5. Licenciatura 6. Posgrado
Adherencia terapéutica	Grado en el que el comportamiento de una persona para tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario o cambios en el estilo de vida corresponde con las recomendaciones acordadas por un prestador de asistencia sanitaria.	Dato obtenido a través del instrumento MMAS-8	Cualitativo nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alta 2. Media 3. Baja
Creencias sobre los medicamentos	Conjunto de principios ideológicos de una persona que influyen en la adherencia a la medicación.	Dato obtenido a través del instrumento BMQ	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente de acuerdo 2. Parcialmente de acuerdo 3. De acuerdo 4. Parcialmente en desacuerdo 5. Totalmente en desacuerdo

ANALISIS ESTADISTICO:

Se recabaron los resultados de los 152 instrumentos utilizados y los datos se ingresaron en el programa Excel y SPSS 21. Para análisis de variables cualitativas se utilizaron frecuencias y proporciones para evaluar la distribución de los datos. En resultados de distribución normal se utilizarán pruebas paramétricas. En resultados con distribución libre se utilizarán pruebas no paramétricas.

CONSIDERACIONES ETICAS:

Se sometió al presente estudio de acuerdo al REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, de acuerdo a lo establecido en el artículo 17, en su categoría II. Intervención con riesgo mínimo. –Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos obtenidos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamiento rutinario.

De acuerdo al artículo 17 de La Ley General de Salud, se considera como investigación con riesgo mínimo, ya que solo se contestarán dos encuestas; la Escala Morisky de adherencia a los medicamentos (MMAS-8-ítems) y el Cuestionario de Creencias sobre los Medicamentos (BMQ).

DECLARACION DE HELSINKI, de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, de la 59ª asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008, en su apartado 3 y 6. -El deber del médico es promover y velar por la salud de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica; El bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener primacía sobre todos los intereses de los investigadores.

El siguiente protocolo fue realizado en la Unidad de Medicina Familiar No. 21 “Francisco del Paso y Troncoso” del IMSS y se apegó a los criterios establecidos por la declaración de Helsinki cuyos principios más sobresalientes relacionados con la presente incluyen: 1. La investigación biomédica que implica a personas debe concordar con los principios científicos aceptado universalmente y debe basarse en una experimentación animal y de laboratorio suficiente y en un conocimiento minucioso de la literatura científica. 5. Todo proyecto de investigación biomédica que implique a personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles tanto para las personas como para terceros. La salvaguardia de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad.

El presente estudio, se apegó a los criterios establecidos por la declaración de Helsinki, Será evaluado por un comité de ética, se cumplieron los principios éticos de Respeto al

individuo, Beneficencia y no maleficencia y de Justicia. Se incluirá carta de consentimiento informado antes de realizar la Escala Morisky de adherencia a los medicamentos (MMAS-8-ítems) y el Cuestionario de Creencias sobre los Medicamentos (BMQ).

CONSEJO DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES DE LAS CIENCIAS MÉDICAS (CIOMS). Trata de los principios éticos en investigación en salud, fundada en 1982 en colaboración con la OMS y la UNESCO. De esta se destacan los siguientes apartados, basados en la última actualización 2016.

PAUTA 1: VALOR SOCIAL Y CIENTÍFICO, Y RESPETO DE LOS DERECHOS. La justificación ética para realizar investigaciones relacionadas con la salud en que participen seres humanos radica en su valor social y científico: la perspectiva de generar el conocimiento y los medios necesarios para proteger y promover la salud de las personas.

PAUTA 9: PERSONAS QUE TIENEN CAPACIDAD DE DAR CONSENTIMIENTO INFORMADO. Documentación del consentimiento. El consentimiento puede indicarse de varias maneras. El participante puede expresar consentimiento verbalmente, o firmar un formulario de consentimiento. Por regla general, el participante debería firmar un formulario de consentimiento o, si la persona no tiene capacidad para tomar la decisión, debe hacerlo un tutor legal u otro representante debidamente.

El comité de ética de la investigación puede aprobar una dispensa del requisito de firmar el documento de consentimiento bajo ciertas condiciones.

Su redacción debe ser aprobada por el comité de ética de la investigación. Cuando el consentimiento se haya obtenido verbalmente, los investigadores deben proporcionar la documentación del consentimiento al comité de ética de la investigación, certificada por la persona que obtiene el consentimiento o por un testigo presente al momento de su obtención.

PAUTA 22: Uso de datos obtenidos en línea y de herramientas digitales en la investigación relacionada con la salud

PAUTA 25: Conflictos de intereses Los comités de ética de la investigación también pueden requerir que se limite la participación de los investigadores en un estudio cuando estos tengan un conflicto de intereses.

En el presente estudio, se utilizaron las pautas de la CIOMS, 1, 9, 22 y 25, se solicitó firma de consentimiento informado expresando los riesgos y beneficios de participar en el estudio. Se someterá a una valoración por un comité de ética.

Código de Núremberg: Publicado en 20 de Agosto de 1947 habla sobre la experimentación en seres humanos; para fines de nuestra investigación se destacaron los siguientes: 1: Es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano, 2: El experimento debe ser útil para el bien de la sociedad, 6: El grado de riesgo a tomar nunca debe exceder el nivel determinado por la importancia humanitaria del problema que pueda ser resuelto por el experimento.

En este estudio, nos apegamos al Código de Núremberg, ya que se solicitó la autorización del paciente y la firma de la carta de consentimiento informado.

Informe Belmont: Publicado el 30 de septiembre de 1978; Explica y unifica los principios éticos básicos de diferentes informes de la Comisión Nacional y las regulaciones que incorporan sus recomendaciones. Los tres principios éticos fundamentales para usar sujetos humanos en la investigación son:

-Respeto a las personas: protegiendo la autonomía de todas las personas y tratándolas con cortesía, respeto y teniendo en cuenta el consentimiento informado.

-Beneficencia: maximizar los beneficios para el proyecto de investigación mientras se minimizan los riesgos para los sujetos de la investigación

-Justicia: usar procedimientos razonables, no explotadores y bien considerados para asegurarse que se administran correctamente (en términos de costo-beneficio).

El presente estudio se basó en los tres principios éticos de respeto, beneficencia y justicia, ya que se solicitó consentimiento informado, además de tener riesgos mínimos en la investigación, ya que solo se utilizaron dos cuestionarios; Escala Morisky de Adherencia a los Medicamentos (MMAS-8-ítems) y Cuestionario de Creencias sobre los Medicamentos con una duración máxima de 10 minutos.

Código de Bioética en Medicina Familiar (IMSS): El médico familiar adquiere así el compromiso moral de cumplir con deberes y responsabilidades con el individuo sano o enfermo, la familia y la sociedad. Con el desarrollo del conocimiento propio de esta especialidad, así como con sus colegas y demás profesionales de la atención a la salud, en el marco de un auténtico humanismo.

En este estudio se adquirió la responsabilidad con los pacientes, se obtuvo conocimiento sobre el apego a tratamiento farmacológico en pacientes con depresión y cuáles son los factores que más influyen en el mismo.

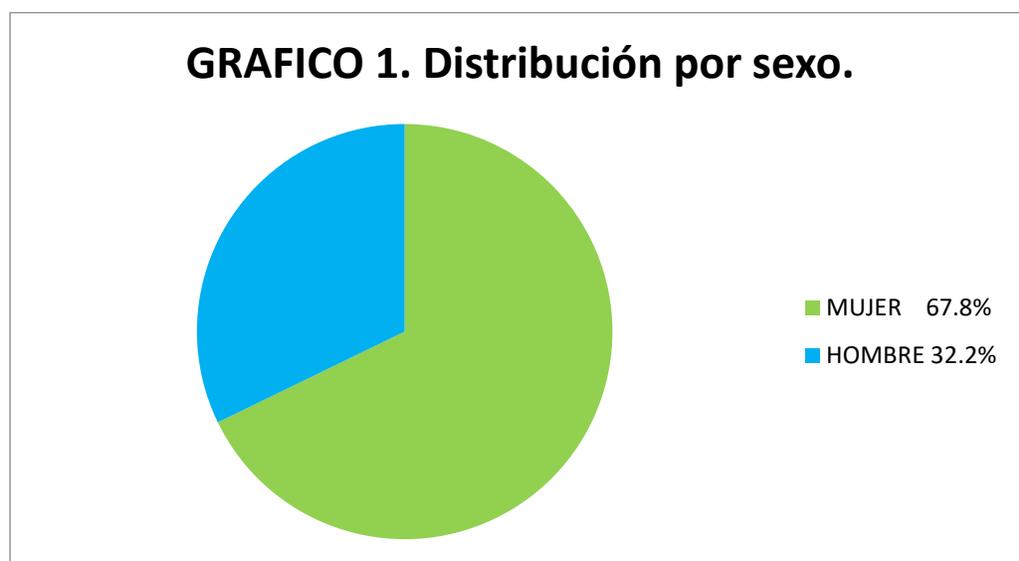
RESULTADOS:

En el presente estudio se obtuvo una muestra de 152, se midieron cuatro características sociodemográficas; sexo, edad, estado civil y escolaridad que se obtuvieron de la ficha de identificación, con el Cuestionario de Creencias sobre medicamentos se obtuvo la perspectiva que se tiene para los medicamentos antidepresivos, y con la Escala Morisky de adherencia a medicamentos se midió el apego a tratamiento médico que tienen los pacientes.

La distribución para el sexo femenino fue de 67.8%, mientras que para el sexo masculino se obtuvo un 32.2%.

TABLA 1. Distribución por sexo.		
SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUJER	103	67.8
HOMBRE	49	32.2
	152	100

Fuente. Base de datos.

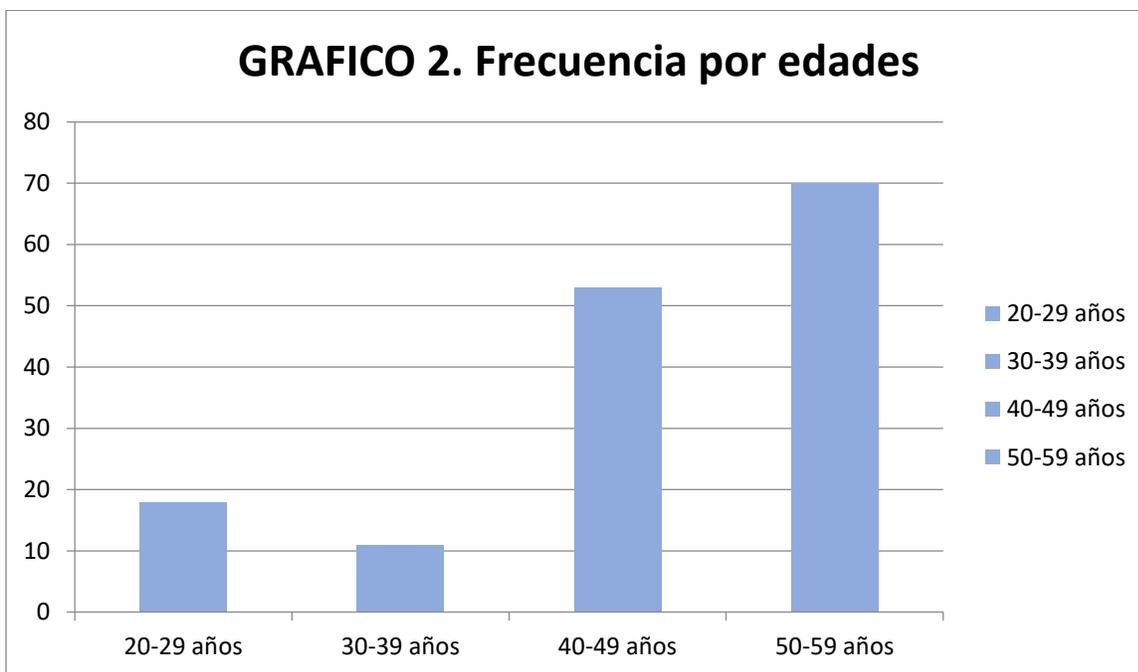


Fuente. Base de datos.

La edad de la población se delimito desde los 20 a 59 años, posteriormente se agruparon en rangos de edad de 10 años, y se obtuvo la siguiente distribución de los datos:

TABLA 2. Distribución por edades		
Rango de edades:	Frecuencia	Porcentaje
20-29 años	18	11.8
30-39 años	11	7.2
40-49 años	53	34.9
50-59 años	70	46.1
	152	100

Fuente. Base de datos.

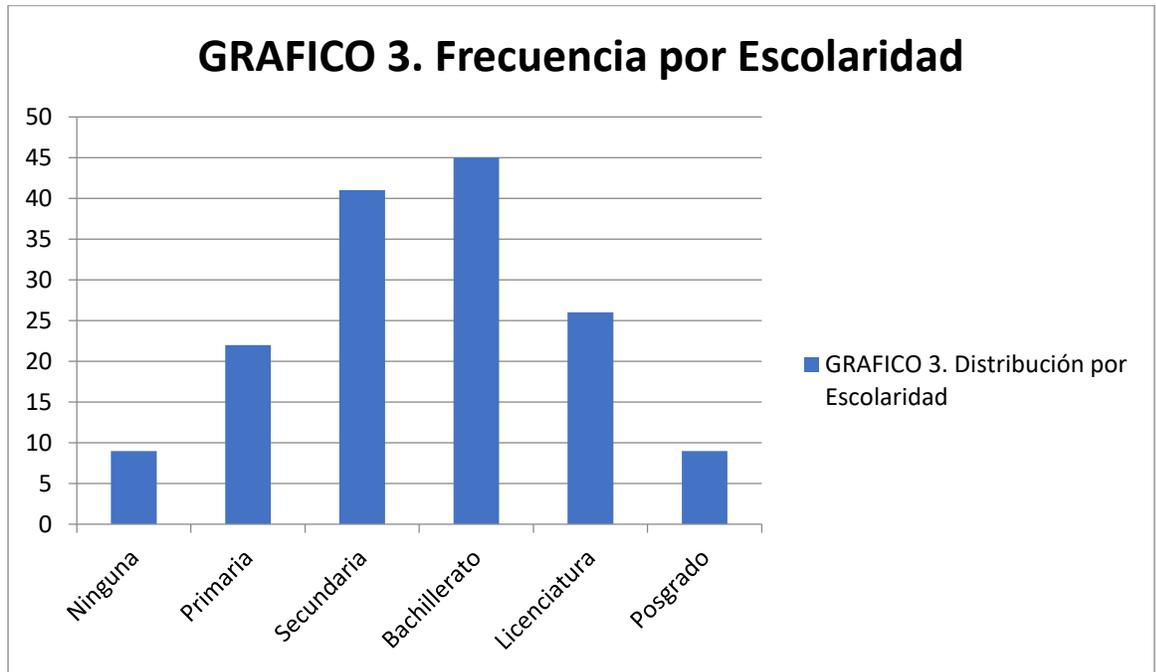


Fuente. Base de datos.

Para el grado académico de la población en estudio se dividieron en 6 grados y se obtuvieron los siguientes resultados:

TABLA 3. Distribución por escolaridad.		
Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	9	5.9
Primaria	22	14.5
Secundaria	41	27
Bachillerato	45	29.6
Licenciatura	26	17.1
Posgrado	9	5.9
	152	100

Fuente. Base de datos.

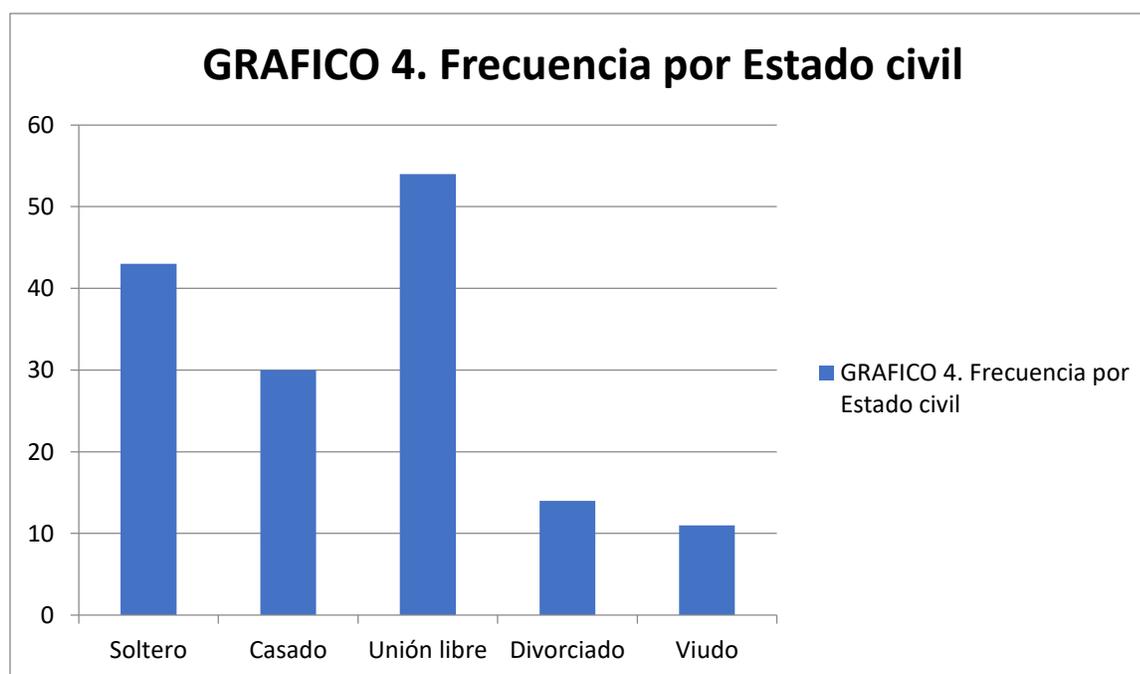


Fuente. Base de datos.

La última característica sociodemográfica que se midió fue el estado civil, Se obtuvo la siguiente distribución.

TABLA 4. Distribución por Estado civil		
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	43	28.3
Casado	30	19.7
Unión libre	54	35.5
Divorciado	14	9.2
Viudo	11	7.2
	152	100

Fuente. Base de datos.

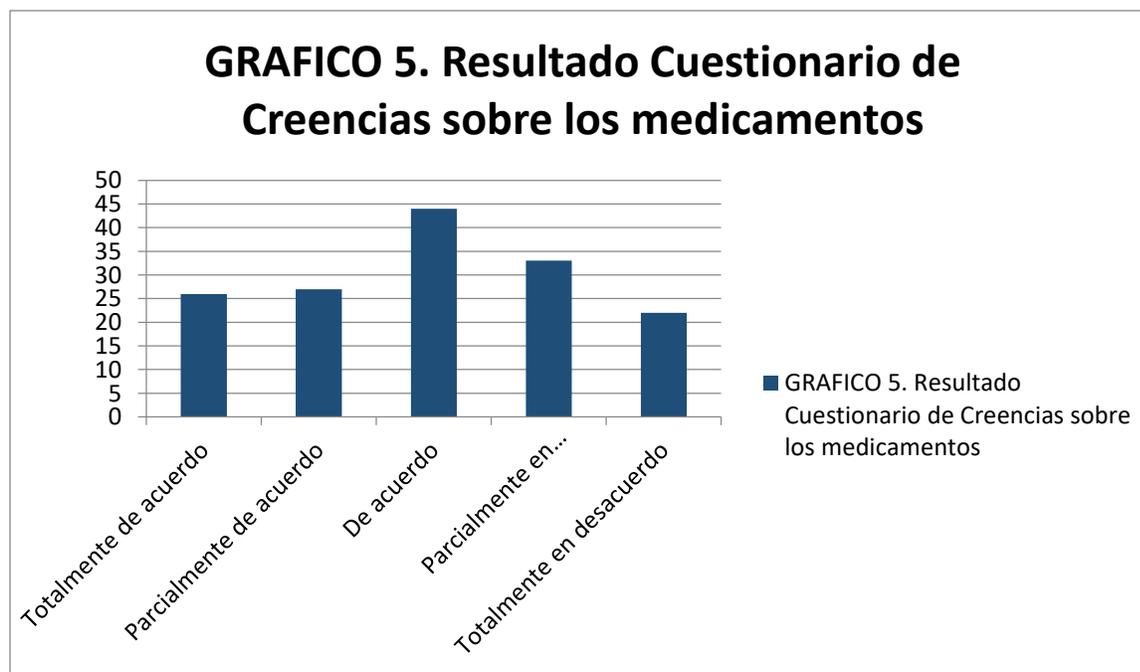


Fuente. Base de datos.

Con el Cuestionario de Creencias sobre los medicamentos que se realizó a los pacientes de este estudio se obtuvieron los siguientes datos.

TABLA 5. Resultados Cuestionario de Creencias sobre los medicamentos		
Resultado	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	26	17.1
Parcialmente de acuerdo	27	17.8
De acuerdo	44	28.9
Parcialmente en desacuerdo	33	21.7
Totalmente en desacuerdo	22	14.5
	152	100

Fuente. Base de datos.

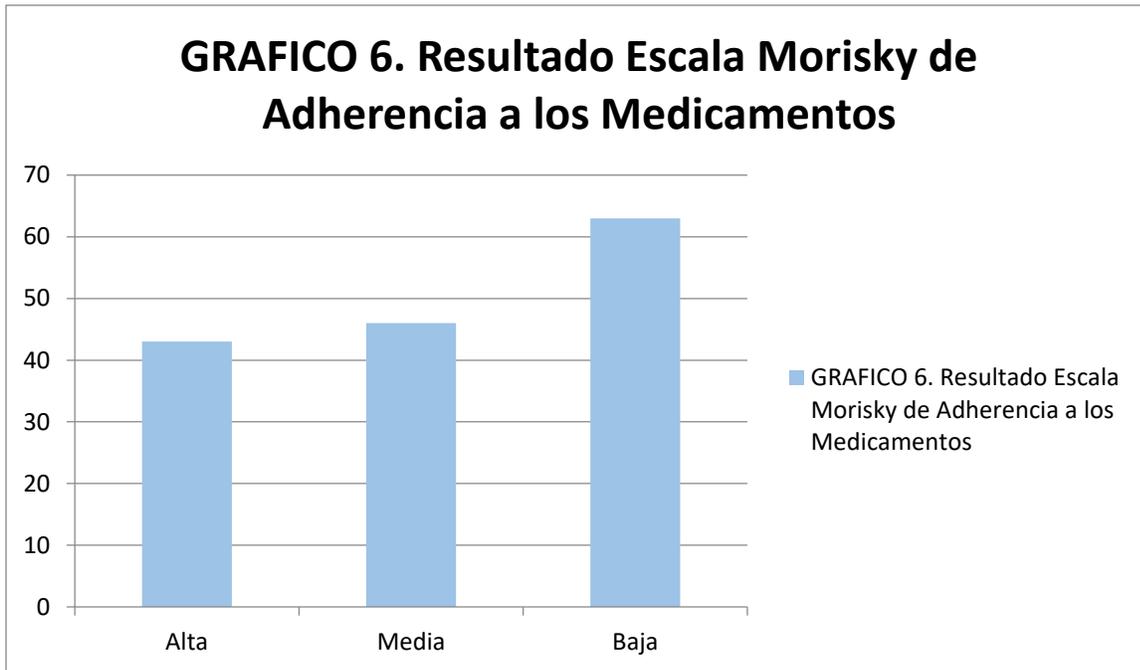


Fuente. Base de datos.

Y finalmente con la Escala Morisky de Adherencia a los Medicamentos se midió el apego a tratamiento médico, se obtuvo la siguiente información.

TABLA 6. Resultado Escala Morisky de Adherencia a los Medicamentos		
Resultado	Frecuencia	Porcentaje
Alta	43	28.3
Media	46	30.3
Baja	63	41.4
	152	100

Fuente. Base de datos.



Fuente. Base de datos.

DISCUSIÓN

Para nuestra población de estudio, se aplicó la Escala Morisky de adherencia a medicamentos, para evaluar de forma general la adherencia al tratamiento farmacológico antidepresivo, mostrando resultados negativos para el apego; malo y regular con 41.4% y 30.3% respectivamente, fueron los más importantes. Solo una pequeña cantidad de la población presentó una adecuada adherencia al tratamiento farmacológico antidepresivo, 28.3%, apenas un poco más de la cuarta parte del total de la muestra.

Mediante los resultados obtenidos con la ficha de identificación y Cuestionario de Creencias sobre medicamentos, se obtuvo que el sexo femenino con un total de 67.8% predominó, en comparación con el sexo masculino que fue de 32.2%, datos que coinciden con los encontrados en el informe anual de la Organización de las Naciones Unidas a nivel internacional y ENSANUT a nivel nacional del año pasado.

El porcentaje más alto de los rangos de edad en los que se dividió nuestra población de estudio, se identificaron dos; el primero 40-49 años y el segundo de 50-59 años, situación que difiere parcialmente en lo encontrado en el estudio “La percepción de la depresión y su tratamiento” donde indican que la depresión, presenta dos picos en su prevalencia, el primero en la década de los veinte y un segundo repunte a los cincuenta años de edad, este segundo pico fue evidente en nuestra población de estudio.

En la escolaridad de la población, los grados más frecuentes son Bachillerato (29.6%) y Secundaria (27%), por otro lado posgrado y escolaridad nula son las menos frecuentes (5.9%); sin embargo, en el último reporte del ENSANUT la escolaridad nula ha presentado un ligero aumento con relación en los últimos años.

La comunidad parece querer compartir la responsabilidad de mantener un hogar con su pareja pero sin un compromiso legal aparente, ya que el estado civil más frecuente en nuestra población de estudio fue la Unión libre (35.5%), seguido de solteros (28.3%), manteniéndose en tercer lugar casados (19.7%). Esta situación con respecto a la dinámica familiar y redes de apoyo es muy importante ya que puede influir de manera significativa al apego a tratamiento farmacológico de nuestra población estudiada.

Con el Cuestionario de Creencias sobre los medicamentos para la depresión se midió cuáles son los principios o ideas generales que tiene la población para consumir medicamentos antidepresivos, casi un tercio de la población mostró estar de acuerdo (28.9%) con consumir estos medicamentos, sin embargo más de un tercio de la población (36.2%) muestran una tendencia a presentar ideas negativas para continuar con el tratamiento antidepresivo a largo plazo.

Finalmente se realizó la prueba estadística Chi cuadrada para evaluar la relación entre las variables sociodemográficas estudiadas, las Creencias sobre los medicamentos antidepresivos y el apego a tratamiento médico de nuestra población; las cuales fueron: Para nuestro estudio el sexo femenino fue el de mayor porcentaje 67.8%, como históricamente se ha presentado en la depresión, al realizar el cálculo estadístico no se encontró relación entre el sexo y la adherencia al tratamiento ($\chi^2 = 4,178$; $p = 0.124$).

En nuestra población se observó un mayor número de pacientes en el rango de edad de 50-59 años (46.1%), el cual equivale a uno de los picos de la prevalencia esperados en depresión, sin embargo para nuestro estudio, la edad no tiene relación con la adherencia al tratamiento antidepresivo ($\chi^2 = 3.656$; $p = 0.723$).

No se pudo constatar asociación entre la adherencia al tratamiento antidepresivo y la Escolaridad ($\chi^2 = 10.010$; $p = 0.440$) y Estado civil ($\chi^2 = 9.565$; $p = 0.297$) de los pacientes participantes en el estudio.

Por último se midieron las Creencias sobre los medicamentos antidepresivos de nuestra población, al buscar la relación con el apego a tratamiento farmacológico se encontró relación estadística significativa entre estas dos variables con un resultado de $\chi^2 = 31.852$; $p = 0.001$.

SUGERENCIAS

Se sugiere a la comunidad médica y de investigadores, evaluar, considerar e incidir en todos los factores que podrían influir en el apego a tratamiento farmacológico en pacientes con Depresión.

Evaluar las Creencias sobre los Medicamentos Antidepresivos del personal de salud que atiende a pacientes con Depresión.

Dada la diferencia significativa entre sexo y Depresión, se sugiere realizar estudios posteriores, enfocados en un solo sexo.

Acudir a centros de concentración para población joven (menores de 40 años de edad) y evaluar de mejor manera el apego a tratamiento farmacológico antidepresivo en este grupo de edad.

Fomentar que la población más joven se acerque a recibir atención médica y seguimiento.

Implementar estrategias que influyan de forma temprana en el apego a tratamiento farmacológico antidepresivo.

CONCLUSIONES

La población estudiada presentó una mala adherencia a tratamiento farmacológico antidepresivo, debido a que solo un tercio de la misma llevan un régimen adecuado para la ingesta de sus medicamentos, el resto de la población se concentra en un apego inadecuado.

La forma en la que vemos y enfrentamos los problemas del día a día se ve influenciado por las creencias, experiencias, ideologías y actitudes que vamos formando a lo largo de nuestra vida. En este estudio se obtuvo que las Creencias sobre Medicamentos de los pacientes pertenecientes a la UMF 21, no es un factor importante, por sí solo, para que los pacientes continúen su tratamiento farmacológico a corto plazo, aunque estadísticamente se obtuvo un valor positivo, clínicamente no se ve reflejado en el apego al tratamiento que presentó nuestra población.

Dado el gran porcentaje de pacientes con abandono temprano al tratamiento farmacológico, es importante identificar los factores que podrían influir en el apego. Se realizó este estudio para evaluar si ciertas variables sociodemográficas (Edad, sexo, escolaridad, estado civil) influyen en el apego a tratamiento, sin resultados positivos. Por lo que se debe buscar que otros factores (Sociales y personales) influyen en este apego y así poder mejorar la ingesta de fármacos antidepresivos en nuestros pacientes.

CRONOGRAMA:

“Factores que influyen en el apego a tratamiento farmacológico en pacientes con Depresión pertenecientes a la UMF 21 en el año 2022”.

Autores: Padilla Santos Alberto¹, Mendo Reygadas Alyne².

Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar Número 21, IMSS. 1. Médico Residente de Primer Año Medicina Familiar 2. Especialista en Medicina Familiar.

	2021							2022												
	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Planeación del Proyecto																				
Marco Teórico																				
Material y Métodos																				
Registro y autorización del proyecto (comité local)																				
Prueba Piloto																				
Etapa de ejecución (Recolección de datos)																				
Análisis de datos																				
Descripción de los Resultados																				
Discusión de los resultados																				
Conclusiones																				
Reporte final (Entrega electrónica)																				
Autorizaciones (hojas firmas)																				

REALIZADO	PROGRAMADO
-----------	------------

BIBLIOGRAFIA:

1. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. 5º edición. Madrid: Editorial Panamericana. 2014.
2. Gujral S. Aizenstein, H. Reynolds, C. F. 3rd, Butters, M. A. & Erickson K. I. (2017). Exercise effects on depression: Possible neural mechanisms. *General hospital psychiatry*. 49 2–10. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2017.04.012>
3. Salk RH. Hyde. JS. Abramson LY (2017). Gender Differences in Depression in Representative National Samples: Meta-Analyses of Diagnoses and Symptoms *Psychologicalbulletin* 143 (8)783.822. <https://doi.org/10.1037/bul0000102>
4. Calderón C. Balagué L. Iruin Á. Retolaza, A. Belaunzaran, J. Basterrechea, J. & Mosquera I. (2016). Colaboración atención primaria-salud mental en la asistencia a pacientes con depresión: evaluación de una experiencia piloto. *Atención primaria*, 48(6) 356–365. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.06.013>
5. Nicolini H. (2020). Depression and anxiety during COVID-19 pandemic. Depresión y ansiedad en los tiempos de la pandemia de COVID-19. *Cirugía y cirujanos*, 88(5), 542–547. <https://doi.org/10.24875/CIRU.M20000067>
6. Ozamiz N. Dosil M. Picaza M. Idoiaga N. (2020). Stress anxiety and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cuadernos de salud pública*. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>
7. Soria V. Uribe J. Salvat N. Palao D. Menchón J. M. Labad J. (2018). Psychoneuroimmunology of mental disorders. Psiconeuroinmunología de los trastornos mentales. *Revista de psiquiatría y salud mental*. 11(2). 115–124. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.07.006>
8. Tirado J. Farré A. Mestre J. Szerman N. Torrens M. (2018). Dual diagnosis in Depression: treatment recommendations. Patología dual en Depresión: recomendaciones en el tratamiento. *Adicciones*. 30(1), 66–76. <https://doi.org/10.20882/adicciones.868>

9. Arrarás J. I. Manrique E. (2019). La percepción de la depresión y de su tratamiento [How depression and its treatment are perceived]. *Anales del sistema sanitario de Navarra*. 42(1). 5–8. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0591>
10. Hammen C. (2018). Risk Factors for Depression: An Autobiographical Review. *Annual review of clinical psychology*. 14. 1–28. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084811>
11. Cuijpers P. Quero S. Dowrick C. Arroll B. (2019). Psychological Treatment of Depression in Primary Care: Recent Developments. *Current psychiatry reports*. 21(12). 129. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1117-x>
12. Huang R. Wang K. Hu J. (2016). Effect of Probiotics on Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Nutrients*. 8(8). 483. <https://doi.org/10.3390/nu8080483>
13. Read J. R. Sharpe L. Modini M. Dear B. (2017). Multimorbidity and depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*. 221. 36–46. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.009>
14. Park L. Zarate C. (2019). Depression in the Primary Care Setting. *The New England journal of medicine* 380(6) 559–568. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1712493>
15. Ménard C. Hodes G. Russo S. (2016). Pathogenesis of depression: Insights from human and rodent studies. *Neuroscience*, 321. 138–162. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2015.05.053>
16. Sramek, J. Murphy, M. Cutler, N. (2016). Sex differences in the psychopharmacological treatment of depression. *Dialogues in clinical neuroscience*, 18(4), 447–457. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2016.18.4/ncutler>
17. MacQueen G. Santaguida P. Keshavarz H. Jaworska N. Levine M. Beyene J. Raina (2017). Systematic Review of Clinical Practice Guidelines for Failed Antidepressant Treatment Response in Major Depressive Disorder, Dysthymia, and Subthreshold Depression in Adults. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 62(1), 11–23. <https://doi.org/10.1177/0706743716664885>

18. Jonsson U. Bertilsson G. Allard P. Gyllensvärd H. Söderlund A. Tham A. Andersson G. (2016). Psychological Treatment of Depression in People Aged 65 Years and Over: A Systematic Review of Efficacy, Safety, and Cost-Effectiveness. *PloS one*, 11(8), e0160859. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160859>
19. Mendoza J. (2019). Circadian insights into the biology of depression: Symptoms, treatments and animal models. *Behavioural brain research*, 376, 112186. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2019.112186>
20. Cepeda M. Katz E. Blacketer C. (2017). Eje microbioma-intestino-cerebro: probióticos y su asociación con la depresión. *Revista de neuropsiquiatría y neurociencias clínicas* 29 (1) 39–44. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.15120410>
21. Stickel S. Wagels L. Wudarczyk O. Jaffee S. Habel U. Schneider F. Chechko N. (2019). Neural correlates of depression in women across the reproductive lifespan-An fMRI review. *Journal of affective disorders*, 246, 556–570. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.133>
22. Maki P. M. Kornstein S. Joffe H. Bromberger J. Board of Trustees for The North American Menopause Society (NAMS) and the Women and Mood Disorders Task Force of the National Network of Depression Centers (2018). Guidelines for the evaluation and treatment of perimenopausal depression: summary and recommendations. *Menopause (New York, N.Y.)*, 25(10), 1069–1085. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001174>
23. Fried E. Epskamp S. Nesse R. Tuerlinckx F. Borsboom, D. (2016). What are 'good' depression symptoms? Comparing the centrality of DSM and non-DSM symptoms of depression in a network analysis. *Journal of affective disorders*, 189, 314–320. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.005>
24. Ferreira M. Castanheira L. Sebastião A. Telles D. (2018). Depression Assessment in Clinical Trials and Pre-clinical Tests: A Critical Review. *Current topics in medicinal chemistry*, 18(19), 1677–1703. <https://doi.org/10.2174/1568026618666181115095920>

25. Richards D. Ekers D. McMillan D. Taylor R. S. (2016). Cost and Outcome of Behavioural Activation versus Cognitive Behavioural Therapy for Depression (COBRA): a randomised, controlled, non-inferiority trial. *Lancet* (London, England), 388(10047), 871–880. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31140-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31140-0)
26. Cladder M. Speckens A. Vrijzen J. T Donders A. Becker E. Spijker J. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy for patients with chronic, treatment-resistant depression: A pragmatic randomized controlled trial. *Depression and anxiety*, 35(10), 914–924. <https://doi.org/10.1002/da.22788>
27. Dietz L. J. (2020). Family-Based Interpersonal Psychotherapy: An Intervention for Preadolescent Depression. *American journal of psychotherapy*, 73(1), 22–28. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20190028>
28. Fischer M. Tmej A. (2019). Mentalization and Depression: Theoretical Concepts, Treatment Approaches and Empirical Studies - an Overview. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 65(2), 162–177. <https://doi.org/10.13109/zptm.2019.65.2.162>
29. Checcucci M. Brunner E. (2019). CME: Depression in der Hausarztpraxis [CME: Depression in Primary Care]. *Praxis*, 108(2), 145–151. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a003168>
30. Nauphal M. Mischoulon D. Uebelacker L. Streeter C. Nyer, M. (2019). Yoga for the treatment of depression: Five questions to move the evidence-base forward. *Complementary therapies in medicine*, 46, 153–157. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2019.08.012>
31. Wojnarowski C. Firth N. Finegan M. Delgadillo J. (2019). Predictors of depression relapse and recurrence after cognitive behavioural therapy: a systematic review and meta-analysis. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 47(5), 514–529. <https://doi.org/10.1017/S1352465819000080>
32. Xia C. Wang Z. Yamakuni T. Chen N. (2018). A novel mechanism of depression: role for connexins. *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 28(4), 483–498. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2018.01.009>

33. Czerwińska A. Pawłowski T. (2020). Cognitive dysfunctions in depression-significance, description and treatment prospects. *Zaburzenia funkcji poznawczych w depresji – znaczenie, charakterystyka oraz możliwości leczenia. Psychiatria polska*, 54(3), 453–466. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/105415>
34. Nabavi S. Daglia M. Braidy N. (2017). Natural products, micronutrients, and nutraceuticals for the treatment of depression: A short review. *Nutritional neuroscience*, 20(3), 180–194. <https://doi.org/10.1080/1028415X.2015.1103461>
35. Davey C. Chanen A. Hetrick S. Cotton S. (2019). The addition of fluoxetine to cognitive behavioural therapy for youth depression (YoDA-C): a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre clinical trial. *The lancet. Psychiatry*, 6(9), 735–744. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30215-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30215-9)
36. Szoke Z. More C. Szoke R. (2020). Selective Inhibition of the Serotonin Transporter in the Treatment of Depression: Sertraline, Fluoxetine and Citalopram. *Neuropsychopharmacologia Hungarica: a Magyar Pszichofarmakologiai Egyesület lapja. Official journal of the Hungarian Association of Psychopharmacology*, 22(1), 4–15.
37. Torres A. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes con depresión. *Multimed. Revista Médica Granma. Enero-Febrero 2019*.
38. García G. Adherencia a los antidepresivos: Reto terapéutico para mejores desenlaces clínicos en pacientes con depresión. *Archivos de Medicina. Vol. 17. Núm. 1. Enero-Julio 2017*
39. De las Cuevas C. Sanz E. Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. 2016. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud. 7. 25-30*.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Factores que influyen en el apego a tratamiento farmacológico en pacientes con Depresión pertenecientes a la UMF 21 en el año 2022”.

Autores: Padilla Santos Alberto¹, Mendo Reygadas Alyne².
 Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar Número 21, IMSS. 1. Médico Residente de Primer Año Medicina Familiar 2. Especialista en Medicina Familiar.



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

Nombre del estudio:	“Factores que influyen en el apego a tratamiento farmacológico en pacientes con Depresión pertenecientes a la UMF 21 en el año 2022”.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica.
Lugar y fecha:	UMF N. 21 ubicada en Eje 4 Sur, Av. Pdte. Plutarco Elías Calles 473, Santa Anita, Iztacalco, CP. 08300, Ciudad de México, Abril-Mayo/ 2022
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	El investigador del siguiente estudio me ha informado que este es necesario para saber cuáles son los factores que influyen para tomar adecuadamente los medicamentos para la Depresión.
Procedimientos:	Realizar el llenado de las encuestas: “Escala Morisky de adherencia a los medicamentos” y “Cuestionario de Creencias sobre los Medicamentos”. El llenado de las dos encuestas se realizará en alrededor de 5 a 10 minutos.
Posibles riesgos y molestias:	Causar tristeza, malestar o incomodidad al conocer su estado de ánimo y dudar si usted se está tomando el medicamento para la Depresión. Enojo por tener mal apego. Inconformidad por cuestionar su estado de ánimo.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Identificar si usted está tomando adecuadamente sus medicamentos para la Depresión. Mejorar su estado de ánimo al tomarse de buena forma sus medicamentos para la Depresión. Apoyar o aclarar las dudas o creencias que tenga respecto al tratamiento con medicamentos para la Depresión.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al concluir las encuestas “Escala Morisky de adherencia a los medicamentos” y “Cuestionario de Creencias sobre los Medicamentos” se explicará al paciente el resultado de los cuestionarios y su significado, se derivará con su Médico Familiar y en caso necesario con el Psiquiatra para mejorar la forma en la que toma sus medicamentos para la Depresión.
Participación o retiro:	Usted como paciente podrá retirarse en cualquier momento del estudio, si así lo desea.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos que proporcione serán confidenciales y se protegerá la privacidad de los mismos, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y usted lo autorice como paciente.
Declaración de consentimiento:	
Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:	
<input type="checkbox"/>	No acepto participar en el estudio.
<input type="checkbox"/>	Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigadora o Investigador Responsable:	Alyne Mendo Reygadas, Especialista en Medicina Familiar, Matrícula: 99386975, Lugar de trabajo: Coordinación Médica, Adscripción: Unidad de Medicina Familiar Número 21, IMSS, Tel.: 5557686000 extensión 21407, Fax: Sin fax. Correo Electrónico: alyne.mendo.umf21@gmail.com
Colaboradores:	Padilla Santos Alberto, Residente de primer año en la especialidad médica de Medicina Familiar, Matrícula: 97389938, Lugar de trabajo: Consulta externa, Adscripción: Unidad de Medicina Familiar Número 21, IMSS, Tel.: 5557686000 extensión 21407, Fax: Sin fax. Correo Electrónico: alberto.padilla.umf21@gmail.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx	
_____ Nombre y firma del participante Testigo 1	_____ Padilla Santos Alberto Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio. Clave: 2810-009-013	

INSTRUMENTO

“Factores que influyen en el apego a tratamiento farmacológico en pacientes con Depresión pertenecientes a la UMF 21 en el año 2022”.

Autores: Padilla Santos Alberto¹, Mendo Reygadas Alyne²,

Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar Número 21, IMSS. 1. Médico Residente de Primer Año Medicina Familiar 2. Especialista en Medicina Familiar.

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

Edad: Sexo: Estado civil: Escolaridad:

Preguntas:	Opciones de respuesta:	
1. ¿Se le olvida alguna vez tomar la medicina para su Depresión?	Sí=0	No=1
2. A algunas personas se les pasa tomarse sus medicinas por otras razones y no por un simple olvido. Si recuerda las últimas dos semanas, ¿Hubo algún día en el que se le olvidó tomar la medicina para su Depresión?	Sí=0	No=1
3. ¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicina sin decírselo a su médico porque se sentía peor al tomarla?	Sí=0	No=1
4. Cuando viaja o está fuera del hogar, ¿Se le olvida llevar la medicina para su Depresión alguna vez??	Sí=0	No=1
5. ¿Tomó la medicina para su Depresión ayer?	Sí=1	No=0
6. Cuando siente que su Depresión está bajo control, ¿De a veces de tomar su medicina?	Sí=0	No=1
7. Tomar medicamentos cada día puede ser un problema para muchas personas. ¿Se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico para su Depresión?	Sí=0	No=1
8. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todas sus medicinas?	Nunca/casi nunca=1 Rara vez=0.75 Algunas veces=0.5 Habitualmente=0.25 Siempre=0	

Cuestionario de Creencias sobre los Medicamentos (BMQ).

BMQ-GENERAL	Totalmente de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	Acuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Abuso					
Los médicos utilizan demasiados medicamentos					
Los médicos confían demasiado en los medicamentos					
Si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recetaría menos medicamentos					
Daño					
La gente que toma medicamentos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo de vez en cuando					
La mayoría de los medicamentos causan adicción					
Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos					
Los medicamentos hacen más mal que bien					
Todos los medicamentos son veneno (tóxicos)					
BMQ-ESPECIFICO					
Necesidad					
Actualmente mi salud depende de la medicación					
Mi vida sería imposible sin la medicación					
Sin medicación estaría muy enfermo/a					
En el futuro mi salud dependerá de la medicación					
La medicación impide que mi enfermedad empeore					
Preocupación					
Me preocupa tener que tomar la medicación					
A veces me preocupo por los efectos a largo plazo de la medicación					
La medicación es un misterio para mí					
La medicación trastorna mi vida					
A veces me preocupo por si llego a ser demasiado dependiente de la medicación					