

# Relación entre psicoeducación y adherencia al tratamiento en adultos con depresión en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, 2018-2023

Relationship between psychoeducation and treatment adherence in adults with depression at the National Institute of Mental Health Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, 2018-2023

María Soledad Carazas-Vera<sup>1, a</sup> 

## RESUMEN

La depresión es un problema de salud pública que ocasiona discapacidad y disminución significativa de la calidad de vida. Múltiples estudios señalan la efectividad de la psicoeducación como parte del tratamiento. **Objetivo:** Determinar la relación entre la psicoeducación estructurada y el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes adultos atendidos en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (INSM HD-HN). **Materiales y métodos:** Estudio observacional, analítico, retrospectivo y transversal. Se revisaron las historias clínicas de 536 pacientes adultos con diagnóstico de trastorno depresivo (TD) y se incluyeron a 268 que habían recibido psicoeducación y a 268 que no lo recibieron. **Resultados:** Se puso en evidencia una asociación significativa entre psicoeducación estructurada y adherencia al tratamiento ( $\chi^2 = 125,26$ ;  $p = 0,000$ ), y se encontró, igualmente, asociación entre el abandono del tratamiento y el no haber recibido psicoeducación estructurada ( $\chi^2 = 10,12$ ;  $p = 0,001$ ). Un 40,1 % de pacientes con TD se adhirieron al tratamiento; 57,6 % de ellos asistieron regularmente a sus citas médicas; el 72 % abandonó el tratamiento durante el período de seguimiento; y un 40,3 % se adhirió a la psicoeducación. La edad ( $\chi^2 = 22,59$ ;  $p = 0,000$ ), el estado civil ( $\chi^2 = 15,45$ ;  $p = 0,009$ ), la ocupación ( $\chi^2 = 15,29$ ;  $p = 0,000$ ) y la comorbilidad ( $\chi^2 = 12,406$ ;  $p = 0,006$ ) estuvieron también asociados a la adherencia al tratamiento. **Conclusiones:** El nivel de adherencia al tratamiento es bajo en la muestra estudiada y repercute en un alto grado de deserciones durante el período de seguimiento. Una psicoeducación estructurada y de naturaleza individual predominante es un factor importante en el logro de mayor adherencia y menor abandono del tratamiento en pacientes deprimidos.

### Citar como:

Carazas-Vera MS. Relación entre psicoeducación y adherencia al tratamiento en adultos con depresión en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, 2018-2023. Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 2024; 87(4): 333-345. DOI: 10.20453/rnp.v87i4.5093

**Recibido:** 21-12-2023

**Aceptado:** 01-09-2024

**En línea:** 31-12-2024

### Correspondencia:

María Soledad Carazas-Vera  
Dirección: Jr. Eloy Espinoza 709,  
Urb. Palao, San Martín de Porres,  
Lima, Perú.  
Contacto: mcarazas@insm.gob.pe



Artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

© La autora

© Revista de Neuro-Psiquiatría

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, Departamento de Trastornos Afectivos. Lima, Perú.

<sup>a</sup> Médico psiquiatra.

Dentro de las variables relacionadas a una mayor adherencia, se toman en cuenta la edad mayor a 60 años, el estado civil casado, la dedicación a labores del hogar y la presencia de una comorbilidad física.

**Palabras clave:** psicoeducación; adherencia; depresión; tratamiento.

## ABSTRACT

Depression is a public health problem that leads to disability and a decreased quality of life. Multiple studies point out the effectiveness of psychoeducation as part of its treatment. **Objective:** To determine the relationship between structured psychoeducation and adherence to treatment in adults patients with depression treated at the National Institute of Mental Health "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (INSM HD-HN). **Methodology:** Observational, analytical, retrospective and transversal study, in which the clinical records of 536 adult patients with a diagnosis of a depressive disorder (DD) were reviewed, 268 of them exposed to psychoeducation and 268 not exposed, were included. **Results:** A significant association between structured psychoeducation and adherence to treatment ( $\chi^2=125.26$ ;  $p=0.000$ ) was evident. Similarly, an association was found between dropping out of treatment and not having received structured psychoeducation ( $\chi^2=10.12$ ;  $p=0.001$ ). A 40.1% of people with DD adhered to the treatment, 57.6% attended regularly their medical appointments, 72% dropped out during the follow-up period, and 40.3% adhered to psychoeducation. Age, ( $\chi^2=22.59$ ;  $p=0.000$ ), marital status ( $\chi^2=15.45$ ;  $p=0.009$ ), occupation ( $\chi^2=15.29$ ;  $p=0.000$ ) and comorbidity ( $\chi^2=12.406$ ;  $p=0.006$ ) were also associated with adherence to treatment. **Conclusions:** Adherence to treatment is low in the studied sample while the dropout level during the follow-up period is high. A well structured psychoeducation, predominantly of an individual nature is an important factor to achieve greater adherence and less desertions of treatment among depressed patients. Variables related to greater adherence to treatment were age over 60 years, married marital status, home working, and having a concurrent physical comorbidity.

**Keywords:** psychoeducation; adherence; depression; treatment.

## INTRODUCCIÓN

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

La depresión afecta al 5 % de los adultos en el mundo, es decir, a 280 millones de personas. Este trastorno, frecuentemente crónico y recurrente, puede complicarse y llevar al suicidio a la persona

que la padece (3, 4). En Latinoamérica afecta también al 5 % de la población adulta, en promedio, pero lamentablemente el 60-75 % no recibe tratamiento (3, 5). En el Perú, las cifras tampoco son muy alentadoras, ya que la depresión es el trastorno mental más común, lo sufren aproximadamente 1 700 000 personas, siendo el 46 % de los casos la población adulta. En Lima Metropolitana, aproximadamente el 6 % de los adultos sufre un episodio depresivo; la depresión es la causante del 60-80 % de suicidios en nuestra ciudad (6-8).

La depresión es una enfermedad tratable, por lo que un diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y eficaz son muy importantes (7, 9). Se evidencia que los antidepresivos son eficaces y seguros en el tratamiento de la depresión, pero la tasa de adherencia a la medicación es baja. En este grupo de pacientes, el

30 % retira el tratamiento antes del tiempo señalado por su médico (10-15). La adherencia temprana es muy importante para el éxito terapéutico. Las consecuencias de la falta de adherencia a los antidepresivos son las recaídas, recurrencias, cronicidad de la enfermedad, malos resultados psicosociales e incremento del número de suicidios (15-18). Por lo tanto, la falta de cumplimiento del tratamiento indicado no permitirá una buena evolución de nuestro paciente (12, 17). Peor aún, el abandono al tratamiento antidepresivo se debe a múltiples factores como la desinformación, los efectos secundarios, pobre respuesta, factores culturales, etc. (12, 13, 15-17, 19-21). Recordemos que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia terapéutica como el grado en que la conducta de una persona (toma de medicación, cumplimiento del régimen dietético, cambios en el estilo de vida, etc.) se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria (7, 15). Es importante aplicar diversas estrategias para mejorar la adherencia a los antidepresivos y disminuir el abandono del tratamiento. Dentro de estas estrategias se encuentra dar más información sobre la enfermedad a los pacientes y allegados (psicoeducación), garantizar el acompañamiento, entre otras estrategias (7, 10-12, 19). La psicoeducación (intervención psicoeducativa) es una intervención en la que se brinda información al paciente y, en algunos casos, a los familiares (22, 23).

Existe evidencia científica que respalda la efectividad de la psicoeducación en el tratamiento y prevención de diferentes trastornos mentales, mejorando la adherencia y el pronóstico (22-25). En depresión, existen diferentes estudios internacionales que ratifican su eficacia (25-29), por lo que se realiza esta investigación para determinar la relación entre participar en psicoeducación estructurada y la adherencia al tratamiento en pacientes adultos con depresión mayor atendidos en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (INSM HD-HN).

## MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación fue observacional, analítica, retrospectiva y transversal; estimó la relación entre la adherencia terapéutica y haber tenido intervención psicoeducativa estructurada en pacientes adultos con trastorno depresivo mayor atendidos en consulta externa del INSM HD-HN entre enero de 2018 y mayo de 2023 en Lima, Perú.

Se contó con la aprobación del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina

Humana de la Universidad de San Martín de Porres y la exoneración de revisión por el Comité Institucional de Ética en Investigación del INSM HD-HN previamente al inicio de la recolección de datos.

## Participantes

Se revisaron las historias clínicas de 536 pacientes que fueron atendidos en la institución desde enero de 2018 hasta mayo de 2023.

Los criterios de inclusión fueron: a) Personas mayores de 18 años de ambos sexos y b) Diagnosticados con trastorno depresivo mayor (F32 o F32.0, F32.1, F32.2, F33.0, F33.1, F33.2) según los criterios de la *Clasificación internacional de enfermedades. Décima revisión (CIE-10)* por los médicos psiquiatras.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes: a) tener un trastorno mental grave (trastorno bipolar, esquizofrenia); b) presencia de ideación suicida o intento suicida; c) patología orgánica en fase terminal; y d) discapacidad sensorial o cognitiva importante.

## Participación en la intervención

### *Psicoeducación/grupo de expuestos*

Los pacientes fueron referidos al INSM desde los centros de salud mental comunitarios u hospitales de referencia. Se atendieron por primera vez en el área de Admisión de Pacientes Nuevos Adultos, se les hizo el diagnóstico y fueron transferidos a los diferentes departamentos (donde se atienden a las personas con trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad y adultos mayores). En cada departamento, los médicos psiquiatras ingresaron a los pacientes a psicoeducación. Es importante recordar que durante la pandemia muchos centros de salud y centros de salud mental comunitarios estuvieron cerrados, por lo que varios pacientes acudieron a nuestra institución y empezaron el tratamiento de patologías con menor nivel de complejidad.

Desde el año 2018 hasta el 2020 se desarrollaron grupos de psicoeducación anualmente, los cuales estuvieron a cargo del Departamento en Trastornos Afectivos y fueron impartidos por el equipo multidisciplinario (psiquiatra, psicóloga, enfermera y trabajadora social). Cada grupo tuvo siete sesiones programadas con anterioridad, cada sesión se realizó en 120 minutos de forma semanal. Se les entregó a los pacientes un material que complementó la información recibida durante las sesiones. Las sesiones se distribuyeron en sesiones informativas de información general sobre la depresión

(epidemiología, etiología, sintomatología, diagnóstico, evolución, comorbilidades y tratamiento), talleres de autocuidado (hábitos saludables, autorregulación emocional, manejo del estrés, técnicas de resolución de problemas), información sobre comunicación familiar, redes y derechos. Se usó la metodología expositiva y de aprendizaje colaborativo. Las sesiones han sido inicialmente de forma presencial, pero en el año 2020 fueron de forma virtual debido a la pandemia.

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

#### *Grupo de no expuestos*

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

#### **Técnicas y procedimiento de recolección de datos**

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

El grupo de los expuestos fueron pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, que recibieron tratamiento habitual (psicofármacos y orientación general por el médico psiquiatra) y psicoeducación. Se tomó la información de las historias clínicas de todos los pacientes que ingresaron

al programa de psicoeducación grupal los diferentes años, por el pequeño número de participantes en la misma, y en los casos que hicieron psicoeducación individual se eligió de forma aleatoria las historias clínicas de los pacientes.

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

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

Se recabaron también los datos sociodemográficos, financiamiento y comorbilidades por cada paciente; asimismo, se contabilizaron las sesiones de psicoeducación y la modalidad que llevó cada paciente. Se consideró como parte de la adherencia al tratamiento la adherencia a psicoeducación estructurada (más del 50% de asistencia a citas de psicoeducación), regularidad en asistencia a citas médicas (asistencia a más del 80% de las citas indicadas por el médico) y el no abandono del tratamiento farmacológico (descontinuación del tratamiento farmacológico por 30 días consecutivos o más). Se contabilizaron estos datos. Se consideraron como pacientes con adherencia al tratamiento a los pacientes que por lo menos cumplieron con dos de los tres criterios señalados. Se pensó también incluir, como parte de la adherencia al tratamiento, el cumplimiento en la toma de medicación de acuerdo con la prescripción médica, pero este dato no se encontró en múltiples historias clínicas por lo que no se consideró.

Se completó la ficha de recolección de datos revisando las historias clínicas del archivo de estadística del INSM y las historias clínicas electrónicas de la plataforma MentalCom. Se recolectaron los datos desde enero de 2018 o desde que ingresó el paciente a la institución hasta su salida/abandono/referencia o última atención, que como plazo máximo fue mayo de 2023.

El análisis estadístico se realizó utilizando el SPSS versión 25.

## RESULTADOS

Participaron en el estudio 536 adultos mayores de 18 años con diagnóstico de depresión. El 50 % no recibió ninguna intervención, el 34,3 % recibió intervención individual y el 15,7 % recibió intervención grupal. De los pacientes que recibieron la intervención, el 78 % fue virtual y el 22 % fue presencial.

La edad promedio de los pacientes con depresión fue de 42,4 años, teniendo un rango de edad desde 17 a 81 años. El 60,6 % de los pacientes con depresión se ubicó entre los 27 y 59 años. El 74 % de nuestra población fue de sexo femenino. Todos los participantes tuvieron como raza la mestiza. El estado civil predominante fue el soltero (59 %). La mayor parte de los participantes tenía como grado de instrucción la secundaria (estaban empleados). Mayoritariamente, los pacientes tenían el seguro integral de salud (SIS), que cubría sus gastos en salud. Del mismo modo, la mayor parte de los pacientes con depresión incluidos en el estudio presentaban alguna comorbilidad mental, es decir, otro trastorno mental agregado (tabla 1).

Se adhirieron al tratamiento el 40,1 % de los pacientes con depresión. Es importante recordar que consideramos adherencia al tratamiento a los pacientes que por lo menos cumplen con dos de tres criterios: adherencia a psicoeducación estructurada (es decir, asistencia a más del 50 % de intervenciones de psicoeducación individual o grupal), regularidad en las citas médicas (asistencia a más del 80 % de citas médicas) y no abandonar el tratamiento (es decir, no discontinuar el tratamiento farmacológico por 30 días consecutivos o más). Asimismo, se evidenció que el 72 % de los pacientes abandonaron el tratamiento en algún momento de su seguimiento. El 57,6 % asistieron regularmente a sus citas médicas y el 40,3 % de participantes se adhirieron a la psicoeducación.

En el análisis inferencial, obtenemos los resultados principales del estudio. Al contrastar la psicoeducación con la adherencia al tratamiento se evidenció que sí existe asociación significativa entre las variables. Es decir, el haber hecho psicoeducación estructurada está asociado a mayor adherencia al tratamiento ( $\chi^2 = 125,26$ ;  $p = 0,000$ ) (tabla 2). Esta asociación tiene *odds ratio* (OR) de 8,97; es decir, las personas que recibieron psicoeducación estructurada tienen casi nueve veces más probabilidades de adherirse al tratamiento.

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

Variables		Frecuencia (%)
Edad (años)	Media	
17-26		119 (22,2)
27-59	42,4	325 (60,6)
≥60		92 (17,2)
Sexo		
Femenino		399 (74,4)
Masculino		137 (25,6)
Raza		
Mestizo		536 (100,0)
Estado civil		
Soltero		316 (59,0)
Casado		106 (19,8)
Conviviente		64 (11,9)
Separado		23 (4,3)
Divorciado		14 (2,6)
Viudo		13 (2,4)
Grado de instrucción		
Primaria		40 (7,5)
Secundaria		259 (48,3)
Superior técnica		72 (13,4)
Superior universitaria		161 (30,0)
Sin instrucción		3 (0,6)
Especial		1 (0,2)
Ocupación		
Empleado		223 (41,6)
Desempleado		174 (32,5)
Ama de casa		139 (25,9)
Financiamiento		
SIS		378 (70,5)
EsSalud		105 (19,6)
Privado/particular		46 (8,6)
Sanidad		7 (1,3)
Comorbilidad		
Ninguna		78 (14,6)
Mental		286 (53,4)
Física		41 (7,6)
Mental y física		131 (24,4)

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

**Tabla 2.** Relación entre psicoeducación y adherencia

Psicoeducación	Adherencia				Total		p
	No		Sí		n	%	
	n	%	n	%			
No	224	69,7	44	20,4	268	50,0	0,000
Sí	97	30,2	171	79,5	268	50,0	
Total	321	100,0	215	100,0	536	100,0	

Prueba de chi-cuadrado.

Al analizar el tipo de intervención psicoeducativa, se evidenció que sí existe asociación entre el tipo de intervención que se les brindó a los pacientes y la adherencia. Existe asociación significativa entre la psicoeducación individual y la adherencia ( $\chi^2 = 131,91$ ;  $p = 0,000$ ); es decir, los pacientes que recibieron psicoeducación individual tuvieron mayor adherencia

terapéutica que los que recibieron psicoeducación grupal. Esta asociación tiene una magnitud de OR de 11,3; es decir, las personas que recibieron psicoeducación individual tienen 11,3 veces más probabilidades de adherirse al tratamiento. Los que no tuvieron ningún tipo de intervención se adhirieron en menor proporción al tratamiento (tabla 3).

**Tabla 3.** Relación entre tipo de intervención y adherencia terapéutica.

Tipo de intervención	Adherencia				Total	
	No		Sí		n	%
	n	%	n	%		
Ninguna	224	83,6	44	16,4	268	100,0
Individual	57	31,0	127	69,0	184	100,0
Grupal	40	47,6	44	52,4	84	100,0
Total	321	59,9	215	40,1	536	100,0

Prueba de chi-cuadrado;  $p = 0,000$ ; OR = 11,3

Al explorar un componente de la adherencia al tratamiento (el abandono), podemos evidenciar que se encontró que sí existe asociación entre estas dos variables; es decir, existe más abandono del tratamiento entre los usuarios que no recibieron psicoeducación estructurada ( $\chi^2 = 15,01$ ;  $p = 0,001$ ). Esta asociación tiene una magnitud OR de 0,53; es decir, las personas que recibieron psicoeducación estructurada tienen 0,53 veces menos posibilidades de abandonar el tratamiento, la psicoeducación es un factor protector.

Al buscar relación entre el tipo de intervención y el abandono al tratamiento, se encontró que sí existía asociación ( $\chi^2 = 15,01$ ;  $p = 0,001$ ); es decir, los pacientes que recibieron psicoeducación individual abandonaron menos el tratamiento en comparación con los pacientes que recibieron psicoeducación grupal y los que no recibieron psicoeducación (tabla 4). Esta asociación tiene una magnitud OR de 0,53; es decir, las personas que recibieron psicoeducación estructurada tienen 0,53 veces menos posibilidades de abandonar el tratamiento, la psicoeducación es un factor protector.

**Tabla 4.** Relación entre tipo de intervención y abandono al tratamiento.

Tipo de intervención	Abandono				Total	
	No		Sí		n	%
	n	%	n	%		
Ninguna	58	21,6	210	78,4	268	100,0
Individual	70	38,0	114	62,0	184	100,0
Grupal	21	25,0	63	75,0	84	100,0
Total	149	27,8	387	72,2	536	100,0

Prueba de chi-cuadrado;  $p = 0,001$ ; OR = 0,53.

Dentro de otras variables relacionadas con el resultado (factores sociodemográficos), se encontró que tienen asociación con la adherencia al tratamiento la edad ( $x^2 = 22,59$ ;  $p = 0,000$ ), el estado civil ( $x^2 = 15,45$ ;  $p = 0,009$ ) y la ocupación ( $x^2 = 15,29$ ;  $p = 0,000$ ). Las personas que más se

adhieren al tratamiento son las personas con mayor edad (prueba t de Student = 0,000). Tener una edad de 60 años a más se asocia a una mayor adherencia al tratamiento. La edad promedio encontrada para los pacientes que sí se adhieren al tratamiento fue de 45,53 años (tabla 5).

**Tabla 5.** Relación entre edad y adherencia al tratamiento.

Adherencia	n	Media	Desviación estándar
Edad			
No	321	40,17	14,144
Sí	215	45,53	15,784

Prueba t de Student = 0,000

Edad	Adherencia				Total	
	No		Sí		n	%
	n	%	n	%		
17 a 26 años	80	67,0	39	33,0	119	100,0
27 a 59 años	206	64,0	119	36,0	325	100,0
60 años a más	35	38,0	57	62,0	92	100,0
Total	321	60,0	215	40,0	536	100,0

Prueba de chi-cuadrado;  $p = 0,000$ .

Respecto al estado civil, estar soltero se asocia a la no adherencia terapéutica; y estar casado se asocia a una mayor adherencia terapéutica (tabla 6).

**Tabla 6.** Relación entre estado civil y adherencia al tratamiento.

Estado civil	Adherencia				Total	
	No		Sí		n	%
	n	%	n	%		
Soltero	205	64,9	111	35,1	316	100,0
Casado	47	44,3	59	55,7	106	100,0
Conviviente	40	62,5	24	37,5	64	100,0
Viudo	6	46,2	7	53,8	13	100,0
Divorciado	8	57,1	6	42,9	14	100,0
Separado	15	65,2	8	34,8	23	100,0
Total	321	59,9	215	40,1	536	100,0

Prueba de chi-cuadrado;  $p = 0,009$ .

En cuanto a la ocupación, estar empleado se asocia a una menor adherencia terapéutica; y ser ama de casa se asocia a una mayor adherencia terapéutica (tabla 7).

**Tabla 7.** Relación entre ocupación y adherencia al tratamiento.

Ocupación	Adherencia				Total	
	No		Sí		n	%
	n	%	n	%		
Empleado	152	68,2	71	31,8	223	100,0
Desempleado	103	59,2	71	40,8	174	100,0
Ama de casa	66	47,5	73	52,5	139	100,0
Total	321	59,9	215	40,1	536	100,0

Prueba de chi-cuadrado;  $p = 0,000$ .

No se encontró asociación entre la adherencia al tratamiento y el sexo, ni con el grado de instrucción. Y con relación al financiamiento, se evidenció que no existe relación entre el financiamiento y la adherencia al tratamiento.

Por último, es importante señalar que se encontró asociación entre padecer comorbilidad y la adherencia

al tratamiento ( $x^2 = 12,406$ ;  $p = 0,006$ ); es decir, tener comorbilidad mental relacionada a la depresión se asocia a no tener adherencia al tratamiento. Por el contrario, tener una comorbilidad física relacionada a la depresión se asocia a tener adherencia al tratamiento (tabla 8).

**Tabla 8.** Relación entre comorbilidad y adherencia terapéutica.

Comorbilidad	Adherencia				Total	
	No		Sí		n	%
	n	%	n	%		
Ninguna	49	63,0	29	37,0	78	100,0
Mental	187	66,0	99	34,0	286	100,0
Física	18	44,0	23	56,0	41	100,0
Mental y física	67	52,0	64	48,0	131	100,0
Total	321	60,0	215	40,0	536	100,0

Prueba de chi-cuadrado;  $p = 0,006$ .

## DISCUSIÓN

Es conocido que la falta de adherencia al tratamiento es la principal causa de no obtener todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes; sin embargo, en el día a día se sigue sin reconocer ello como la primera causa de fracaso terapéutico, llegando muchas veces al incremento de la dosis de los tratamientos y, por consiguiente, al mayor riesgo de efectos adversos en los usuarios. Existen pocos estudios con relación a la adherencia a las intervenciones psicosociales y/o psicoterapias, a pesar de su importante rol y efectividad en el tratamiento de la depresión. La falta de adherencia terapéutica es un problema de gran impacto a nivel mundial, sobre todo en pacientes con enfermedades crónicas. Se menciona en este grupo la adherencia promedio al 50 % y se piensa que las cifras son más bajas en países en desarrollo (11, 15-18). Estas tasas las podemos evidenciar en nuestro estudio, en el que se adhirieron al tratamiento el 40,1 % de nuestros pacientes con depresión. Estas cifras bajas se explican probablemente por el largo seguimiento que se ha hecho a la población de estudio, en algunos por 5 años y en otros casos en menor tiempo.

En nuestra población, también se evidenció que el abandono del tratamiento medicamentoso fue alto (72 %); esto nos indica que gran parte de nuestra población dejó el tratamiento farmacológico en algún momento del seguimiento. Estas tasas superan lo reportado en otros estudios, en los que se habla del 30-60 % de discontinuación de tratamiento antidepresivo durante los tres primeros meses de iniciado el tratamiento (12, 14, 15, 18, 19).

El tiempo de seguimiento que encontramos varía con respecto a otros estudios, ya que en el nuestro el seguimiento de algunos usuarios es de hasta 5 años; debido a ello aumenta la probabilidad de discontinuación del tratamiento. Estos datos van de la mano con lo señalado por Velligan et al. (17), que mencionan que el cumplimiento con los antidepresivos decae con el pasar del tiempo y la interrupción de la medicación es cada vez mayor entre los pacientes con depresión. Johnson y Hotopf, en 1981 y 1997, respectivamente, informaron que las tasas de interrupción del tratamiento con antidepresivos son mayores al transcurrir las semanas, incluso se piensa que la depresión tiene factores propios que aumentan el incumplimiento del tratamiento farmacológico (17).

Nuestro estudio nos muestra datos reales en pacientes de consulta externa con depresión recurrente que

requieren tratamientos largos y en los que podrían coexistir otros factores para el no cumplimiento del tratamiento farmacológico que hacen posible la discontinuación o abandono de este. Dentro de estos factores debemos considerar las características de los pacientes (síntomas, funcionalidad, capacidad cognitiva y comorbilidades), las características de la medicación, las barreras para el cumplimiento de la medicación (ingresos, seguro y transporte), las influencias de la familia, cuidadores y amigos (cohesión/conflictos familiares, soporte familiar, creencias sobre la medicación y estigma hacia enfermedad/tratamiento), y la relación con el equipo médico (11, 12, 15-17, 30, 31). Es importante también mencionar que el 57,6 % de regularidad en asistencia a las citas médicas que se encontró en nuestro estudio, no indica el control de seguimiento que tuvieron los pacientes al asistir. Este dato se relaciona con la baja adherencia encontrada y se explica también por los múltiples factores asociados al bajo cumplimiento de la medicación, previamente señalados. No se han realizado estudios similares en personas con depresión en nuestro país.

Se evidenció en el estudio que la psicoeducación se relaciona de forma significativa con la mayor adherencia terapéutica. El 80 % de los que se adhirieron al tratamiento habían hecho psicoeducación y el 70 % de los que no se adhirieron no habían hecho psicoeducación. El hecho de haber realizado la psicoeducación estructurada aumentó la adherencia al tratamiento. Este dato está respaldado por los múltiples estudios revisados en los que se recomienda esta intervención como estrategia de mejora a la adherencia terapéutica (11, 15, 16, 18, 19, 22, 27, 28). Asimismo, es recomendable que la información sea personalizada enfocada en las deficiencias que se encuentren en cada paciente y adaptada a los recursos que tiene cada paciente (16). Este estilo de intervención es más factible en la psicoeducación individual, ya que es posible la interacción persona a persona. Esto viene apoyado por los resultados de nuestra investigación en la que se encontró que la adherencia al tratamiento fue mayor con un 69 % de personas con depresión que recibieron intervención individual, en comparación con 52 % de los que recibieron psicoeducación grupal y del 16,4 % de personas que no recibieron ninguna intervención. Estos hallazgos corroboran lo señalado entre adherencia y psicoeducación.

Un hallazgo esperado, por lo mencionado por la literatura, fue la relación significativa entre la psicoeducación y el abandono al tratamiento. Se observó en nuestro estudio que el abandono al

tratamiento farmacológico fue mayor entre los que no recibieron psicoeducación (54 %) en comparación con los que sí recibieron la intervención (46 %); así como los que no abandonaron el tratamiento participaron mayoritariamente de la psicoeducación estructurada (61 %) en comparación con los que no participaron (39 %). Como se ha mencionado antes, ante una menor información es más probable el abandono del tratamiento (11, 15-17, 30). Al ver el detalle de la intervención, podemos identificar que los pacientes que no tuvieron ninguna intervención tuvieron un abandono mayor del 78 %, en comparación con los que tuvieron una psicoeducación grupal del 75 % y de los que recibieron psicoeducación individual de 62 %. El estudio evidencia una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de intervención y el abandono del tratamiento. No se encontraron estudios en los que se evalúen las diferencias en una misma población entre la intervención individual y grupal, este es otro aporte de nuestro estudio.

Con relación a los factores sociodemográficos relacionados con el resultado, se evidenció que tienen asociación estadísticamente significativa con la edad, el estado civil y la ocupación. En relación con la edad, los que se adhirieron al tratamiento tuvieron en promedio 5 años más en comparación con los que no se adhirieron. El grupo con mayor adherencia fue el grupo con edades mayores a 60 años (20), encontrándose menor adherencia a menor edad. El grupo de menor edad no tuvo adherencia al tratamiento, estos datos son comparables a los mostrados en otros estudios en los que se encontró menor adherencia al tratamiento a menor edad (13, 17, 21). Es cierto que existe una amplia variedad de asociación entre la edad y la adherencia terapéutica en las diferentes poblaciones de diversos estudios.

La edad avanzada se asocia a mayor adherencia al tratamiento, como lo muestran algunos estudios. La razón de nuestro resultado se podría explicar por la madurez y el compromiso que tienen los adultos mayores con su tratamiento, o por el acompañamiento de un cuidador que supervisa o se encarga de la medicación lo que podría influir en una mayor comprensión de la importancia de la adherencia al tratamiento, contrastando con lo reportado por Solmi et al. (15). Asimismo, otros plantean que tener un número más alto de comorbilidades médicas se asoció con un mejor cumplimiento del tratamiento con antidepresivos (20). Se postula que los pacientes con comorbilidades médicas tienen la costumbre de tomar más medicamentos de forma regular y son

más conscientes de los efectos nocivos de suspender el tratamiento. Este dato va de la mano con otros hallazgos encontrados en este estudio.

Otra relación estadísticamente significativa fue la del estado civil con la adherencia. Se encontró mayor adherencia en los casados, tal como se muestra en otros estudios en los que las personas que viven en pareja tienen mayor adherencia con respecto a los que viven solos (30). Este dato podría explicarse por el apoyo con la medicación, la influencia familiar adecuada y el bajo estigma familiar hacia la enfermedad mental (17). La ocupación también tuvo una relación estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento; las personas con empleo no tuvieron adherencia y la adherencia al tratamiento se presentó en las amas de casa. Esto podría explicarse debido a la carga laboral, estigma hacia problemas de salud mental que tienen los empleadores, o a las pocas facilidades que puede dar el empleador a los pacientes para acudir a las citas médicas, psicoeducación y el estigma del propio paciente asociado al consumo regular de su medicación en el lugar de trabajo (17). Recordemos que algunos estudios han mostrado que altos niveles de estigma a la propia enfermedad están asociados con mayor riesgo de discontinuación de la medicación (15).

Por último, podemos decir que se encontró una asociación estadísticamente significativa entre tener comorbilidad asociada a la depresión y adherencia al tratamiento. En nuestro estudio, se encontró que el tener una comorbilidad mental está asociada con mayor probabilidad de no tener adherencia al tratamiento. Estos datos son comparables con los encontrados por Solmi et al. (15), quienes mencionan a los trastornos relacionados con sustancias y a los trastornos de personalidad como factores que aumentan el riesgo de pobre adherencia, ambas comorbilidades psiquiátricas que requieren tratamientos combinados, crónicos que aumentan la complejidad del tratamiento y, por consiguiente, hacen más difícil la adherencia al mismo (15, 20).

Por otro lado, se evidenció mayor adherencia al tratamiento en las personas que tienen comorbilidad física. Estos datos no se condicen con algunos estudios, pero si lo observamos en el estudio de Chawa et al. (20), podría deberse a que las personas que tienen enfermedades médicas, además de depresión, cumplen en tomar su medicación de forma regular para controlar la enfermedad, ya que han tenido más experiencia, por lo que son más conscientes de los efectos nocivos de suspender el tratamiento (15, 20).

Con los datos mostrados por nuestro estudio, podemos identificar un perfil del paciente con depresión, el cual nos podría ser útil para reforzar los factores relacionados con el sistema o el equipo de salud que influencia en la adherencia terapéutica y el seguimiento de esta en la evolución de nuestro paciente.

### Limitaciones del estudio

La extrapolación de los resultados está limitada a pacientes adultos que acuden al área de consulta externa del INSM. El INSM HD-HN es un hospital de referencia de los establecimientos de menor nivel de complejidad de la zona norte de Lima. Durante la pandemia muchos centros de salud y centros de salud mental comunitarios estuvieron cerrados, por lo que varios pacientes con patologías menos complejas acudieron a nuestra institución.

Los pacientes que recibieron los diferentes tipos de psicoeducación no fueron distribuidos aleatoriamente en cada grupo, sino que por épocas se optó por uno u otro tipo de intervención. Asimismo, algunos de los pacientes a quienes se les indicó la psicoeducación no asistieron.

No se han medido todas las variables que podrían estar involucradas en el abandono del tratamiento o en predictores de falla del tratamiento.

Es importante señalar que se trabajó con registros existentes en la historia clínica y la información dependió de lo registrado por los profesionales que evaluaron a los pacientes, por lo que faltó información o fue ilegible en muchos casos y no se consideró.

Por todo lo anterior, podríamos señalar que se encontró sesgo de selección, ya que nuestro grupo de casos no fue aleatorizado; podría haber alguna característica por la cual los participantes fueron asignados a la intervención o no intervención (por ejemplo, casos más severos, estar cognitivamente más conservados). Además, podría influir el sesgo de información por la falta de datos en las historias clínicas de donde se recopila la información. Incluso, podrían intervenir variables confusas que no se consideraron.

### CONCLUSIONES

Se demostró que haber hecho psicoeducación estructurada está asociado a una mayor adherencia al tratamiento. La adherencia al tratamiento, que es del 40 %, es baja en el INSM HD-HN. El abandono del tratamiento durante el seguimiento de los pacientes es alto.

Por lo anterior, todos los esfuerzos e intervenciones para mejorar la adherencia y disminuir el abandono al tratamiento son válidas y deben ser implementados. La psicoeducación estructurada y en especial la psicoeducación individual suman en esta tarea.

La edad, el estado civil, la ocupación y tener una comorbilidad física asociada a la depresión influyeron en la adherencia al tratamiento de forma estadísticamente significativa. El perfil de un paciente que se adhieren más al tratamiento es de una persona mayor a 60 años, casada, ama de casa o que se dedica a las labores del hogar y tiene una comorbilidad física.

**Conflicto de intereses:** La autora declara no tener conflicto de intereses.

**Financiamiento:** Autofinanciado.

**Agradecimientos:** A mi familia por su apoyo y al Instituto Nacional de Salud Mental que, por intermedio de Paulo Ruiz, me guio en esta labor. A la Universidad de San Martín de Porres que, por intermedio de la Dra. Carmen Rojas, me acompañó en este proyecto.

### REFERENCIAS

1. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet* [Internet]. 2018; 392(10161): 2299-2312. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31948-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31948-2)
2. Organización Panamericana de la Salud. Depresión [Internet]. OPS; [s. f.]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
3. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. OMS; 2023, 31 de marzo. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
4. Organización Panamericana de la Salud. La salud mental en el mundo actual. En: Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos. Washington, D. C.: OPS; 2023. pp. 37-72. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275327715>
5. Cruz A. La mala salud mental, un obstáculo al desarrollo de América Latina [Internet]. Grupo Banco Mundial; 2015, 13 de julio. Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/news/feature/2015/07/13/bad-mental-health-obstacle-development-latin-america>
6. Saavedra JE, Paz V, Robles Y, Luna Y, Zevallos S, Cruz V, et al. Estudio epidemiológico de salud mental en hospitales generales y centros de salud de Lima Metropolitana 2015. *Anales de Salud*

- Mental [Internet]. 2018; 34(1). Disponible en: <https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/15>
7. Resolución Ministerial n.º 136-2023. Guía de práctica clínica para el tamizaje, diagnóstico y tratamiento de la depresión en personas mayores de 18 años desde del primer nivel de atención [Internet]. Lima: Minsa; 2023, 8 de febrero. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/3882024-136-2023-minsa>
  8. Zevallos S, Solis R. Estado situacional de la depresión en el Perú. Cómo se comporta la depresión en el país, a cuántos afecta y con qué contamos para combatirla. Lima: Gobierna Consultores; 2022.
  9. Ministerio de Salud (CL). Guía clínica AUGÉ. Depresión en personas de 15 años y más [Internet]. Santiago de Chile: Minsal; 2013. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/GUIA-CLINICA-DEPRESION-15-Y-MAS.pdf>
  10. Ministerio de Salud y Protección Social (CO). Guía de práctica clínica. Detección temprana y diagnóstico del episodio y trastorno depresivos recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente [Internet]. Bogotá: Colciencias; 2013. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC\\_Comple\\_Depre%20\(1\).pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Comple_Depre%20(1).pdf)
  11. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción [Internet]. OMS; 2004. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
  12. Pacheco B, Aránguiz C. Factores relacionados a la adherencia a tratamiento en adolescentes con depresión. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* [Internet]. 2011; 49(1): 69-78. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272011000100009>
  13. Kunz-Lomelin A, Killian M, Eghaneyan B, Sanchez K. Antidepressant adherence among hispanics: patients in an integrated health care model. *J Multidiscip Healthc* [Internet]. 2022; 15: 3029-3037. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/jmdh.s387218>
  14. Medic G, Higashi K, Littlewood K, Diez T, Granström O, Kahn R. Dosing frequency and adherence in chronic psychiatric disease: systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatr Dis Treat* [Internet]. 2013; 2013(9): 119-131. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/ndt.s39303>
  15. Solmi M, Miola A, Croatto G, Pigato G, Favaro A, Fornaro M, et al. How can we improve antidepressant adherence in the management of depression? A targeted review and 10 clinical recommendations. *Braz J Psychiatry* [Internet]. 2021; 43(2): 189-202. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0935>
  16. Ortega JJ, Sánchez D, Rodríguez OA, Ortega JM. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Méd* [Internet]. 2018; 16(3): 226-232. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2018/am183h.pdf>
  17. Velligan D, Riolo S, Weston C. Adherence to medication in psychiatric disorder. En: Tasman A, Kay J, Lieberman J, First M, Riba M, editores. *Psychiatry*. 4.ª ed. Nueva Jersey: John Wiley & Sons Ltd; 2015. pp. 2382-2397.
  18. Vuorilehto MS, Melartin TK, Riihimäki K, Isometsä ET. Pharmacological and psychosocial treatment of depression in primary care: low intensity and poor adherence and continuity. *J Affect Disord* [Internet]. 2016; 202: 145-152. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.035>
  19. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* [Internet]. 2005; 353(5): 487-497. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/nejmra050100>
  20. Chawa MS, Yeh HH, Gautam M, Thakar A, Akinyemi EO, Ahmedani BK. The impact of socioeconomic status, race/ethnicity, and patient perceptions on medication adherence in depression treatment. *Prim Care Companion CNS Disord* [Internet]. 2020; 22(6): 20m02625. Disponible en: <https://doi.org/10.4088/pcc.20m02625>
  21. Torres A, Ortiz Y, Martínez H, Fernández Y, Pacheco D. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes con depresión. *Multimed* [Internet]. 2019; 23(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1028-48182019000100001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000100001)
  22. Suarez M, Cristobal J. Tratamientos psicosociales de los trastornos depresivos. En: Alarcón R, Chaskel R, Berlanga C, editores. *Psiquiatría*. 4.ª ed. Lima: Fondo Editorial Cayetano; 2019. pp. 567-574.
  23. Godoy D, Eberhard A, Abarca F, Acuña B, Muñoz R. Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Rev Méd Clín Las Condes* [Internet]. 2020; 31(2): 169-

173. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.01.005>
24. Colom F, Vieta E, Martínez-Aran A, Reinares M, Goikolea J, Benabarre A, et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2003; 60(4): 402-407. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.4.402>
25. Dolan N, Simmonds-Buckley M, Kellett S, Siddell E, Delgadillo J. Effectiveness of stress control large group psychoeducation for anxiety and depression: systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Psychol* [Internet]. 2021; 60(3): 375-399. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/bjc.12288>
26. Casañas R. Evaluación de la efectividad de la psicoeducación grupal en depresión mayor (síntomas leves/moderados) en atención primaria [tesis doctoral en Internet]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2015. Disponible en: [https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2016/hdl\\_10803\\_369034/rclde1.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2016/hdl_10803_369034/rclde1.pdf)
27. Aagaard J, Foldager L, Makki A, Hansen V, Müller-Nielsen K. The efficacy of psychoeducation on recurrent depression: a randomized trial with a 2-year follow-up. *Nord J Psychiatry* [Internet]. 2017; 71(3): 223-229. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/08039488.2016.1266385>
28. Kumar K, Gupta M. Effectiveness of psychoeducational intervention in improving outcome of unipolar depression: results from a randomised clinical trial. *East Asian Arch Psychiatry* [Internet]. 2015; 25(1): 29-34. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25829103/>
29. López VO. Efectividad de la psicoeducación en la calidad de vida en pacientes con trastornos depresivo mayor [tesis de maestría en Internet]. México D. F.: Instituto Politécnico Nacional; 2011. Disponible en: <http://www.repositoriodigital.ipn.mx/handle/123456789/12240>
30. Márquez R. Depresión: importancia de la adherencia al tratamiento [trabajo de fin de grado en Internet]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2017. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14352/20842>
31. Katsuki F, Watanabe N, Yamada A, Hasegawa T. Effectiveness of family psychoeducation for major depressive disorder: systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open* [Internet]. 2022; 8(5): e148. Disponible en: <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.543>