

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS  
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS  
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR  
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN MUJERES  
CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA, UMF 220, 2019.**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 220 "GENERAL VICENTE VILLADA" CON  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

**TESIS  
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE POSGRADO DE LA ESPECIALIDAD EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:  
M.C. GRICELDA JIMÉNEZ HERNÁNDEZ**

**DIRECTOR DE TESIS  
E. EN M.F. OLIVIA LANDA MARTINEZ**

**REVISORES:  
E. EN M.F. MARÍA EMILIANA AVILÉS SÁNCHEZ  
E. EN M.F. EDUARDO FLORES GONZALEZ  
M. EN NUT. C. IRMA SOCORRO GONZALEZ SANCHEZ  
E. EN M.F. CONCEPCIÓN ANDREA MARTÍNEZ LÓPEZ**

**TOLUCA ESTADO DE MÉXICO 2021**

**ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN  
MUJERES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA, UMF 220,  
2019.**

## RESUMEN

### ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN MUJERES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA, UMF 220, 2019.

\*E.M.F. Olivia Landa Martínez. \*\*M. C. Gricelda Jiménez Hernández.

**Introducción:** La depresión es una alteración del estado de ánimo, donde están presente síntomas de dolor profundo, tristeza, culpa, decaimiento, irritabilidad, también encontramos síntomas de tipo cognitivo y somático, además impotencia frente a las exigencias de la vida. Los pacientes con este trastorno tienen problemas en su autocuidado afectando así, la adherencia terapéutica, la cual se define como “el grado en que el comportamiento de una persona: toma los medicamentos, sigue un régimen alimentario y ejecuta cambios del modo de vida, si corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”. Por lo cual una mala adherencia causa complicaciones en las enfermedades cronicodegenerativas, como en la hipertensión arterial sistémica, principal factor de riesgo cardiovascular, de discapacidad y problema de salud pública a nivel mundial. **Justificación:** el médico familiar en el primer nivel de atención, atiende en su consulta diaria pacientes con enfermedades crónicas incluyendo las pacientes con hipertensión arterial sistémica. En la literatura existe poca información sobre la asociación de depresión y adherencia terapéutica en estos pacientes, por lo que es una prioridad aumentar los conocimientos sobre este tema para poder beneficiar a todos los pacientes y sus familias, para mejorar su calidad de vida. **Objetivo:** Evaluar la asociación entre depresión y adherencia terapéutica en mujeres con hipertensión arterial sistémica, UMF 220, 2019. **Método:** Se realizó un estudio observacional, analítico y transversal, a 296 pacientes, mujeres de 40 a 70 años con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica del turno matutino de la UMF 220, la información se obtuvo mediante el inventario de depresión de Beck (BDI) y el cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica. Los datos se analizaron por medio del programa SPSS, se aplicó  $X^2$ , frecuencias y porcentajes. **Resultados:** Se encontró asociación significativa entre depresión y adherencia terapéutica en mujeres con hipertensión arterial sistémica, UMF 220, 2019. **Palabras clave:** Depresión, adherencia terapéutica, hipertensión arterial sistémica.

\* Directora de tesis \*\* Tesista

## SUMMARY

### ASSOCIATION BETWEEN DEPRESSION AND THERAPEUTIC ADHERENCE IN WOMEN WITH SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION, UMF 220, 2019.

\* E.M.F. Olivia Landa Martínez. \*\*M. C. Gricelda Jiménez Hernández.

**Introduction:** Depression is an alteration of the state of mind, where symptoms of deep pain, sadness, guilt, decay, irritability are present, we also find symptoms of a cognitive and somatic type, as well as impotence in the face of life's demands. Patients with this disorder have problems in their self-care, thus affecting therapeutic adherence, which is defined as “the degree to which a person's behavior: takes medications, follows a diet, and performs lifestyle changes, if it corresponds to the agreed recommendations of a healthcare provider ”. Therefore, poor adherence causes complications in chronic degenerative diseases, such as systemic arterial hypertension, the main risk factor for cardiovascular disease, disability and a public health problem worldwide. **Justification:** the family doctor in the first level of care, attends in his daily consultation patients with chronic diseases including patients with systemic arterial hypertension. In the literature there is little information on the relationship between depression and therapeutic adherence in these patients, so it is a priority to increase knowledge on this subject in order to benefit all patients and their families, to improve their quality of life. **Objective:** To evaluate the association between depression and therapeutic adherence in women with systemic arterial hypertension, UMF 220, 2019. **Method:** An observational, analytical and cross-sectional study was carried out in 296 patients, women aged 40 to 70 years with a diagnosis of systemic arterial hypertension. From the morning shift at UMF 220, the information was obtained using the Beck depression inventory (BDI) and the MBG questionnaire (Martín-Bayarre-Grau) to assess therapeutic adherence. The data were analyzed through the SPSS program, X<sup>2</sup>, frequencies and percentages were applied. **Results:** A significant association was found between depression and therapeutic adherence in women with systemic arterial hypertension, UMF 220, 2019. **Keywords:** Depression, therapeutic adherence, systemic arterial hypertension.

\* Thesis director. \*\* Thesis researcher.

## ÍNDICE

<b>I. Marco teórico</b>	09
<b>I.1. Depresión</b>	09
I.1.1 Definición	09
I.1.2 Epidemiología	09
I.1.3 Factores de riesgo	10
I.1.4 Clasificación y diagnóstico	10
I.1.5 Tratamiento	14
<b>I.2. Adherencia Terapéutica</b>	16
I.2.1 Definición	16
I.2.2 Clasificación	18
I.2.3 Elementos que inciden en la adherencia terapéutica	18
I.2.4 Métodos de evaluación de adherencia terapéutica	19
<b>I.3. Depresión asociada a la no adherencia terapéutica</b>	20
<b>I.4. Hipertensión arterial sistémica</b>	21
I.4.1 Definición	21
I.4.2 Epidemiología	21
I.4.3 Clasificación y diagnóstico	22
I.4.4 Tratamiento	22
<b>II. Planteamiento del problema</b>	25
<b>III. Justificaciones</b>	26
III.1 Académica	26
III.2 Científica	26
III.3 Social	26
III.4 Económica	27
III.5 Familiar	27
<b>IV. Hipótesis</b>	28
IV.1 Hipótesis alterna	28

IV.2 Hipótesis nula	28
<b>V. Objetivos</b>	29
V.1 Objetivos generales	29
V.2 Objetivos específicos	29
<b>VI. Método</b>	30
VI.1 Tipo de estudio	30
VI. 2 Diseño del estudio	30
VI. 3 Operacionalización de las variables	30
VI.4 Universo de trabajo	28
VI.5 Tipo de muestreo y tamaño de la muestra	28
VI.6 Criterios de selección	33
VI.7 Instrumentos de investigación	33
VI.7.1 Inventario de depresión de Beck	33
VI.7.2 Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau)	34
VI.8 Desarrollo del proyecto	35
VI.9 Limite de población, lugar y tiempo	36
VI.10 Diseño de análisis estadístico	36
<b>VII. Aspectos éticos</b>	38
<b>VIII. Organización</b>	40
<b>IX. Resultados y discusión</b>	41
<b>X. Cuadros y gráficas</b>	44
<b>XI. Conclusiones</b>	49
<b>XII. Recomendaciones</b>	50
<b>XIII. Bibliografía</b>	52
<b>XIV. Anexos</b>	57
XIV.1 Consentimiento informado	57
XIV.2 Ficha de identificación	59
XIV.3 Inventario de Beck	59

XIV.4 Cuestionario de MBG (Martín-Bayarre-Grau)	62
VIX. 5 Recopilación de datos	65

## **I. MARCO TEÓRICO**

### **I.1 DEPRESIÓN**

#### **I.1.1 Definición**

Entendemos por depresión a una alteración del estado de ánimo, donde están presente síntomas de dolor profundo, tristeza, culpa, decaimiento, irritabilidad, y donde también encontramos síntomas de tipo cognitivo y somático, además impotencia frente a las exigencias de la vida.(1)

#### **I.1.2 Epidemiología**

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2015 informo que, el número de personas con depresión a nivel mundial superaba los 300 millones, lo que equivale a 4.4% de la población mundial.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) califico a la depresión como el principal factor que contribuye a la discapacidad mundial.

La literatura refiere que la depresión se presenta más en las mujeres (5,1%) que en los hombres (3,6%). La prevalencia varía por edad y alcanza su punto máximo en la edad adulta, entre los 55 y 74 años. Las cifras refieren que la depresión aumentó 18,4% entre el 2005 y el 2015.(2)

En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica del año 2005, muestra que, 8.8% ha presentado mínimo un cuadro depresivo en algún momento de su vida, y 4.8% lo presentó en el transcurso del año posterior a la encuesta.(3)

Las cifras mencionadas nos refieren que los trastornos mentales entre la población mexicana, han aumentado y las mujeres presentan una mayor prevalencia de depresión con el 6.5%, similar a las cifras mundiales. En pacientes hospitalizados el trastorno depresivo es de 10-14%, mientras que en los pacientes ambulatorios es del 9% al 16%, con estas cifras reflejamos que en la atención primaria se atienden diez veces más a pacientes depresivos.(4)

### **I.1.3 Factores de riesgo**

La depresión está asociada a varios factores como son biológicos, hereditarios, del desarrollo y del contexto, estos interactúan con las características individuales de cada persona dentro de las cuales encontramos las siguientes:

- Historia familiar de depresión.
- Enfermedad crónica, en especial en pacientes con pobre respuesta al tratamiento.
- Eventos altamente estresantes.
- Embarazo con antecedentes de depresión.
- Ser mujer (más aún si se es jefa de familia).
- Dedicarse al hogar y ser cuidador de enfermo.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Desempleo.
- Experiencias de violencia.
- Consumir sustancias adictivas.
- Pérdida significativa reciente.(5)

### **I.1.4 Clasificación y diagnóstico**

Para el diagnóstico, se pueden utilizar dos clasificaciones en México; La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y la clasificación de La Asociación American de Psiquiatría descrita en el Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5).

#### **a) La Clasificación CIE-10**

Esta se divide en varias categorías, la F32 que incluye el episodio depresivo y la F33 la de trastorno depresivo recurrente, la primera se subdivide a su vez en:

- F32.0 Episodio depresivo leve
- F32.1 Episodio depresivo moderado
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

- F32.8 Otros episodios depresivos
- F32.9 Episodio depresivo, no especificado

Los criterios diagnósticos de un episodio depresivo expuestos por la clasificación CIE-10 son:

- A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- B. El episodio no es atribuible al abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
- C. Síndrome somático: se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características:
  - Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras
  - Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta
  - Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual
  - Empeoramiento matutino del humor depresivo
  - Presencia de enlentecimiento motor o agitación
  - Pérdida marcada del apetito
  - Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes
  - Notable disminución del interés sexual

Los criterios de gravedad de un episodio depresivo propuestos por la CIE-10 son:

- A. Criterios generales para episodio depresivo
  - El episodio debe durar al menos dos semanas
  - El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico

B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas

- Humor depresivo de un carácter anormal, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas
- Pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
- Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

C. Deben estar presentes uno o más síntomas siguientes para que la suma sea al menos de cuatro:

- Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad
- Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimiento de culpa excesiva e inadecuada.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida
- Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
- Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
- Alteraciones del sueño o de cualquier tipo.
- Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
- Cambios del apetito con la correspondiente modificación del peso.

D. Puede haber o no síndromes somáticos

**Episodio depresivo leve:** dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente esta apta para continuar la mayoría de sus actividades.

**Episodio depresivo moderado:** al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

**Episodio depresivo grave:** existen 3 síntomas del criterio B y síntomas de criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave (episodio depresivo grave con síntomas psicóticos). Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

## **b) Manual diagnóstico DSM-5 de la Asociación Americana de Psiquiatría**

Describe los siguientes criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor:

- A. Cinco o más de los síntomas siguientes han estado presentes, durante el mismo periodo de dos semanas y presentan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es el 1. estado de ánimo depresivo o el 2. pérdida del interés o de placer.
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
  2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (información subjetiva)
  3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento, o disminución del apetito casi todos los días.
  4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
  5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
  6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
  7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días.
  8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.

9. Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoefectivo, esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha tenido un episodio maniaco o hipomaniaco.(6)

### **I.1.5 Tratamiento**

La psicoterapia y la farmacoterapia utilizadas en conjunto son eficaces en el alivio temporal de la depresión, se deben de remitir todos los síntomas ya que aumenta el riesgo de recaída si permanece alguno, y cada episodio aumenta el riesgo de uno nuevo. En cada paciente la respuesta al tratamiento está relacionada a los factores etiológicos.(7)

El manejo de la depresión mayor se basa en:

- Evaluar al paciente en forma individual desde su diagnóstico y el seguimiento de la efectividad del tratamiento
- La evolución del paciente y ajuste del tratamiento.

Si el episodio depresivo es moderado o grave se recomienda el uso de fármacos antidepresivos. La selección se basará en la efectividad, eficiencia y seguridad.

Cuando la depresión es leve se recomienda intervenciones psicológicas de baja intensidad: como psicoeducación, ejercicio físico u observar la evolución del paciente. En algunos casos se puede dar un tratamiento farmacológico, si hay episodios depresivos previos, especialmente si son recientes o severos, porque puede tratarse como una recaída.(8)

### **a) Psicoterapia**

La Sociedad de Psicología Clínica, de la Asociación Americana de Psicología (APA) avala las siguientes terapias psicológicas, ya que han demostrado una eficacia en el tratamiento para la depresión:

- Terapia de activación conductual (o terapia de conducta)
- Terapia cognitivo-conductual (o terapia cognitiva)
- Terapia interpersonal
- Terapia de solución de problemas
- Sistema de psicoterapia de análisis cognitivo conductual de McCollough
- Terapia de autocontrol de Rehm.

Los estudios realizados en la actualidad sobre depresión mayor, nos hacen referencia que la psicoterapia más el tratamiento farmacológico, tienen mejor beneficio en tratamiento agudo, que el farmacológico utilizado solo, como algunos textos nos mencionan por pocas recaídas, menor riesgo de abandono precoz del tratamiento, menor duración y prácticamente ausencia de efectos adversos.(9)

### **b) Farmacológico**

La mayoría de los fármacos utilizados en el tratamiento tienen efecto en la regulación de alguno de los siguientes neurotransmisores: serotonina (5-HT), dopamina (DA), noradrenalina (NA).

Para decidir cuál antidepresivo se debe utilizar, se debe tomar en cuenta las características sintomáticas del cuadro depresivo, comorbilidades, efectos secundarios, interacciones farmacológicas y disponibilidad en el medio.

Existen varios fármacos para la depresión, su efecto clínico comienza de 2-4 semanas. El de primera elección es un inhibidor selectivo de recaptura de serotonina (ISRS), como fluoxetina, paroxetina, si tiene otra patología no psiquiátrica se recomienda sertralina o citalopram por tener menos interacciones farmacológicas.

El seguimiento clínico debe ser cada 4-6 semanas según el estado clínico del paciente, para evaluar la evolución, la eficacia del tratamiento y realizar los ajustes o cambios necesarios en el mismo.(10)

La duración del tratamiento debe ser de 8 a 12 meses posterior a obtener remisión en un primer episodio y continuarlo por dos años después de 2 episodios en transcurso de 5 años y considerar mantenerlo de manera indefinida en los siguientes casos

- Estado depresivo con una duración superior a un año
- Dos o más episodios durante los últimos 5 años.

Se debe de realizar un tratamiento multidisciplinario, ya que es un abordaje complejo donde se necesita la participación de varios trabajadores de la salud, además de la participación del paciente y la familia.(11)

## **I.2 ADHERENCIA TERAPÉUTICA**

### **I.2.1 Definición**

El concepto de adherencia ha sido definido de diferentes formas la Real Academia de la Lengua Española la define como “unión física, pegadura de las cosas”, “cualidad de adherente”.

En la literatura inglesa, los términos de cumplimiento y adherencia son los de mayor uso, sin embargo, también se han utilizado otros sinónimos como cooperación, colaboración, alianza terapéutica, seguimiento, obediencia, observancia, adhesión y concordancia.

La Organización Mundial de la Salud define la adherencia terapéutica como “el grado en que el comportamiento de una persona: toma los medicamentos, sigue un régimen

alimentario y ejecuta cambios del modo de vida, si corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”.

Existen varios métodos utilizados para su medición; la mayoría orientados a la parte farmacológica, dejando de lado el enfoque integral que involucra el cumplimiento de la dieta, ejercicio, citas médicas, entre otros. Por lo tanto, etiquetar a una persona como adherente o no adherente con la utilización de alguna herramienta de medición, tal vez sea un error, por la existencia, circunstancias que son temporales y por tanto modificables, por lo tanto, aun no se dispone de un patrón oro que permita la evaluación exacta.(12)

Para que se lleve a cabo el proceso de adherencia al tratamiento, deben existir los siguientes pasos:

- a) Aceptación convenida del tratamiento: por el paciente y su médico, es la estrategia acordada entre médico y paciente, elaborando el compromiso del cumplimiento y su aceptación de por ambas partes.
- b) Cumplimiento del tratamiento: la realización del paciente de todas las actividades indicadas por el médico.
- c) Participación activa en el cumplimiento: estrategias del paciente que busca para realizar el cumplimiento del tratamiento.
- d) Carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento: acciones que el paciente realiza para ejecutar el cumplimiento del tratamiento realizando los esfuerzos necesarios.(13)

## **I.2.2 Clasificación**

Se puede clasificar la no adherencia al tratamiento en:

- Primaria: se refiere cuando la prescripción médica no se retira de la farmacia.

- Secundaria: cuando se alteran la dosis de los medicamentos, el cambio en los intervalos de las dosis, el olvido en la administración, un aumento en la frecuencia de las dosis o la suspensión del tratamiento antes de tiempo.(14)

### **I.2.3 Elementos que inciden en la Adherencia terapéutica**

Han sido identificados más de 200 factores que pueden intervenir en la adherencia a un tratamiento, se han dividido en 5 grandes grupos de factores relacionados:

#### **a) Factores Socioeconómicos**

- Costo de la medicación
- Costo del transporte para acceder al medicamento
- Falta de Redes de apoyo efectivo que faciliten el acceso
- Creencias acerca de la enfermedad y su tratamiento

#### **b) Factores relacionados a la Enfermedad**

- Conocimiento de la enfermedad
- Sintomatología, abandono en la mejoría, abandono en la peoría
- Historia natural de la enfermedad

#### **c) Factores relacionados al Tratamiento**

- Confianza en la efectividad del mismo
- Cambios en el estilo de vida.
- Temor a las reacciones adversas
- Cantidad de fármacos, duración del tratamiento, polifarmacia terapéutica y/o preventiva.

#### **d) Factores relacionados al Paciente**

- Creencias respecto al tratamiento y su efectividad.
- proceso salud-enfermedad

- Culturales
- Situaciones como estrés, enfermedades psiquiátricas y neurodegenerativas y pérdida de memoria.
- Motivación de solicitar ayuda a los efectos de afrontar y confrontar

**e) Factores relacionados al equipo asistencial**

- Relación médico paciente inadecuada con falta de confianza recíproca.
- Falta de conocimiento y preparación para el manejo de enfermedades crónicas no transmisibles.
- Falta de accesibilidad a los medios adecuados para el diagnóstico, a la continuidad asistencial y a la supervisión del tratamiento sugerido
- Antagonismo terapéutico y/o interacción entre prescripciones con alimentos y fármacos.(15)

**I.2.4 Métodos de evaluación de adherencia terapéutica**

Los métodos que se utilizan para evaluar la adherencia terapéutica se clasifican en dos grupos:

- Métodos directos: son los que miden el fármaco o sus metabolitos en el plasma o en otro fluido
- Métodos indirectos: son los que miden el cumplimiento del paciente mediante la realización de una herramienta.

Los indirectos se subdividen en objetivos que consisten en recuento de comprimidos, asistencia a citas programadas, valoración de la eficacia terapéutica alcanzada y valoración de los efectos adversos de los medicamentos. Los subjetivos como el Test de batalla: se le pregunta al paciente sobre su medicamento y enfermedad, test de Morisky-Green se caracteriza por indagar sobre la forma correcta de su tratamiento, test de Haynes-Sackett o cuestionario de comunicación del autocumplimiento el cual lo evalúa por la cantidad de comprimidos ingeridos en el último mes y comprobación fingida, se

pone en evidencia el cumplimiento, evaluando la presencia del medicamento en una muestra biológica.(16)

### **I.3. DEPRESIÓN ASOCIADA A LA NO ADHERENCIA TERAPÉUTICA**

Existe poca información en la literatura sobre el tema de los factores psicosociales que afectan la adherencia terapéutica, entre ellos se encuentra la depresión, los autores M. Vargas y cols, mencionan que la conducta de la adherencia terapéutica; se debe considerar como el pilar fundamental de cada una de los tratamientos de las enfermedades crónicas no trasmisibles, los cuales refieren las siguientes: el régimen farmacológico, alimentación saludable, actividad física, eliminación de hábitos nocivos y vivencia adecuada de las emociones.

Entonces debemos considerar que el cumplimiento de cualquier plan terapéutico exige realizar una serie de tareas que requieren saber qué hacer, cómo hacer y cuándo hacer, así también disponer de varias habilidades para continuar durante un largo tiempo y las actividades que componen sus metas.(17)

Se considera que los pacientes con depresión tienen una disminución de la motivación, la concentración y la energía requerida para llevar a cabo tareas de su autocuidado, como la toma de medicación, el automonitoreo y la actividad física; por lo tanto aumenta el riesgo de que los pacientes presenten condiciones físicas negativas y hasta discapacidad.(18)

Por tal motivo diferentes estudios nos refieren que este trastorno, es uno de los problemas mentales más frecuente en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, ya que aumentan de dos a tres veces en comparación con pacientes no crónicos, la prevalencia de depresión en pacientes con enfermedades cardiovasculares se encuentra entre 20% y 45 %, aumentando así la morbimortalidad dos veces más.(19)

Como lo mencionamos las comorbilidades relacionadas a la salud mental son elementos relacionados con bajos niveles de adherencia al tratamiento, ya que provocan mayor falla en la terapia, complicaciones de los síntomas o recurrencia, también se sabe que el grado de la severidad de la patología tiene relación con la adherencia, siendo los trastornos

depresivos menos severos un poco más adherentes al tratamiento, que los severos. Por lo tanto establecemos que los episodios agudos de depresión presentan una mejor adherencia al tratamiento que la depresión crónica.(20)

## **I.4. HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA**

### **I.4.1 Definición**

La guía de práctica clínica define a la hipertensión arterial sistémica como un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación de las cifras de presión arterial mayor o igual a 140/90 ml/Hg.(21)

### **1.4.2 Epidemiología**

En México la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT) refiere que 1 de cada 4 adultos en México padece hipertensión arterial sistémica que corresponde al 25.5% de la población, la más afectada son las mujeres con 25.1% y en relación con los hombres con el 24.9%, a partir de los 30 años se observó una tendencia creciente en la prevalencia, con una prevalencia más alta está en el grupo de 70 a 79 años.(22)

La cifra estimada de adultos con hipertensión arterial sistémica en México en 2017 era de 22.2 millones, los cuales la mitad no tenía diagnóstico y solo 60% de los diagnosticados estaba en tratamiento farmacológico y apenas poco más de la mitad con cifras de buen control.

La hipertensión arterial sistémica es el principal factor de riesgo cardiovascular, el cual contribuye con 1.5% de muertes directamente relacionadas a este factor y se asocia a la aterosclerosis, causa primaria de mortalidad en México y el mundo.(23)

### I.4.3 Clasificación y diagnóstico

La guía de práctica clínica clasifica la hipertensión arterial sistémica de la siguiente forma:

<b>Categoría</b>	<b>Sistólica mm hg</b>	<b>Diastólica mm hg</b>
<b>Optima</b>	<120	<80
<b>Normal</b>	120-129	80-84
<b>Normal alta</b>	130-139	85-89
<b>Hipertensión grado 1</b>	140-159	90-99
<b>Hipertensión grado 2</b>	160-179	100-109
<b>Hipertensión grado 3</b>	>180	>=110
<b>Hipertensión sistólica aislada</b>	>=140	<90

Fuente: Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión en el Primer Nivel de Atención. GPC. IMS.2014 disponible en <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>.

En la actualidad todavía no existe un número establecido del número de ocasiones de tomas de presión arterial, ni de visitas necesarias para el diagnóstico de hipertensión arterial sistémica. Todas las guías internacionales recomiendan varias tomas y varias visitas, el informe del comité nacional conjunto (JNC VI) para el tratamiento de la presión arterial en adultos establece que se debe de promediar las cifras de 2 o más visitas después de una inicial. La OMS recomienda que se realicen múltiples mediciones de la presión arterial efectuadas en diferentes días, pero no especifica cuantas visitas, la guía británica NICE son las más precisas porque recomiendan realizar 2 o más tomas en cada visita en hasta cuatro ocasiones diferentes, ya que aumenta la sensibilidad y especificidad.(24)

### I.4.4 Tratamiento

#### a) No farmacológico

Las modificaciones en el estilo de vida constituyen la base de la prevención y del tratamiento de la hipertensión arterial y por lo tanto la reducción del riesgo cardiovascular.

Los cambios del estilo de vida en forma individual y grupal son medidas prioritarias para la prevención de sus complicaciones que a todos los pacientes diagnosticados se les indica desde un principio.

Las guías de la sociedad americana de cardiología (ACC/AHA) realizan las siguientes recomendaciones en cambios del estilo de vida útil para la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial:

- Pérdida de peso en sujetos con sobrepeso u obesidad
- Dieta cardiosaludable, como dieta DASH
- Reducción del contenido de sal en la dieta
- Suplementos de potasio, preferiblemente en la dieta, excepciones en caso de enfermedad renal o uso de fármacos que reduzcan la excreción del potasio
- Aumento de la actividad física con programas estructurados de ejercicio
- En caso de consumo de alcohol restringir la toma a un máximo de 2 bebidas en hombres y 1 en mujeres.(25)

### **c) Farmacológico**

El tratamiento se indica en todos los pacientes clasificados como de grado II, así como en aquellos de grado I con riesgo cardiovascular, como principales requisitos para iniciar y mantener el tratamiento farmacológico figuran: edad del paciente, necesidades y dosis respuesta, comorbilidades que puedan influir en este último, terapias de fácil administración y buena eficacia para garantizar una mejor adherencia al tratamiento. (26)

El tratamiento de inicio se realiza con fármacos de primera línea los cuales son los siguientes:

- Diuréticos tiazídicos
- Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o Antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA-II).
- Beta-bloqueadores.
- Calcio-antagonista de acción prolongada

Si las cifras no llegan a la meta establecida se agregara un segundo o tercer fármaco, pero antes de hacerlo se debe administrar las dosis máximas de los medicamentos ya establecidos.(27)

La administración de dos antihipertensivos combinados a dosis fijas se asocia con mejoría significativa en el apego al tratamiento y una mejor disminución de las cifras tensionales.

La OMS declara que es fundamental realizar estudios sobre la adherencia terapéutica, teniendo en cuenta que una buena adherencia hace a un tratamiento efectivo, además que los pacientes con enfermedades crónicas pasan por una serie de reacciones emocionales que incluyen síntomas depresivos, ansiedad, enojo, estrés, provocando desajustes metabólicos; y si a esto se le suma la falta de adherencia terapéutica el resultado puede ser fatal.

En la enfermedad hipertensiva, la falta de adherencia terapéutica ha sido identificada como uno de los principales factores de riesgo, no se sabe con exactitud cuál es el porcentaje ya que es difícil de determinar, pero se considera que más de la mitad de los pacientes no son adherentes, con rangos que oscilan entre el 40% y el 80%.

El impacto de la depresión y la enfermedad cardiovascular es enorme y en las últimas tres décadas la investigación se ha enfocado en estudiar la comorbilidad, la relación entre ambas y la posibilidad de un origen común.(28)

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertensión arterial sistémica es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en México; es también un factor de riesgo para presentar enfermedades cardiovasculares, y en la actualidad, es considerada la primera causa de muerte en la edad adulta, por lo cual, a nivel mundial es un problema de salud pública, ya que afecta la calidad de vida de las personas.

Varios son los factores de riesgo asociados al aumento de su prevalencia, como la edad, estilos de vida, el ser mujer, además de problemas relacionados con su pobre control, la no adherencia al tratamiento y desconocimiento de la enfermedad.

Actualmente se asocia también a factores psicológicos como la depresión, considerada por la OMS principal factor de discapacidad. Para el año 2015 existían más de 300 millones de personas a nivel mundial con este trastorno, siendo más frecuente en el sexo femenino y en la edad adulta.

Las personas con depresión tienen problemas en su autocuidado, por lo cual aumenta el riesgo de que presenten complicaciones cuando padecen enfermedades crónicas, esto se debe a que no cuentan con una adecuada adherencia terapéutica, la cual es pilar fundamental para el control de las cifras tensionales y por consiguiente sus complicaciones.

Por tal motivo, la falta de adherencia terapéutica es uno de los principales problemas en el primer nivel de atención, en el cual influyen varias causas como son: emocionales, sociales y del sistema de salud. Por tanto, debe participar en conjunto el paciente, la familia y el médico para mejorarla, siendo fundamental encontrar los elementos que inciden en ésta para modificarlos y así aumentar la calidad de vida del paciente y reducir la cifras de morbimortalidad.

Lo anterior nos hace plantearnos la siguiente pregunta de investigación:

**¿Existe asociación entre depresión y la adherencia terapéutica en mujeres con hipertensión arterial sistémica, UMF 220, 2019?**

### **III. JUSTIFICACIONES**

#### **III.1 Académica**

Al realizar esta investigación se obtuvieron conocimientos nuevos sobre la importancia que tiene la depresión y la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas, específicamente en mujeres con hipertensión arterial sistémica. Con los resultados obtenidos se podrán apoyar estudios académicos, artículos futuros, además de aplicar el conocimiento en la práctica clínica.

#### **III.2 Científica**

En la actualidad la hipertensión arterial sistémica es el principal factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular (29). En 2012 representó el 31% de las muertes a nivel global, este aumento no es igual en países de primer y tercer mundo, teniendo como relevancia el nivel de conocimiento y control de la enfermedad, la adherencia al tratamiento y los factores de riesgo (30). En México la Encuesta Nacional de Salud 2010 reportó que el 31% de la población tenía hipertensión arterial sistémica, igualmente que a nivel mundial (31). Lo anterior nos indica la importancia de realizar investigaciones buscando factores de riesgo para evitar sus complicaciones, entre los cuales encontramos la adherencia terapéutica y la depresión, no existe mucha literatura sobre estos temas relacionados, pero si encontramos estudios por separado o en otras enfermedades crónicas, por lo que es de suma importancia saber si son factores determinantes en la hipertensión arterial sistema.

#### **III.3 Social**

Las complicaciones y el aumento de personas con hipertensión arterial sistémica están relacionadas a los estilos de vida poco saludables, la industrialización y factores psicosociales, estos pacientes desarrollan altos niveles de depresión, siendo también uno de los factores principales de discapacidad y ambos problemas de salud mundial(32). Por lo que se debe concientizar a la población sobre la importancia de la salud mental y adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas para tener una mejor calidad de vida.

### **III.4 Económica**

Su impacto económico y social es devastador para cualquier sistema de salud, contribuyendo de manera considerable al aumento del presupuesto, en México no se cuenta con cifras, pero se estima que en Estados Unidos, la no adherencia terapéutica genera costos innecesarios de entre 396 y 792 millones de dólares al año (33). Recordando que lo más barato siempre será la prevención.

### **III.5 Familiar**

En las mujeres el riesgo cardiovascular aumenta por los roles que dificultan su cuidado, menor apoyo social y mala calidad de vida, aumentando la morbilidad, mortalidad, ingresos hospitalarios, incapacidad laboral y disminución de productividad, convirtiendo a la hipertensión arterial sistémica en una prioridad de salud, siendo la adherencia terapéutica una de las acciones principales que se deben fortalecer en el primer nivel de atención.(33)

Por lo anterior, esta investigación amplía el conocimiento sobre la relación del factor emocional y la adherencia terapéutica, ya que existe poca información sobre el tema, el cual se ha dejado de lado dando más importancia a los problemas físicos que de salud mental. Con estos conocimientos el médico familiar podrá tener mejor panorama, para evitar complicaciones en los pacientes y también en sus familias, logrando mejor calidad de vida en cada miembro, no solo en el entorno familiar, también en lo social y en el ámbito laboral.

## **IV. HIPÓTESIS**

### **IV.1 Hipótesis alterna.**

H1. Si existe asociación entre depresión y adherencia terapéutica en mujeres con hipertensión arterial sistémica, UMF, 220, 2019.

### **IV.2 Hipótesis nula.**

H0. No existe asociación entre depresión y la adherencia terapéutica en mujeres con hipertensión arterial sistémica, UMF, 220, 2019.

## **V. OBJETIVOS**

### **V.1 Objetivo general**

- Evaluar la asociación entre depresión y adherencia terapéutica en mujeres con hipertensión arterial sistémica, UMF 220,2019.

### **V.2 Objetivos específicos**

1. Clasificar el grado de depresión de las mujeres con hipertensión arterial sistémica de acuerdo al grupo etario.
2. Identificar el grado de depresión de las mujeres con hipertensión arterial sistémica de acuerdo a su estado civil.
3. Reconocer el nivel de adherencia terapéutica en las mujeres con hipertensión arterial sistémica de acuerdo al grupo etario.
4. Describir el nivel de adherencia terapéutica de las mujeres con hipertensión arterial sistémica de acuerdo a su estado civil.

## VI. MÉTODO

### VI.1 Tipo de estudio

Estudio observacional, analítico y transversal

### VI.2 Diseño del estudio

Se delimitó el tema y se presentó ante el comité correspondiente del HGR/UMF 220 del IMSS, después de ser evaluado y aceptado se procedió a hacer la búsqueda de los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos y que aceptaran participar en el estudio, ya calculado el tamaño de la muestra de acuerdo a la fórmula para poblaciones finitas, obteniendo un total de 296 participantes con Hipertensión arterial sistémica, en control en la Unidad de Medicina Familiar N. 220, en el año 2019, previo consentimiento informado, firmado por el paciente, el investigador y un testigo, se aplicó la ficha de identificación, el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Una vez obtenidos los datos se capturaron y ordenaron en el programa SPSS, después se procedió a realizar un análisis estadístico de la asociación con la prueba chi cuadrada, para su posterior interpretación y presentación de resultados mediante cuadros y gráficas.

### VI.3 Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR O ÍNDICE	ÍTEM
ADHERENCIA TERAPÉUTICA	Grado en que el paciente cumple con las indicaciones de su tratamiento médico que tiene indicado:	Conducta del paciente de acuerdo al seguimiento de las indicaciones medicas	Cualitativa	Ordinal	Adheridos totales, adheridos parciales y no adheridos	1-12

	medicamento so y/o higiénico- dietético.					
DEPRESIÓN	Alteración del estado de ánimo, donde están presente síntomas de dolor profundo, tristeza, culpa, decaimiento, irritabilidad, y donde también encontramos síntomas de tipo cognitivo y somático.	Conducta del estado de ánimo del paciente frente a las exigencias de la vida.	Cualitativa	Ordinal	Depresión mínima, depresión leve, depresión moderada y depresión grave	1-21
GRUPO ETARIO	Grupo de personas que nacen en un tiempo determinado	Pacientes que pertenecen algún grupo de los establecidos por su edad.	Cuantitativa	Intervalos	40-50 años 51-60 años y 61-70 años	1
ESTADO CIVIL	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Condición legal o relación familiar en la que se encuentra la entrevistada.	Cualitativa	Nominal	Soltero Unión libre Casado Viudo Divorciado	2

#### VI.4 Universo de trabajo

Está constituida por participantes mujeres con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica que acuden a control mensual en la consulta externa turno matutino de la UMF 220, Toluca, Estado de México, en el año 2019 y cumplen los criterios de selección.

## VI.5 Tipo de muestreo y tamaño de la muestra

Para la obtención de la muestra se utilizó un muestreo probabilístico aleatorio simple, ya que cada una de las participantes tuvo la misma posibilidad de ser elegidas. La muestra se calculó teniendo en consideración los siguientes criterios:

Nivel de confianza 95%

Margen de error 5%

Tamaño de la población 1272

La población se obtuvo del censo anual de mujeres hipertensas que cumplen los criterios de inclusión y exclusión, de la UMF 220 turno matutino y se empleara la siguiente formula:

$$n = \frac{z^2(p \cdot q)}{e^2 + \frac{z^2(p \cdot q)}{N}}$$

Donde n= tamaño de la muestra

z= nivel de confianza deseado.

p= proporción de la población con la característica deseada (éxito).

q= proporción de la población sin la característica deseada (fracaso).

e= nivel de error dispuesto a cometer.

N= tamaño de la población.

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5 \times 0.5)}{(0.05)^2 + \frac{(1.96)^2 (0.5 \times 0.5)}{1272}} = 296$$

Obteniendo como resultado una muestra de 296 participantes.

## **VI.6 Criterios de Selección**

### **a) Criterios de inclusión**

- Mujeres con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica del turno matutino
- Mujeres de 40 a 70 años de edad
- Mujeres que acepten participar en el estudio y que firmen el consentimiento informado.

### **b) Criterios de exclusión**

- Mujeres con comorbilidades (DM 2, ERC).
- Mujeres con tratamiento antidepresivo.

### **c) Criterios de eliminación**

- Mujeres que no contesten correctamente las herramientas.
- Mujeres que decidan retirarse del estudio.

## **VI.7 Instrumentos de investigación**

### **VI.7.1 Inventario de depresión de Beck (BDI)**

#### **a) Descripción**

Fue diseñado por Beck, Steer y Garbin en 1961 para evaluar la presencia de los principales síntomas de la depresión, abarcando manifestaciones fisiológicas, conductuales y cognitivas. Está conformado por 21 ítems tipo Likert, que se presentan en 4 frases de formulación gradual y son valorados en una escala de 0-3 de acuerdo a su gravedad. Los puntajes de severidad de síntomas van de 0-9 puntos depresión Mínima, depresión leve 10-16 puntos, depresión moderada 17-29 puntos y depresión grave 30-63 puntos

#### **b) Validación**

La versión de 1993 del BDI se tradujo al español y fue validada por Samuel Jurado, Ma. Enedina Villegas, Lourdes Méndez, Fabiola Rodríguez, Verónica Loperena y Rubén

Varela en 1998 en población mexicana. El análisis de fiabilidad de consistencia interna arrojó un valor de  $\alpha$  de Cronbach .87.

### **c) Aplicación**

El inventario se aplicó a las pacientes en el aula de medicina preventiva una vez firmado el consentimiento informado en presencia del investigador principal.(34).

## **VI.7.2 Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial**

### **a) Descripción**

Fue realizado por Libertad Martín Alfonso, Héctor D. Bayarre Vea y Jorge A. Grau Ábalo en 2008 para evaluar el nivel de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos. Está conformado por 12 ítems tipo Lickert en forma de afirmaciones, que contienen las características de la definición operacional de adherencia terapéutica. Las respuestas corresponden a 5 posibilidades que van desde siempre hasta nunca, las cuales tiene una puntuación de 0 a 4, dependiendo la periodicidad que ejecuta lo planteado además recoge datos generales del paciente.

Su interpretación es de 0 a 48 puntos, considerando como adheridos totales a los que obtienen de 38 a 48 puntos, adheridos parciales de 18 a 37 puntos y no adheridos a los que obtienen entre 0 y 17.

### **b) Validación**

Fue validado por Libertad Martín Alfonso, Héctor D. Bayarre Vea y Jorge A. Grau Ábalo en 2008 en población cubana, su índice de consistencia interna Alfa de Cronbach es de 0.889.

### **c) Aplicación**

El cuestionario se aplicara en el aula de medicina preventiva una vez firmado el consentimiento informado en presencia del investigador principal.(35).

## **VI.8 Desarrollo del proyecto**

Se procedió a recabar la información necesaria para integrar el marco teórico del presente trabajo de investigación, para lo cual se recurrió a literatura médica diversa, con el fin de realizar un estudio observacional, analítico y transversal como ya se ha mencionado, una vez realizado el protocolo se presentó ante el comité de investigación, fue evaluado y se obtuvo la aprobación de dicho comité. Posteriormente con la información del total de pacientes mujeres con hipertensión arterial sistémica que acuden a consulta de medicina familiar del turno matutino en la Unidad de Medicina Familiar N. 220 del IMSS, en 2019, que fueron 1272, se calculó el tamaño de la muestra, por medio de una fórmula para población finita, obteniendo una muestra de 296 participantes.

Se seleccionaron a las candidatas a participar en el estudio, los cuales además de contar con el diagnóstico de Hipertensión arterial sistémica, acudieran a consulta de medicina familiar de la UMF 220 del IMSS, turno matutino, del género femenino, de 40 a 70 años, de cualquier estado civil y que aceptaran participar en la investigación.

Una vez realizada la invitación para participar en el estudio, se les explicó amplia y detenidamente en qué consistía, los objetivos que se pretendían lograr, así como el beneficio que se obtendría para la institución, los participantes y la población en general, lo cual se realizó en el momento que acudieron a consulta de medicina familiar, de tal manera que se respetó la libre voluntad de las participantes para decidir si aceptaban o no participar en la investigación; además se les explicó que en cualquier momento que así lo decidieran podrían retirarse del estudio, sin que esto significara ningún tipo de repercusión en la calidad y cantidad de su atención médica como derechohabientes de la institución. Una vez que aceptaron participar, el colaborador procedió a entregarles un consentimiento Informado de aceptación, el cual firmaron y se les proporcionó una copia.

Posteriormente en compañía del investigador principal se les invitó a pasar al aula de medicina preventiva, donde se les entregó las herramientas de recolección de datos, para lo cual se les entregó una pluma y los cuestionarios impresos, siempre en presencia del investigador principal y el colaborador. Lo anterior buscando proteger en todo momento la identidad de cada uno de los participantes, respetando su dignidad y protegiendo sus derechos y bienestar.

La primera parte de ambas herramientas constaba de una ficha de identificación que incluía datos como edad y estado civil, en la segunda parte constaba del inventario de depresión de Beck (BDI), que evalúa el grado de depresión y por último el cuestionario de adherencia terapéutica de Martin-Bayarre-Grau (MBG). Terminando de contestar las participantes, el investigador corroboró que estuvieran contestados completamente, agradeció al participante su colaboración.

Obtenido los resultados se integró una base de datos completa en el programa Excel y se llevó a cabo el análisis estadístico mediante el programa SPSS/JMP.

Los datos se organizaron de acuerdo a las distintas variables empleadas, tanto dependientes como independientes, y para poder llevar a cabo la comprobación de las hipótesis propuestas, se realizó el análisis estadístico mediante chi cuadrada.

Con la información obtenida se elaboraron los resultados obtenidos, presentando la información en cuadros y gráficas, se llegó a una conclusión y se dieron las recomendaciones.

#### **VI.9 Límite de población, lugar y tiempo**

- **Población:** Se cuenta con 1272 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica, que acuden a consulta de medicina familiar en la Unidad de Medicina Familiar N. 220, del IMSS, en Toluca, Estado de México en 2019; de los cuales mediante cálculo de muestra para población finita se obtuvo un total de 296.
- IV. **Lugar:** Hospital General Regional con Unidad de Medicina Familiar No. 220 “Vicente Villada” del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicado en Avenida Paseo Tollocan No. 620, Colonia Vértice, Código Postal 50150.
- **Tiempo:** 2019.

#### **VI.10 Diseño de análisis estadístico**

El análisis se inició una vez recabados los datos en el programa Excel, donde se integró una base de datos, posterior se llevó a cabo el análisis estadístico mediante el programa

SPSS/JMP. El nivel de confianza fue de 95%. Se analizó la asociación entre depresión y adherencia terapéutica con la prueba estadística chi cuadrada. Las variables sociodemográficas se analizaron con medidas de tendencia central. Finalmente se elaboraron resultados y por medio de cuadros y gráficas se presentaron.

## VII. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio de investigación se realizó con la autorización del comité de investigación y ética correspondiente. Por lo que se realizó con la aceptación voluntaria y firma del consentimiento informado de las participantes, el cual se entregó por escrito por un colaborador para evitar cualquier incomodidad y se entregó una copia del mismo al participante.

Se les informó el motivo de la realización del estudio, explicando los objetivos que se buscan con dicha investigación, el beneficio que se obtendrá con los resultados obtenidos para la institución, para los participantes y para la población en general. Las participantes que quieran conocer el resultado de los instrumentos se les proporcionarán de forma personal y se les orientará para que se les proporcione orientación por psicología o psiquiatría si así lo desean. Teniendo en cuenta que se respetó la decisión si alguna quiso abandonar la realización de la aplicación de las herramientas utilizadas, sin que esto afecte en el servicio brindado por la institución y por el personal de salud.

Se les explicó que su participación en el estudio, no manifiesta ningún riesgo para su integridad física. La información proporcionada y obtenida será confidencial, con fines exclusivos para la elaboración del presente estudio, protegiendo la identidad de cada participante respetando su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar como lo señala la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud en seres humanos, vigente en nuestro país en el capítulo I, Artículo 13, 14, 15, 16 y 17.

De acuerdo a lo anterior este trabajo de investigación se clasifica en la siguiente categoría “investigación con riesgo mínimo”, ya que se realizaron preguntas de su vida personal a las participantes los cuales pueden generar incomodidad o algún malestar psicológico. La cual se apega a la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial con principios éticos aplicables a las investigaciones médicas que involucran seres humanos, con su última modificación en la 64<sup>a</sup> Asamblea General en Fortaleza, Brasil, octubre 2013.

Por lo tanto se respetaron los cuatro principios universales de la bioética y de las investigaciones de salud. La autonomía al asegurar que todas las participantes estuvieran informadas, verbalmente y también por escrito con el consentimiento informado, así como poder abandonar la investigación en cualquier momento. Justicia ya que todas las participantes tuvieron la misma posibilidad de ser incluidas en el presente estudio. La no maleficencia, ya que no se dañó a ninguna participante físicamente y por último la beneficencia, con los resultados obtenidos sobre la asociación de depresión y adherencia terapéutica que existe podemos ayudar a las participantes si desean algún tipo de intervención y a toda la población en general.

## VIII. ORGANIZACIÓN

- **Tesista**

M.C Gricelda Jiménez Hernández

- **Director de Tesis**

E. en M.F Olivia Landa Martínez

- **Créditos**

Para efectos de publicaciones o presentaciones en eventos académicos, el tesista aparecerá como primer autor y el director como segundo autor.

## IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Al evaluar la relación entre las variables estudiadas, el resultado que obtuvimos de la muestra de 296 participantes, se encontró que 41.89% presentaron depresión mínima (124 participantes), 42.23% depresión leve (125 participantes) y 15.88% depresión moderada (47 participantes).

Del 41.89% con depresión mínima (124 participantes), se encontró que 22.97% (68 participantes) tienen total adherencia terapéutica, 18.58% tienen una adherencia parcial (55 participantes) y 0.34% (1 participante) está no adherida.

Del 42.23% con depresión leve (125 participantes), se encontró que 15.20% tiene adherencia total (45 participantes), 26.01% tienen adherencia parcial (77 participantes) y 1.01% están no adheridas (3 participantes).

Del 15.88% con depresión moderada (47 participantes), se encontró que 0% tiene adherencia total, 9.46% tienen una adherencia parcial (28 participantes) y 6.42% están no adheridas (19 participantes). (**Cuadro y Grafica 1**)

Se calculó chi cuadrada para evaluar la asociación entre depresión y adherencia terapéutica, de acuerdo a la fórmula se obtuvo un valor de 107.736, con un intervalo de confianza de 95% valor de p estadístico 0.000, entonces por inferencia estadística el valor de chi cuadrada se encuentra cerca del número 0, por lo que se concluye que si existe relación significativa entre depresión y adherencia terapéutica.

**Discusión:** investigaciones previas nos indican que existe muy poca literatura sobre depresión asociada a la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial sistémica. Pero si se han realizado estudios similares por ejemplo en Cuba se realizó en 2019 un estudio por Vázquez y colaboradores sobre; Trastornos depresivos y eventos vitales en pacientes con hipertensión arterial y su relación con la adherencia terapéutica donde participaron 222 y se encontró una asociación significativamente entre una pobre adherencia a la medicación antihipertensiva y la presencia de síntomas depresivos, necesidad de un tratamiento psicofarmacológico, ser afectado por 3 o más eventos vitales actuales y tener diagnóstico de un trastorno depresivo (36). También se han realizado

estudios en otras enfermedades crónicas los más comunes son en Diabetes Mellitus 2 como el realizado en Perú en 172 pacientes en 2017 por Acuña y colaboradores; Adherencia terapéutica en adultos con diabetes tipo 2 en un programa de enfermedades crónicas. Huánuco 2017, donde evaluaron si el conocimiento sobre Diabetes Mellitus, la funcionalidad familiar y la depresión están asociados a la adherencia terapéutica en adultos con DM tipo 2, encontrando que la mala adherencia al tratamiento está asociada significativamente con la depresión, la disfunción familiar y el pobre conocimiento sobre la diabetes (37). Esto quiere decir que el presente estudio obtuvo los mismos resultados que los realizados anteriormente y aunque son muy pocos que describen sobre esta asociación debemos buscar estos factores en la práctica clínica diaria intencionadamente para evitar complicaciones de la hipertensión arterial.

Se dividió a total de las participantes en 3 grupos etarios de los cuales, 65 fueron de 40 a 50 años (21.96%), 122 de 51 a 60 años (41.22%) y 109 de 61 a 70 años (36.82%). Del total del grupo 1 de 40 a 50 años (21.96%), 12 presentaron depresión mínima (4.05%), 50 depresión leve (16.90%) y 3 depresión moderada (1.01%). Del grupo 2 de 51 a 60 años (41.22%), 43 participantes presentaron depresión mínima (14.53%), 53 participantes presentaron depresión leve (17.91%) y 26 participantes depresión moderada (8.78%). Del grupo 3 de 61 años a 70 años (36.82%), 69 participantes presentaron depresión mínima (23.31%), 22 participantes presentaron depresión leve (7.43%) y 18 participantes presentaron depresión moderada (6.08%). **(Cuadro y grafica 2)**

El estado civil de las participantes, 38 son solteras (12.84%), 15 en unión libre (5.07%), 154 son casadas (52.03%), 63 son viudas (21.28%) y divorciadas 26 (8.78%). De las 38 participantes solteras (12.84%), 11 tienen depresión mínima (3.72%), 27 participantes tienen depresión leve (9.12%) y 0 tienen depresión moderada. De las 15 participantes en unión libre 0 tiene depresión mínima, 12 tienen depresión leve (4.05%), 3 participantes tienen depresión moderada (1.01%). De las 154 casadas (52.03%), 89 tienen depresión mínima (30.07%), 47 tiene depresión leve (15.88%), 18 tienen depresión moderada (6.08%). De 63 participantes viudas (21.28%). 0 tienen depresión mínima, 37 tienen depresión leve (12.50%), 26 participantes tienen depresión moderada (8.78%). De las 26

participantes viudas (8.78%), 24 tienen depresión mínima (8.11%) y 2 tienen depresión leve (0.67%), no se encontraron ninguna con depresión moderada. (**Gráfica y cuadro 3**).

Continuando con el análisis del grupo etario del grupo 1 que corresponde a 65 participantes (21.96%), 36 participantes tienen adherencia total (12.16%), 24 tienen adherencia parcial (8.11%) y 5 no son adheridas (1.69%). Del grupo 2 que corresponde a 122 (41.22%), 49 participantes están adheridas totalmente (16.55%), 66 tienen adherencia parcial (22.31%) y 7 están no adheridas (2.36%). Del grupo 3 que corresponde a 109 (36.82%), 28 participantes tienen adherencia total (9.46%), 70 tienen adherencia parcial (23.64%), y 11 participantes son no adheridas (3.72%). (**Gráfica y cuadro 4**)

Continuando con el estado civil de las participantes las solteras que corresponden a 38 (12.84%), 1 participante tiene adherencia total (0.34%), 36 tienen adherencia parcial (12.16%) y 1 participante no está adherida (0.34%), de las de unión libre que son 15 (5.07%), 12 tienen adherencia total (4.05%), 0 tiene adherencia parcial y 3 no tienen adherencia (1.01%). De las casadas que son 154 (52.03%), 87 tienen adherencia total (29.39%), 56 tienen adherencia parcial (18.92%) y 11 no están adheridas (3.72%). De las viudas que son 63 participantes (21.28%), 0 tienen adherencia total, 55 tienen adherencia parcial (18.58%) y 8 no están adheridas (2.70%). De las divorciadas que son 26 (8.78%), 13 tienen adherencia total (4.39%), 13 tienen adherencia parcial (4.39%) y 0 esta no adherida. (**Gráfica y cuadro 5**)

## X. CUADROS Y GRAFICAS

**Cuadro 1.** Depresión y adherencia terapéutica en mujeres con hipertensión arterial sistémica, UMF 220, 2019.

Depresión \ Adherencia terapéutica	Mínima		Leve		Moderada		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>Total</b>	68	22.97	45	15.20	0	0	113	38.17
<b>Parcial</b>	55	18.58	77	26.01	28	9.46	160	54.06
<b>No adheridas</b>	1	0.34	3	1.01	19	6.42	23	7.77
<b>Total</b>	124	41.89	125	42.23	47	15.88	296	100

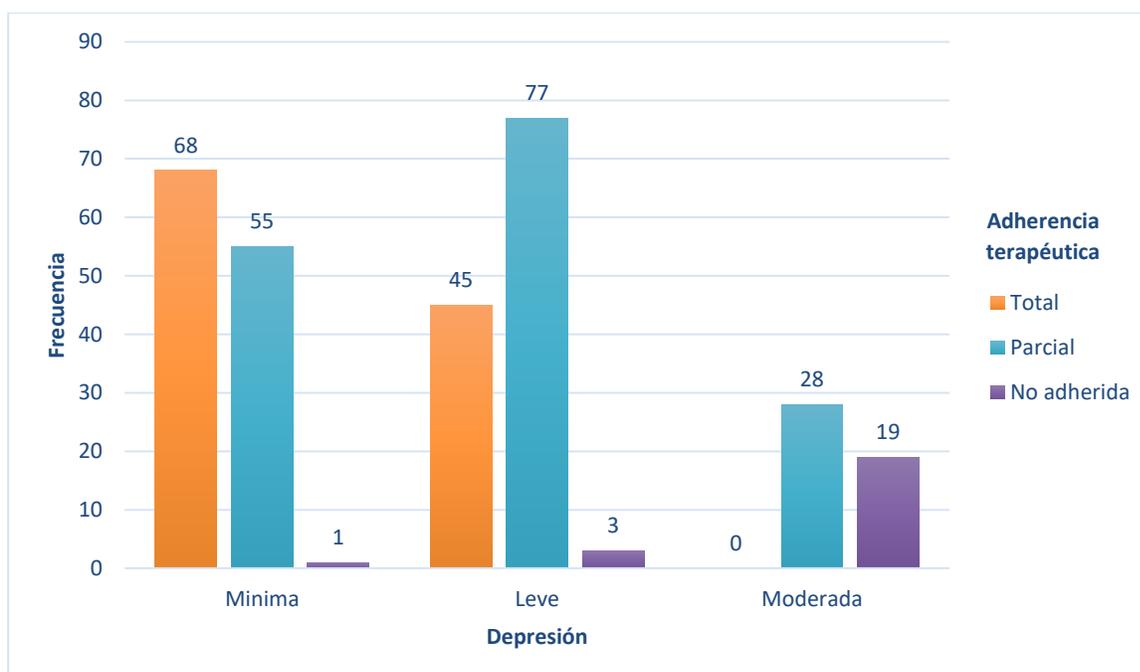
Fuente: base de datos

F: Frecuencia

%: Porcentaje

$X^2 = p 0.00$

**Grafica 1.** Depresión y adherencia terapéutica en mujeres con hipertensión arterial sistémica, UMF 220, 2019.



Fuente: Cuadro 1.

**Cuadro 2.** Grado de depresión de las mujeres con hipertensión arterial sistémica de acuerdo al grupo etario, UMF 220, 2019.

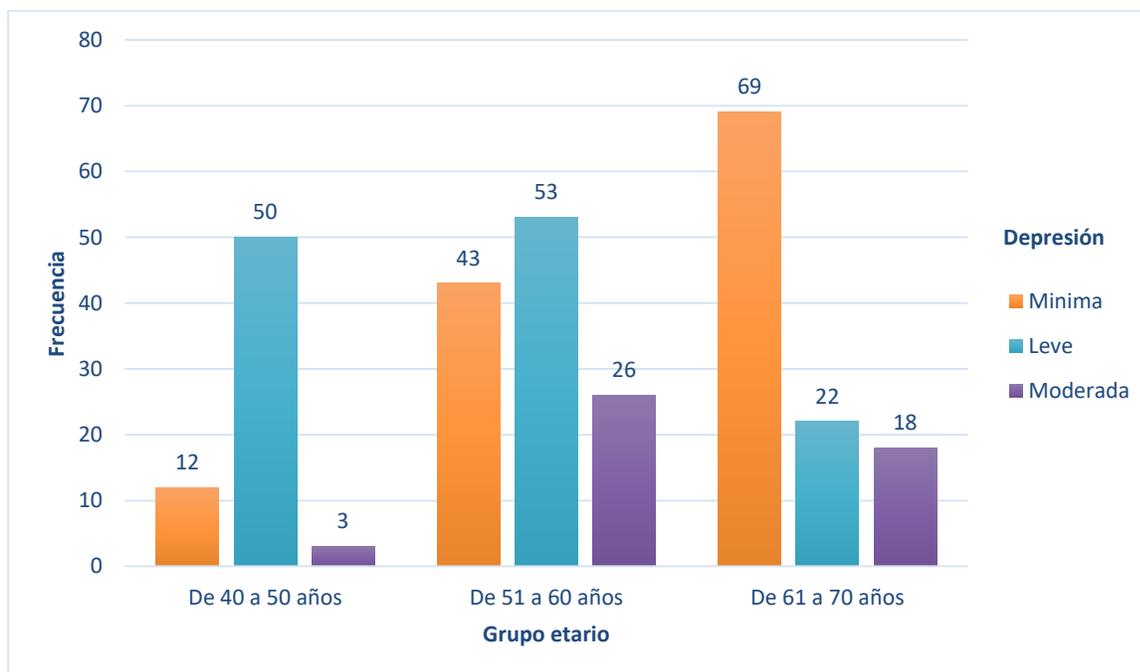
Grupo Etario \ Depresión	De 40 a 50 años		De 51 a 60 años		De 61 a 70 años		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Mínima	12	4.05	43	14.53	69	23.31	124	41.89
Leve	50	16.90	53	17.91	22	7.43	125	42.23
Moderada	3	1.01	26	8.78	18	6.08	47	15.88
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>21.96</b>	<b>122</b>	<b>41.22</b>	<b>109</b>	<b>36.82</b>	<b>296</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos

F: Frecuencia

?: Porcentaje

**Grafica 2.** Grado de depresión de las mujeres con hipertensión arterial sistémica de acuerdo al grupo etario, UMF 220, 2019.



Fuente: Cuadro 2.

**Cuadro 3.** Grado de depresión de las mujeres con hipertensión arterial sistémica de acuerdo a su estado civil, UMF 220, 2019.

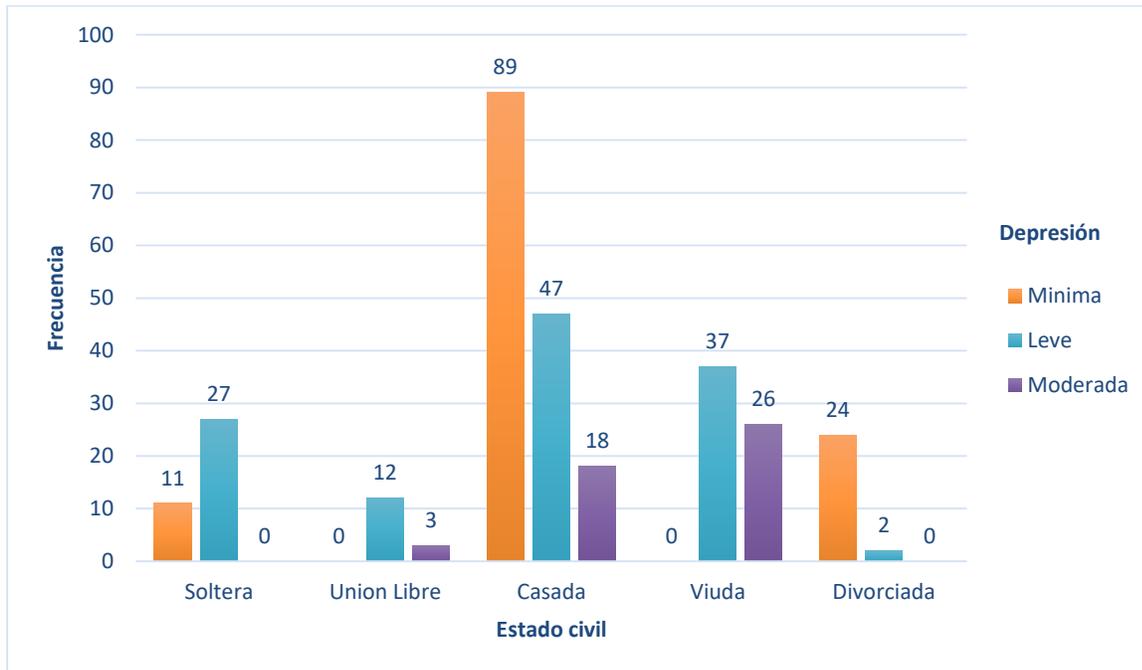
Estado civil \ Depresión	Soltera		Unión libre		Casada		Viuda		Divorciada		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>Mínima</b>	11	3.72	0	0	89	30.07	0	0	24	8.11	124	41.89
<b>Leve</b>	27	9.12	12	4.05	47	15.88	37	12.5	2	0.67	125	42.23
<b>Moderada</b>	0	0	3	1.01	18	6.08	26	8.78	0	0	47	15.88
<b>Total</b>	38	12.84	15	5.07	154	52.03	63	21.28	26	8.78	296	100

Fuente: Base de datos

F: Frecuencia

?: Porcentaje

**Grafica 3.** Grado de depresión de las mujeres con hipertensión arterial sistémica de acuerdo a su estado civil, UMF 220, 2019.



Fuente: Cuadro 3.

**Cuadro 4.** Nivel de adherencia terapéutica en las mujeres con hipertensión arterial sistémica de acuerdo al grupo etario, UMF 220, 2019.

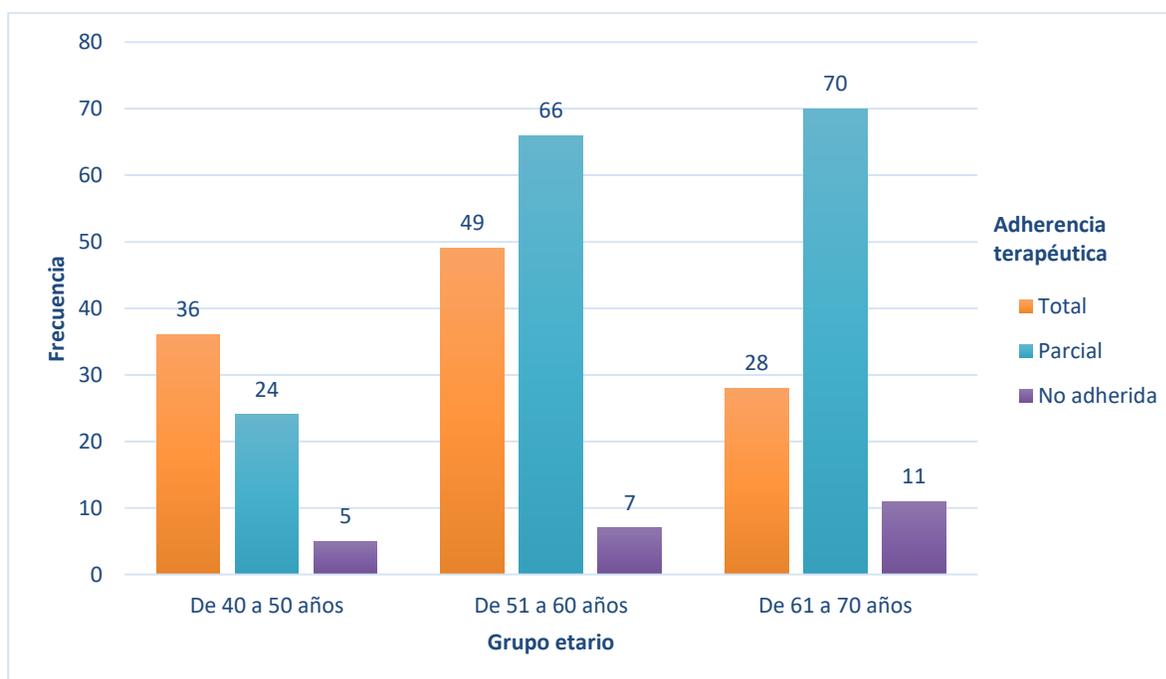
Grupo etario \ Adherencia terapéutica	De 40 a 50 años		De 51 a 60 años		De 61 a 70 años		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>Total</b>	36	12.16	49	16.55	28	9.46	113	38.17
<b>Parcial</b>	24	8.11	66	22.31	70	23.64	160	54.06
<b>No adherida</b>	5	1.69	7	2.36	11	3.72	23	7.77
<b>Total</b>	65	21.96	122	41.22	109	36.82	296	100

Fuente: Base de datos

F: Frecuencia

#: Porcentaje

**Grafica 4.** Nivel de adherencia terapéutica en las mujeres con hipertensión arterial sistémica de acuerdo al grupo etario, UMF 220, 2019.



Fuente: Cuadro 4.

**Cuadro 5.** Nivel de adherencia terapéutica de las mujeres con hipertensión arterial sistémica de acuerdo a su estado civil, UMF 220, 2019.

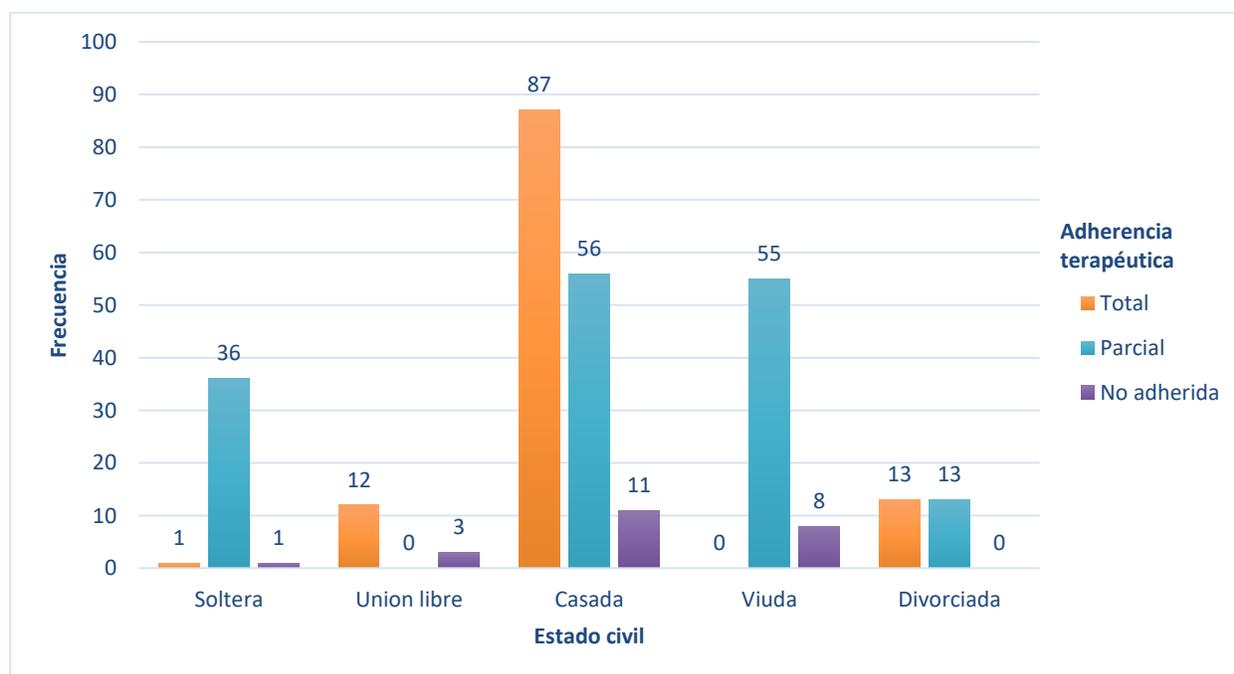
Estado Civil \ Adherencia terapéutica	Soltera		Unión libre		Casada		Viuda		Divorciada		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>Total</b>	1	0.34	12	4.05	87	29.39	0	0	13	4.39	113	38.17
<b>Parcial</b>	36	12.16	0	0	56	18.92	55	18.58	13	4.39	160	54.06
<b>No adherida</b>	1	0.34	3	1.01	11	3.72	8	2.70	0	0	23	7.77
<b>Total</b>	38	12.84	15	5.07	154	52.03	63	21.28	26	8.78	296	100

Fuente: Base de datos

F: Frecuencia

?: Porcentaje

**Grafica 5.** Nivel de adherencia terapéutica de las mujeres con hipertensión arterial sistémica de acuerdo a su estado civil, UMF 220, 2019.



Fuente: Cuadro 5.

## XI. CONCLUSIONES

Se calculó chi cuadrada de acuerdo a la formula obteniendo un valor de 107.736, con un intervalo de confianza de 95% valor de p estadístico 0.000, entonces por inferencia estadística el valor de chi cuadrada se encuentra cerca del número 0, por lo que se concluye que, sí existe relación significativa entre depresión y adherencia terapéutica con un nivel de confianza de 95%, por lo que se acepta la Hipótesis alterna (H1) y se rechaza la Hipótesis nula (H0).

De acuerdo a la muestra de 296 participantes se encontró que la depresión más frecuente es la depresión leve con 42.23% (125 participantes), seguida de la depresión mínima con 41.89% (124 participantes) y por último la depresión moderada con 15.88% (47 participantes).

La adherencia terapéutica más frecuentemente es la adherencia parcial con 54.06% (160 participantes), seguida de la adherencia total con 38.17% (113 participantes) y por ultimo con 7.77% las no adheridas (23 participantes).

El grupo etario más frecuente fue el 2 de 51 a 60 años de edad con 41.22% (122 participantes), seguidos del grupo 3 de 61 a 70 años de edad con 36.82% (109 participantes) y por último el grupo 1 de 40 a 50 años con el 21.96 % (65 participantes).

El estado civil predominante fue casadas con 52.03% (154 participantes), seguidas del grupo de viudas con 21.28% (63 participantes), solteras 12.84% (38 participantes), divorciadas 8.78% (26 participantes) y por último unión libre con 5.07% (15 participantes).

## XII. RECOMENDACIONES

Tener una buena relación médico-paciente, siendo empáticos, para que exprese sus emociones, dudas o problemas familiares, y así detectar síntomas de depresión.

Aplicar el inventario de depresión de Beck para establecer grado de depresión, y así poder intervenir a tiempo, si fuese necesario buscar apoyo refiriendo al paciente a psicología o psiquiatría.

Realizar a cada paciente una bitácora de monitoreo, la cual se lleve a todas las consultas donde se anote el peso, IMC y presión arterial, para verificar si sigue las recomendaciones médicas, con esos parámetros podemos definir si el paciente baja o sube de peso, y el control de su presión arterial.

En cada consulta preguntar el horario y cantidad de la toma de cada uno de sus medicamentos, para saber si el paciente lo realiza de forma correcta, además preguntar si tiene alguna duda.

Aplicar cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Si encontramos que el paciente no tiene una adecuada adherencia terapéutica, buscar estrategias para recordar la toma de medicamentos, de acuerdo a cada paciente como:

- Realizar una hoja de registro de la toma de medicamentos, colocar fecha, nombre de medicamento, dosis/número de comprimidos, horario e instrucciones especiales.
- Colocar medicamentos cerca de objetos de uso diario o lugares de visita frecuente.
- Colocar notas adhesivas y pegar en lugares específicos, como televisión, baño, computadora, automóvil etc.
- Poner alarmas para recordar la toma de medicamentos, explicando que en el momento que suene se tome el medicamento no dejarlo para después.
- Ordenar medicamento en pastilleros para saber que medicamento se tomó o colocarlo en otro lugar diferente cuando este se haya tomado.

- Tener medicamento disponible en diferentes lugares como trabajo, automóvil y bolsa.
- Pedir a familiar que le recuerde sobre la toma de medicamento, si no vive en la misma casa, por llamada o mensaje.
- Recomendar al paciente que utilice alguna aplicación en el celular, para recordar la toma de medicamentos.

Motivar al paciente para acudir a las citas médicas de seguimiento, para poder realizar ajustes al tratamiento, llevar un adecuado control en su enfermedad, recordando que antes de aumentar las dosis o agregar medicamentos, estar seguros que se están siguiendo las indicaciones establecidas.

Realizar un plan de actividad física que debe realizar cada paciente en forma individualizada, estableciendo un plan en coordinación con la familia, para que se adapte de la mejor forma al paciente y pueda seguirlo como se indica, también podemos apoyarnos en los centros de seguridad social cuando así lo consideremos

Buscar que el paciente siga el régimen alimenticio establecido con ayuda de la familia y los recursos con los que cuenta, realizando un plan alimenticio en el cual podemos apoyarnos con nutriólogos.

Formar grupos de apoyo coordinados por terapeutas profesionales para pacientes con depresión, y así facilitar cambios psicológicos, relacionándose con personas con síntomas similares a través del intercambio de experiencias, y buscar manejar de forma adecuada las emociones.

Contar con más personal experto en nutrición y depresión, para que los pacientes reciban consulta de forma más frecuente, ya que ambos problemas son de seguimiento continuo.

### XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Esquinca J, Gacía A, Platas E, Rodriguez D, Zamora M, Santillana S. Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto. Inst Mex del Seguro Soc [Internet]. 2015;1–64. Available from: [http://www.infomedicsa.com/panamajournals/pdf/PJ\\_RMDP\\_1998\\_023\\_001-8.pdf](http://www.infomedicsa.com/panamajournals/pdf/PJ_RMDP_1998_023_001-8.pdf)
2. Organización Panamericana de la Salud. Depresión y otros trastornos mentales comunes: Estimaciones sanitarias mundiales. Organ Panam la Salud [Internet]. 2017;24. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
3. Pérez Padilla EA, Cervantes Ramírez VM, Hijuelos García NA, Pineda Cortés JC, Salgado Burgos H. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. Rev Biomed. 2017;28(2):73–98.
4. Vargas Terrez BE, Villamil Salcedo V. La salud mental y la atención primaria en México. Experiencias de un modelo de atención colaborativa. Salud Ment. 2016;39(1):3–9.
5. Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina Mora ME. Depresión: Estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Salud Publica Mex. 2013;55(1):74–80.
6. Álvarez Ariza M, Atienza Merino G, José GÁM, González García A, Guitián Rodríguez D, De las Heras Liñero E, et al. Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto. Minist Sanidad, Serv Soc e Igualdad Agencia Evaluación Tecnol Sanit Galicia. 2014;61(2):38–41.
7. Carrasco AE. Modelos psicoterapéuticos para la depresión: Hacia un enfoque integrado. Interam J Psychol. 2017;51(2):181–9.
8. Aragonès E, Comín E, Cavero M, Pérez V, Molina C, Palao D. A computerised clinical decision-support system for the management of depression in Primary Care. Aten Primaria [Internet]. 2017;49(6):359–67. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.09.011>
9. Sanz J. Ideas equivocadas sobre la depresión y su tratamiento. Cons Gen Colegios Of Psicólogos, España [Internet]. 2017;38(3). Available from:

- <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77853188011>
10. Pérez Esparza R. Tratamiento farmacológico de la depresión: Actualidades y futuras direcciones. *Rev la Fac Med*. 2017;60(5):7–16.
  11. Roca Bennasar M, Aragonès E. Abordaje compartido de la depresión Documento. Consenso multidisciplinar. *Euromedice* [Internet]. 2018;3–5. Available from: [https://www.researchgate.net/profile/Enric\\_Aragones2/publication/323685480\\_Abordaje\\_compartido\\_de\\_la\\_depresion\\_Consenso\\_multidisciplinar/links/5b961fb3a6fdccfd54381928/Abordaje-compartido-de-la-depresion-Consenso-multidisciplinar.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Enric_Aragones2/publication/323685480_Abordaje_compartido_de_la_depresion_Consenso_multidisciplinar/links/5b961fb3a6fdccfd54381928/Abordaje-compartido-de-la-depresion-Consenso-multidisciplinar.pdf)
  12. López Romero LA, Romero Guevara SL, Parra DI, Rojas Sánchez LZ. Adherencia al tratamiento: Concepto y Medición. *Hacia la promoción la salud* [Internet]. 2016;21(1):117–37. Available from: [http://200.21.104.25/promocionsalud/downloads/Revista21\(1\)\\_10.pdf](http://200.21.104.25/promocionsalud/downloads/Revista21(1)_10.pdf)
  13. Ramos Morales LE. Adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Rev Cuba Angiol Vasc*. 2015;16(2):175–89.
  14. Del Duca M, Gallegos Y, Da Col G, Trenchi MN. Adherencia al tratamiento desde la perspectiva del médico de familia. *Med familiar y Comunitaria*. 2013;8(1):6–15.
  15. Reyes Flores E, Trejo Alvarez R, Arguijo Abrego S, Jiménez Gómez A, Castillo Castro A, Hernández Silva A, et al. Adherencia terapeutica: Conceptos, determinantes y nuevas estrategias. *Rev Med Hondur* [Internet]. 2016;84(3 y 4):125–32. Available from: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2016/pdf/Vol84-3-4-2016-14.pdf>
  16. Martínez Domínguez GI, Martínez Sanchez LM, Lopera Valle JS, Vargas Grisales N. La Importancia de la adherencia terapéutica. *Rev Venez Endocrinol y Metab* [Internet]. 2016;14(2):107–16. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375546666003>
  17. Vargas M, Herrera C, Rocha L. Aportes para el abordaje interdisciplinar de la adherencia al tratamiento. *Acta Medica Colomb* [Internet]. 2018;43(1):37–41. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163156698005>
  18. Orozco Gómez ÁM, Castiblanco Orozco L. Factores psicosociales e intervención psicológica en enfermedades crónicas no transmisibles. *Rev Colomb Psicol*.

- 2015;24(1):203–17.
19. Díez Canseco F, Ipince A, Toyama M, Benate Galvez Y, Galán Rodas E, Medina Verástegui JC, et al. Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en Perú: Retos y oportunidades para la integración de cuidados en el primer nivel de atención. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2014;31(1):131–6.
  20. Urrego Vásquez A, Gaviria García JR, Martínez Dominguez GI, Martínez Sánchez LM, Ospina Sánchez JP. Adherencia a los antidepresivos: Reto terapéutico para mejores desenlaces clínicos en pacientes con depresión. *Arch Med Colomb* [Internet]. 2017;17(1):150–9. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273851831016>
  21. Favela Perez EA, Medina Gonzalez JL, Gutierrez Barbosa, Maria del Consuelo Rolón Montaña ML, Sierra Soria CC, Viniegra Osorio A. Diagnostico y tratamiento de la hipertension en el Primer Nivel de Atención. *Inst Mex del Seguro Soc* [Internet]. 2014;1–77. Available from: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
  22. Campos nonato I, Hernández barrera L. Hipertensión arterial en adultos mexicanos: de tratamiento. *Ensanut MC 2016 prevalencia, diagnóstico y tipo. Salud Publica Mex*. 2018;60(3):233–43.
  23. Rosas Peralta M, Borrayo Sánchez G. Impacto de los nuevos criterios para diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial sistémica sugeridos por la American College of Cardiology/American Heart Association. *Gac Med Mex*. 2018;154(6):633–7.
  24. Tagle R. Diagnostico de hipertension arterial. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2018;29(1):12–20.
  25. Gijón Conde T, Gorostidi M, Camafort M, Abad Cardiel M, Martín Rioboo E, Morales Olivas F, et al. Spanish Society of Hypertension position statement on the 2017 ACC/AHA hypertension guidelines. *Hipertens y Riesgo Vasc* [Internet]. 2018;(xx):1–11. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2018.04.001>
  26. Berenguer Guarnaluses LJ. Algunas consideraciones sobre la hipertensión arterial. *Medisan*. 2016;20(11):2434–8.

27. Valenzuela A, Solórzano F, Valenzuela A, Durán L, Ponce S, Oropeza P, et al. Recomendaciones de la guía de práctica clínica de hipertensión arterial en el primer nivel de atención. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2016;54(2):249–60.
28. Andrade-Castellanos CA. Hipertensión arterial primaria: Tratamiento farmacológico basado en la evidencia. *Med Interna Mex.* 2015;31(2):191–5.
29. Molina DI, Chacón JA, Esparza ÁS, Botero SM. Depresión y riesgo cardiovascular en la mujer. *Rev Colomb Cardiol [Internet].* 2016;23(3):242–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2015.11.004>
30. Herrera Añazco P, Pacheco Mendoza J, Valenzuela Rodríguez G, Málaga G. Autoconocimiento, adherencia al tratamiento y control de la Hipertension Arterial en el Perú: Una revision narrativa. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2017;34(3):497–504.
31. Ramírez Arias E, Santos Martínez E, Díaz Díaz E, Rodríguez M, Pérez Ruiz CE, Raúl L. Consenso de hipertensión arterial sistémica en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2016;54(1):56–51.
32. Alfaro Moreno LJ, Álvarez Giraldo C, Castaño Castrillón JJ, Medina Gil M, Montoya Jiménez MP, Ortega Borja N, et al. Relación entre trastorno afectivo bipolar, depresión, ansiedad, estrés y valores de presión arterial en población de la clínica San Juan de Dios, Manizales, Colombia, 2014. *Arch Med Colomb.* 2015;15(2):281–90.
33. Ortega Cerda J, Sánchez Herrera D, Rodriguez Miranda O, Ortega Legaspi J. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Medigraphic.* 2018;16(3):226–32.
34. Jurado S, Villegas ME, Méndez L, Rodríguez F, Loperena V, Varela R. La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. Vol. 21, *Salud mental.* México; 1998. p. 26–31.
35. Martín Alfonso, Libertad; Bayarre Veja, Héctor D.; Grau Ábalo JA. Validación del cuestionario MBG ( Martín-Bayarre-Grau ) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial Validation of MBG Questionnaire ( Martin-Bayarre-Grau ) for the evaluation of therapy adherence in blood hypertension patients. *Rev Cuba Salud Pública [Internet].* 2008;34(1). Available from:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21420865012>

36. Vázquez Machado A, Mukamutara J, Meireles Ochoa MY, Vázquez Arias L. Trastornos depresivos y eventos vitales en pacientes con hipertensión arterial y su relación con la adherencia terapéutica TT - Depressive disorders and vital events in patients with arterial hypertension and its relationship with therapeutic adherence T. *Multimed (Granma)* [Internet]. 2019;23(5):1079–94. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1028-48182019000501079](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000501079)
37. Huamancayo-inga CA, Guisasola G. Adherencia terapéutica en adultos con diabetes tipo 2 en un programa de enfermedades crónicas. Huánuco 2017. *Rev Peru Investig Salud* [Internet]. 2019;3(4):174–9.

## XIV. ANEXOS

### XIV.1 Consentimiento informado.

 IMSS SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD</b> <b>COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</b> <b><u>HGR/UMF 220</u></b>	
<b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</b>		
<b>“ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN MUJERES CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA, UMF 220, 2019”</b>		
Investigador Principal	<u>E. en MF Olivia Landa Martínez</u>	
Investigador Asociado o Tesista	<u>M.C Gricelda Jiménez Hernández</u>	
Número de registro:	<u>No aplica</u>	
Financiamiento (si Aplica)	<u>No aplica</u>	
Lugar y fecha:	<u>Toluca México a Noviembre de 2019, HGR/UMF No. 220</u>	
Riesgo de la Investigación:	<u>Estudio con Riesgo mínimo</u>	
Propósito del estudio:	<p>El propósito del estudio es evaluar la asociación entre depresión y adherencia terapéutica en mujeres con hipertensión arterial sistémica, que acuden a la consulta externa del turno matutino de medicina familiar en la UMF 220.</p> <p>Usted está formalmente invitado a participar por las características personales que posee, así mismo serán invitados otras personas más. Por favor lea la información de este formato y realice las preguntas que desee antes de decidir participar o no en la investigación.</p>	
Procedimientos:	<p>Si usted acepta participar en el estudio, posterior a firmar el consentimiento informado se explicara de manera clara y sencilla de que trata el estudio, posteriormente se le proporcionara una serie de preguntas sobre su vida personal las cuales unas tendrá que contestar y otras elegirá la que usted considere que se encuentre cursando en su vida.</p>	
Posibles riesgos y molestias:	<u>Algunas preguntas podrían ocasionarle alguna incomodidad ya que son de su vida personal.</u>	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	<u>No recibirá pago por su participación, no implica gasto alguno para usted, los beneficios directos para usted será ofrecerle orientación y seguimiento en el primer nivel de atención, los resultados de este estudio brindarán información relevante y se incrementará el conocimiento sobre el tema de investigación.</u>	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento ( ensayos clínicos)	<u>Los resultados se darán con confidencialidad y de manera personal si el participante lo desea, en caso de necesitar ayuda, se sugerirá acudir a orientación psicológica y con su médico familiar, además se promoverá que se incluya un taller para aumentar la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos.</u>	
Participación o retiro:	<u>Su participación es completamente voluntaria, si decide NO participar no se verá afectada la atención que recibe por parte del IMSS, ni de ningún personal de salud, Si decide participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento, lo cual tampoco modificará los beneficios que usted tiene como derechohabiente del IMSS.</u>	
Privacidad y confidencialidad:	<u>La información que nos brinde es estrictamente confidencial y será resguardada, la base de datos estará protegida por una clave, sólo el equipo de investigación tendrá acceso a la información, cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en foros o conferencias no se proporcionara información que pudiera revelar su identidad.</u>	

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con esta investigación podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

E. En M. F. Olivia Landa Martínez, adscrita a la Unidad de Medicina Familiar 220, puede contactarnos en la siguiente dirección o teléfono; dirección avenida paseo Tollocan S/N, Col. Vértice, Toluca de Lerdo, C.P. 50150, los días de lunes a viernes, horario de 08:00 a 16:00 hrs y al teléfono 01 722 217 08 53 ext. 244, en el mismo horario y días.

Colaboradores:

Tesista: M. C. Gricelda Jiménez Hernández Residente de Medicina Familiar del HGR 220, puede contactarnos en avenida paseo Tollocan S/N, Col. Vértice, Toluca de Lerdo, C.P. 50150, los días lunes a viernes, en un horario de 08:00 a 16:00 h, al teléfono 01 722 217 08 53 ext. 244 en el mismo horario y días.

En caso de dudas, aclaraciones o quejas sobre sus derechos como participante en un estudio de investigación, podrá dirigirse a: Comisión Nacional de Ética e Investigación 15058; Unidad de Medicina Familiar Número 222 del IMSS: Calle Josefa Ortiz de Domínguez Esquina Avenida Jose Maria Morelos y Pavón e Hidalgo, Colonia Santa Clara. Toluca Estado de México, CP 50000. Teléfono (722) extensión 1320, de lunes a viernes en un horario 8:00 a 16:00 horas, Correo Electrónico: comite.etica15058@gmail.com.

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma y fecha del participante

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma y fecha de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Mi firma como testigo certifica que la participante firmó éste formato en mi presencia, de manera voluntaria

Testigo 2

Mi firma como testigo certifica que la participante firmó éste formato en mi presencia, de manera voluntaria

\_\_\_\_\_  
Nombre, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, 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**

## XIV.2 Ficha de identificación.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 220

### 1. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Instrucciones: favor de llenar o marcar con una X la información que a continuación se le solicita.

Edad: \_\_\_\_\_ años

Estado civil:

- Soltero
- Unión libre
- Casado
- Viudo
- Divorciado

## XIV.3 Inventario de Beck

Instrucciones: a continuación se presentan 21 afirmaciones marque con una X la que mayor lo describa como se ha sentido en la ULTIMA SEMANA incluyendo HOY”

Pregunta 1

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste.
- 2 Me siento triste siempre.
- 3 Estoy tan triste que no puedo soportarlo.

Pregunta 2

- 0 No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- 1 Me siento desanimado de cara al futuro.
- 2 Siento que no tengo nada que esperar.
- 3 En el futuro no hay esperanza y las cosas no pueden mejorar.

Pregunta 3

- 0 No creo que sea un fracaso.
- 1 He fracasado más que una persona normal.
- 2 Al recordar mi vida, todo son fracasos.
- 3 Creo que soy un fracaso absoluto como persona.

Pregunta 4

- 0 Me satisfacen las cosas como antes.

- 1 No disfruto como antes.
- 2 Ya no tengo una verdadera satisfacción de nada.
- 3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

Pregunta 5

- 0 No me siento especialmente culpable.
- 1 Me siento culpable una buena parte del tiempo.
- 2 Me siento culpable casi siempre.
- 3 Me siento culpable siempre.

Pregunta 6

- 0 No creo que esté siendo castigado.
- 1 Creo que puedo ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Creo que estoy siendo castigado.

Pregunta 7

- 0 No me siento decepcionado de mí mismo.
- 1 Me siento decepcionado de mí mismo.
- 2 Estoy disgustado conmigo mismo.
- 3 Me odio.

Pregunta 8

- 0 No creo ser peor que los demás.
- 1 Me critico por mis errores.
- 2 Me culpo siempre de mis errores.
- 3 Me culpo de todo lo malo que me sucede.

Pregunta 9

- 0 No pienso en matarme.
- 1 Pienso en matarme pero no lo haré.
- 2 Me gustaría matarme.
- 3 Me mataría si tuviera una oportunidad.

Pregunta 10

- 0 No lloro más que de costumbre.
- 1 Lloro más de lo que solía hacer.
- 2 Ahora lloro todo el tiempo.
- 3 Ahora no puedo llorar, aunque quiera.

Pregunta 11

- 0 No me irrito más que antes.
- 1 Me irrito un poco más que antes.
- 2 Estoy bastante irritado una buena parte del tiempo.
- 3 Ahora me siento irritado todo el tiempo.

Pregunta 12

- 0 No he perdido el interés por otras personas.
- 1 Estoy menos interesado que de costumbre.
- 2 He perdido casi todo mi interés por otras personas.
- 3 He perdido mi interés por otras personas.

Pregunta 13

- 0 Tomo decisiones como casi siempre.
- 1 Postergo la toma de decisiones.
- 2 Tengo más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Ya no puedo tomar decisiones.

Pregunta 14

- 0 No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
- 1 Me preocupa el hecho de parecer viejo o sin atractivo.
- 2 Me parece que ha habido cambios que me hacen menos atractivo.
- 3 Me veo feo.

Pregunta 15

- 0 Puedo trabajar tan bien como antes.
- 1 Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.
- 2 Tengo que obligarme para hacer algo.
- 3 No puedo trabajar en absoluto.

Pregunta 16

- 0 Puedo dormir como siempre.
- 1 No duermo tan bien como solía hacerlo.
- 2 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual.
- 3 Me despierto más de dos horas antes de lo habitual.

Pregunta 17

- 0 No me canso más de lo habitual.
- 1 Me canso más fácilmente que habitualmente.
- 2 Me canso sin hacer nada.
- 3 Estoy demasiado cansado para hacer algo.

Pregunta 18

- 0 Mi apetito no es peor que de costumbre.
- 1 Mi apetito no es tan bueno como antes.
- 2 Mi apetito está mucho peor ahora que antes.
- 3 Ya no tengo apetito.

Pregunta 19

- 0 No he perdido peso.
- 1 He perdido más de dos kilos y medio.
- 2 He perdido más de cinco kilos.
- 3 He perdido más de siete Kilos.

Pregunta 20

- 0 No me preocupa mi salud más de lo habitual.
- 1 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias de estómago...
- 2 Estoy muy preocupado y me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa.
- 3 Estoy tan preocupado que no puedo pensar en otra cosa.

Pregunta 21

- 0 No he notado ningún cambio en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado de lo que solía estar.
- 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido por completo el interés por el sexo.

Puntaje total: \_\_\_\_\_

#### **XIV.4 Cuestionario de MBG (Martín-Bayarre-Grau)**

Instrucciones: solicitamos su colaboración, para estudiar cómo se comporta el cumplimiento de las indicaciones orientadas a los pacientes con hipertensión arterial sistémica. Solo debe dar respuesta a las preguntas que aparecen a continuación

A) De las indicaciones que aparecen a continuación marque con una X cual o cuales le ha dado su médico.

- Dieta sin sal o baja de sal
- Consumir grasa no animal
- Realizar ejercicio físico

B) Tiene usted indicado tratamiento con medicamentos

- Si
- No

C) A continuación usted encontrará un conjunto de afirmaciones. Por favor, no se preocupe a pensar si otras personas estarán de acuerdo con usted y exprese exactamente lo que piense en cada caso. Marque con una X la casilla que corresponda a su situación particular:

<b>Afirmaciones</b>	<b>Siempre</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Nunca</b>
1. Toma los medicamentos en el horario establecido.					
2. Se toma todas las dosis indicadas.					
3. Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta.					
4. Asiste a las consultas de seguimiento programadas.					
5. Realiza los ejercicios físicos indicados					
6. Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de su vida diaria.					
7. Usted y su médico, deciden de manera conjunta. El tratamiento a seguir.					
8. Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos.					
9. Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos.					
10. Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento.					

11. Usted y su médico analizan como cumplir su tratamiento.					
12. Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico.					

Puntaje total \_\_\_\_\_

## VIX. 5 Recopilación de datos.

Participante	Edad	Estado civil	Grado de depresión	Nivel de adherencia
1	64	Divorciada	Mínima	Total
2	70	Viuda	Leve	Parcial
3	61	Divorciada	Mínima	Parcial
4	53	Casada	Mínima	Total
5	63	Soltera	Mínima	Parcial
6	45	Casada	Mínima	Total
7	60	Casada	Leve	Total
8	55	Viuda	Leve	Parcial
9	67	Casada	Mínima	Parcial
10	52	Casada	Mínima	Total
11	56	Casada	Leve	Parcial
12	53	Casada	Moderada	Parcial
13	42	Viuda	Leve	Parcial
14	59	Viuda	Moderada	Parcial
15	62	Casada	Mínima	Total
16	65	Casada	Mínima	Parcial
17	64	Viuda	Moderada	Parcial
18	40	Unión libre	Leve	Total
19	60	Casada	Mínima	Parcial
20	57	Soltera	Leve	Parcial
21	50	Casada	Leve	Total
22	58	Casada	Mínima	Total
23	49	Soltera	Leve	Parcial
24	64	Divorciada	Mínima	Total
25	70	Viuda	Leve	Parcial
26	61	Divorciada	Mínima	Parcial
27	53	Casada	Mínima	Total
28	63	Soltera	Mínima	Parcial
29	45	Casada	Mínima	Total
30	60	Casada	Leve	Total
31	64	Divorciada	Mínima	Total
32	70	Viuda	Leve	Parcial
33	61	Divorciada	Mínima	Parcial
34	53	Casada	Mínima	Total
35	63	Soltera	Mínima	Parcial
36	45	Casada	Mínima	Total
37	60	Casada	Leve	Total
38	55	Viuda	Leve	Parcial

39	67	Casada	Mínima	Parcial
40	52	Casada	Mínima	Total
41	56	Casada	Leve	Parcial
42	53	Casada	Moderada	No adherida
43	42	Viuda	Leve	Parcial
44	59	Viuda	Moderada	No adherida
45	62	Casada	Mínima	Total
46	65	Casada	Mínima	Parcial
47	64	Viuda	Moderada	Parcial
48	40	Unión libre	Leve	Total
49	60	Casada	Mínima	Parcial
50	57	Soltera	Leve	Parcial
51	50	Casada	Leve	Total
52	58	Casada	Mínima	Total
53	49	Soltera	Leve	Parcial
54	64	Divorciada	Mínima	Total
55	70	Viuda	Leve	Parcial
56	61	Divorciada	Mínima	Parcial
57	53	Casada	Mínima	Total
58	63	Soltera	Mínima	Parcial
59	45	Casada	Mínima	Total
60	60	Casada	Leve	Total
61	57	Soltera	Leve	Parcial
62	50	Casada	Leve	Total
63	58	Casada	Mínima	No adherida
64	49	Soltera	Leve	Parcial
65	50	Casada	Leve	Total
66	58	Casada	Mínima	Total
67	49	Soltera	Leve	Parcial
68	64	Divorciada	Mínima	Total
69	70	Viuda	Leve	Parcial
70	61	Divorciada	Mínima	Parcial
71	53	Casada	Mínima	Total
72	63	Soltera	Mínima	Parcial
73	45	Casada	Mínima	Total
74	60	Casada	Leve	Total
75	55	Viuda	Leve	Parcial
76	67	Casada	Mínima	Parcial
77	52	Casada	Mínima	Total
78	56	Casada	Leve	Parcial
79	53	Casada	Moderada	No adherida

80	42	Viuda	Leve	Parcial
81	59	Viuda	Moderada	Parcial
82	62	Casada	Mínima	Total
83	65	Casada	Mínima	Parcial
84	64	Viuda	Moderada	No adherida
85	64	Divorciada	Mínima	Total
86	70	Viuda	Leve	Parcial
87	61	Divorciada	Mínima	Parcial
88	53	Casada	Mínima	Total
89	63	Soltera	Mínima	Parcial
90	45	Casada	Mínima	Total
91	60	Casada	Leve	Total
92	55	Viuda	Leve	Parcial
93	67	Casada	Mínima	Parcial
94	52	Casada	Mínima	Total
95	56	Casada	Leve	Parcial
96	53	Casada	Moderada	Parcial
97	42	Viuda	Leve	Parcial
98	59	Viuda	Moderada	Parcial
99	62	Casada	Mínima	Total
100	65	Casada	Mínima	Parcial
101	64	Viuda	Moderada	No adherida
102	40	Unión libre	Leve	Total
103	60	Casada	Mínima	Parcial
104	57	Soltera	Leve	Parcial
105	50	Casada	Leve	Total
106	58	Casada	Mínima	Total
107	49	Soltera	Leve	Parcial
108	64	Divorciada	Mínima	Total
109	70	Viuda	Leve	Parcial
110	61	Divorciada	Mínima	Parcial
111	53	Casada	Mínima	Total
112	63	Soltera	Leve	Parcial
113	45	Casada	Mínima	Total
114	60	Casada	Leve	Total
115	55	Viuda	Leve	Parcial
116	67	Casada	Mínima	Parcial
117	52	Casada	Mínima	Total
118	56	Casada	Leve	Parcial
119	53	Casada	Moderada	No adherida
120	42	Viuda	Leve	Parcial

121	59	Viuda	Moderada	Parcial
122	62	Casada	Leve	Total
123	65	Casada	Mínima	Parcial
124	64	Viuda	Moderada	No adherida
125	40	Unión libre	Leve	Total
126	60	Casada	Mínima	Parcial
127	57	Soltera	Leve	Parcial
128	50	Casada	Leve	Total
129	58	Casada	Mínima	Total
130	49	Soltera	Leve	Parcial
131	64	Divorciada	Mínima	Total
132	70	Viuda	Leve	Parcial
133	61	Divorciada	Leve	Parcial
134	53	Casada	Leve	Total
135	63	Soltera	Mínima	Parcial
136	45	Casada	Mínima	Total
137	60	Casada	Leve	Total
138	55	Viuda	Leve	Parcial
139	67	Casada	Mínima	Parcial
140	52	Casada	Mínima	Total
141	56	Casada	Leve	Parcial
142	53	Casada	Moderada	Parcial
143	42	Viuda	Leve	Parcial
144	59	Viuda	Moderada	Parcial
145	62	Casada	Mínima	Total
146	65	Casada	Leve	Parcial
147	64	Viuda	Moderada	Parcial
148	40	Unión libre	Leve	Total
149	60	Casada	Mínima	Parcial
150	57	Soltera	Leve	Parcial
151	50	Casada	Leve	Total
152	58	Casada	Mínima	Total
153	49	Soltera	Leve	Parcial
154	40	Unión libre	Leve	Total
155	60	Casada	Mínima	Parcial
156	57	Soltera	Leve	Parcial
157	50	Casada	Leve	Total
158	58	Casada	Mínima	Total
159	49	Soltera	Leve	Parcial
160	64	Divorciada	Mínima	Total
161	70	Viuda	Leve	Parcial

162	61	Divorciada	Leve	Parcial
163	53	Casada	Leve	Total
164	63	Soltera	Mínima	Parcial
165	45	Casada	Mínima	Total
166	60	Casada	Leve	Total
167	55	Viuda	Leve	Parcial
168	67	Casada	Mínima	Parcial
169	52	Casada	Mínima	Total
170	56	Casada	Leve	Parcial
171	53	Casada	Moderada	Parcial
172	42	Viuda	Leve	Parcial
173	59	Viuda	Moderada	Parcial
174	62	Casada	Mínima	Total
175	65	Casada	Mínima	Parcial
176	64	Viuda	Moderada	No adherida
177	40	Unión libre	Leve	Total
178	60	Casada	Mínima	Parcial
179	60	Casada	Leve	Total
180	55	Viuda	Leve	Parcial
181	67	Casada	Mínima	Parcial
182	52	Casada	Mínima	Total
183	56	Casada	Leve	Parcial
184	53	Casada	Moderada	Parcial
185	42	Viuda	Leve	Parcial
186	59	Viuda	Moderada	Parcial
187	62	Casada	Mínima	Total
188	65	Casada	Mínima	Parcial
189	64	Viuda	Moderada	Parcial
190	65	Divorciada	Mínima	Total
191	60	Viuda	Leve	Parcial
192	44	Viuda	Leve	No adherida
193	62	Divorciada	Mínima	Parcial
194	52	Casada	Mínima	Total
195	64	Soltera	Mínima	Parcial
196	46	Casada	Leve	Total
197	62	Casada	Leve	Total
198	55	Viuda	Leve	Parcial
199	64	Divorciada	Mínima	Total
200	70	Viuda	Leve	Parcial
201	61	Divorciada	Mínima	Parcial
202	53	Casada	Mínima	Total

203	63	Soltera	Leve	Parcial
204	45	Casada	Mínima	Total
205	50	Casada	Moderada	No adherida
206	68	Casada	Mínima	Parcial
207	53	Casada	Mínima	Total
208	40	Viuda	Moderada	No adherida
209	65	Casada	Moderada	No adherida
210	64	Divorciada	Mínima	Total
211	70	Viuda	Leve	Parcial
212	61	Divorciada	Mínima	Parcial
213	63	Casada	Mínima	Total
214	66	Casada	Leve	Parcial
215	58	Casada	Leve	Total
216	49	Soltera	Leve	Parcial
217	62	Casada	Mínima	Total
218	70	Viuda	Moderada	No adherida
219	64	Viuda	Moderada	Parcial
220	40	Unión libre	Leve	Total
221	60	Casada	Mínima	Parcial
222	57	Soltera	Leve	Parcial
223	50	Casada	Leve	Total
224	58	Casada	Mínima	Total
225	49	Soltera	Leve	Parcial
226	64	Divorciada	Mínima	Total
227	70	Viuda	Leve	Parcial
228	61	Divorciada	Mínima	Parcial
229	53	Casada	Leve	Total
230	63	Soltera	Mínima	Parcial
231	45	Casada	Mínima	Total
232	60	Casada	Leve	Total
233	55	Viuda	Leve	Parcial
234	67	Casada	Mínima	Parcial
235	52	Casada	Mínima	Total
236	56	Casada	Leve	Parcial
237	53	Casada	Moderada	Parcial
238	42	Viuda	Leve	Parcial
239	59	Viuda	Moderada	Parcial
240	62	Casada	Mínima	Total
241	65	Casada	Mínima	Parcial
242	64	Viuda	Moderada	Parcial
243	40	Unión libre	Leve	Total

244	60	Casada	Mínima	Parcial
245	57	Soltera	Leve	Parcial
246	50	Casada	Leve	Total
247	58	Casada	Mínima	Total
248	49	Soltera	Leve	Parcial
249	40	Unión libre	Leve	Total
250	55	Casada	Moderada	No adherida
251	68	Unión libre	Moderada	No adherida
252	53	Casada	Mínima	Total
253	63	Soltera	Mínima	Parcial
254	45	Casada	Mínima	Total
255	60	Casada	Leve	Parcial
256	68	Casada	Moderada	No adherida
257	57	Soltera	Leve	Parcial
258	41	Viuda	Leve	Parcial
259	58	Viuda	Moderada	Parcial
260	63	Casada	Mínima	Total
261	46	Unión libre	Moderada	No adherida
262	55	Casada	Moderada	No adherida
263	54	Casada	Mínima	Total
264	58	Casada	Leve	Parcial
265	55	Casada	Moderada	Parcial
266	40	Soltera	Leve	No adherida
267	61	Casada	Mínima	Parcial
268	58	Soltera	Leve	Parcial
269	51	Casada	Leve	Total
270	70	Casada	Moderada	No adherida
271	66	Casada	Mínima	Parcial
272	65	Viuda	Moderada	Parcial
273	41	Unión libre	Leve	Total
274	53	Casada	Moderada	Parcial
275	42	Viuda	Leve	Parcial
276	59	Viuda	Moderada	Parcial
277	61	Casada	Leve	Total
278	56	Viuda	Leve	Parcial
279	69	Casada	Mínima	Parcial
280	51	Casada	Leve	Total
281	59	Casada	Mínima	Total
282	47	Soltera	Leve	Parcial
283	68	Casada	Leve	No adherida
284	69	Unión libre	Moderada	No adherida

285	52	Casada	Mínima	Total
286	56	Casada	Leve	Parcial
287	53	Casada	Moderada	Parcial
288	42	Viuda	Leve	Parcial
289	59	Viuda	Moderada	Parcial
290	62	Casada	Mínima	Total
291	65	Casada	Mínima	Parcial
292	64	Viuda	Moderada	Parcial
293	40	Unión libre	Leve	Total
294	60	Casada	Mínima	Parcial
295	57	Soltera	Leve	Parcial
296	50	Casada	Leve	Total