

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

Tesis

**Asociación de afecciones psicológicas y adherencia terapéutica
en pacientes con enfermedades no transmisibles en un centro de
salud, Huancayo 2025**

Harriet Geraldine Casas Garcia

Para optar el Título Profesional de
Médico Cirujano

Huancayo, 2025

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

**INFORME DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE
INVESTIGACIÓN**

A : Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud
DE : Laura Estefanía Baquedano Santana
Asesor de trabajo de investigación
ASUNTO : Remito resultado de evaluación de originalidad de trabajo de investigación
FECHA : 10 de Febrero de 2026

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para informar que, en mi condición de asesor del trabajo de investigación:

Título:

Asociación de afecciones psicológicas y adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades no transmisibles en un centro de salud , Huancayo 2025

Autores:

1. Harriet Geraldine Casas Garcia – EAP. Medicina Humana

Se procedió con la carga del documento a la plataforma "Turnitin" y se realizó la verificación completa de las coincidencias resaltadas por el software dando por resultado 13 % de similitud sin encontrarse hallazgos relacionados a plagio. Se utilizaron los siguientes filtros:

- Filtro de exclusión de bibliografía SI NO
- Filtro de exclusión de grupos de palabras menores
Nº de palabras excluidas (en caso de elegir "si"): 15 SI NO
- Exclusión de fuente por trabajo anterior del mismo estudiante SI NO

En consecuencia, se determina que el trabajo de investigación constituye un documento original al presentar similitud de otros autores (citas) por debajo del porcentaje establecido por la Universidad Continental.

Recae toda responsabilidad del contenido del trabajo de investigación sobre el autor y asesor, en concordancia a los principios expresados en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos conducentes a Grados y Títulos – RENATI y en la normativa de la Universidad Continental.

Atentamente,

La firma del asesor obra en el archivo original (No se muestra en este documento por estar expuesto a publicación)

Dedicatoria

De manera muy especial a mis padres y a mi hermano, por brindarme la oportunidad de estudiar la carrera de mis sueños, así como por su amor, apoyo y comprensión.

Agradecimientos

En primer lugar, agradezco a Dios por otorgarme la fortaleza, la salud y la perseverancia necesarias para culminar esta etapa de mi formación profesional.

A mi familia, por su amor constante, su respaldo incondicional y sus palabras de aliento en los momentos en que más lo necesitaba. Gracias por creer en mí, incluso cuando yo dudaba.

Finalmente, a mi fiel compañero, mi gatito Mish, quien me acompañó en cada noche de desvelo. Este logro es de ustedes.

Índice de contenidos

Dedicatoria.....	iv
Agradecimientos.....	v
Índice de contenidos.....	vi
Índice de Tablas.....	viii
Resumen.....	viii
Abstract.....	x
Introducción.....	11
Capítulo I: Marco teórico.....	14
1.1. Revisión de antecedentes.....	14
1.1.1. Antecedentes internacionales.....	14
1.1.2. Antecedentes nacionales.....	15
1.2. Bases teóricas.....	17
1.2.1. Enfermedades no transmisibles.....	17
1.2.1.1. Diabetes mellitus.....	21
1.2.1.2. Hipertensión.....	24
1.2.2. Afecciones psicológicas.....	28
1.2.2.1. Depresión.....	29
1.2.2.2. Ansiedad.....	33
1.2.2.3. Estrés.....	37
1.2.3. Adherencia terapéutica.....	41
1.2.4. Modelos explicativos.....	45
1.3. Definición de términos básicos.....	47
Capítulo II: Materiales y método.....	49
2.1. Métodos, tipo y alcance de la investigación.....	49
2.1.1. Método de la investigación.....	49
2.1.2. Tipo de investigación.....	49
2.1.3. Alcance de la investigación.....	49
2.2. Diseño de la investigación.....	50
2.3. Población y muestra.....	51
2.3.1. Población.....	51
2.3.2. Muestra.....	51
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	53
2.4.1. Técnicas.....	53
2.4.2. Instrumentos.....	53
2.4.3. Recopilación y manejo de datos.....	55

2.4.4. Análisis de datos	55
2.5. Herramientas estadísticas	56
2.6. Consideraciones éticas.....	56
Capítulo III: Resultados	58
3.1. Análisis descriptivo.....	58
3.2. Análisis inferencial	59
Capítulo IV: Discusión	63
Conclusiones	66
Recomendaciones.....	67
Referencias bibliográficas	68
Anexos	84

Índice de tablas

Tabla 1	<i>Prevalencia de afecciones psicológicas en pacientes con ENT ..</i>	58
Tabla 2	<i>Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con ENT</i>	58
Tabla 3	<i>Niveles de ansiedad y adherencia terapéutica</i>	59
Tabla 4	<i>ansiedad y adherencia terapéutica</i>	59
Tabla 5	<i>Niveles de depresión y adherencia terapéutica</i>	60
Tabla 6	<i>Asociación entre depresión y adherencia terapéutica.....</i>	61
Tabla 7	<i>Niveles de estrés y adherencia terapéutica</i>	61
Tabla 8	<i>Asociación entre estrés y adherencia terapéutica.....</i>	62
Tabla 9	<i>Confiabilidad de DASS-21</i>	93
Tabla 10	<i>Confiabilidad de MMAS-4</i>	93

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la asociación entre las afecciones psicológicas —específicamente depresión, ansiedad y estrés— y la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades no transmisibles en un centro de salud de Huancayo durante el periodo 2025. La metodología empleada corresponde a una investigación de tipo aplicado con enfoque cuantitativo, alcance correlacional y diseño no experimental transversal. Se utilizó la escala DASS-21 para medir depresión, ansiedad y estrés, además del cuestionario MMAS-4 para evaluar adherencia terapéutica. La población estuvo conformada por 335 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II y/o hipertensión arterial que asisten al programa de enfermedades no transmisibles, seleccionándose mediante muestreo aleatorio simple una muestra de 180 participantes. Los resultados evidenciaron que el 55,6 % presentó sintomatología ansiosa patológica, el 44,4 % exhibe estrés clínicamente significativo y el 37,8 % manifestó depresión; asimismo, el 50 % demostró mala adherencia terapéutica. El análisis inferencial mediante chi-cuadrado de Pearson, mostró asociación estadísticamente significativa entre ansiedad y adherencia ($\chi^2=29,149$; $p=0,000$) y entre depresión y adherencia ($\chi^2=11,145$; $p=0,025$), mientras el estrés no alcanzó significancia ($\chi^2=7,083$; $p=0,069$). Se concluye que existe asociación significativa entre las afecciones psicológicas y la adherencia terapéutica, siendo la ansiedad y depresión factores determinantes del incumplimiento farmacológico.

Palabras clave: afecciones psicológicas, adherencia terapéutica, enfermedades no transmisibles.

Abstract

The study aimed to determine the association between psychological conditions—specifically depression, anxiety, and stress—and therapeutic adherence in patients with non-communicable diseases at a health center in Huancayo during the period 2025. The methodology employed was applied research with a quantitative approach, correlational scope, and cross-sectional, non-experimental design. The DASS-21 scale was used to measure depression, anxiety, and stress, in addition to the MMAS-4 questionnaire to assess therapeutic adherence. The population consisted of 335 patients diagnosed with type II diabetes mellitus and/or hypertension who attend the non-communicable diseases program. A sample of 180 participants was selected using simple random sampling. The results showed that 55.6% presented pathological anxiety symptoms, 44.4% exhibited clinically significant stress, and 37.8% manifested depression; furthermore, 50% demonstrated poor therapeutic adherence. Inferential analysis using Pearson's chi-squared test showed a statistically significant association between anxiety and adherence ($\chi^2=29.149$; $p=0.000$) and between depression and adherence ($\chi^2=11.145$; $p=0.025$), while stress did not reach significance ($\chi^2=7.083$; $p=0.069$). It is concluded that there is a significant association between psychological conditions and therapeutic adherence, with anxiety and depression being determining factors in medication non-adherence.

Keywords: psychological conditions, therapeutic adherence, non-communicable diseases.

Introducción

La adherencia terapéutica constituye un aspecto fundamental dentro el manejo integral de las enfermedades no transmisibles, pues de ella depende el control clínico, prevención de complicaciones, la reducción de hospitalizaciones así como la mejora de la calidad de vida de los pacientes, pero su cumplimiento no está determinado solo por factores farmacológicos o clínicos, sino también por aspectos psicosociales, entre ellos las afecciones psicológicas, como depresión, ansiedad, o el malestar emocional que desempeñan un rol importante.

En ese sentido, se ha reportado que, en Estados Unidos, cerca del 50 % de pacientes con hipertensión y diabetes mellitus tipo 2 presentó baja adherencia terapéutica, lo que incrementó el riesgo de mortalidad y eventos adversos entre 50 % y 90 %. Asimismo, el estrés y las relaciones sociales mostraron asociaciones significativas con la adherencia, evidenciando su influencia directa en el cumplimiento del tratamiento (1). En Túnez, el 51,8 % de 170 pacientes crónicos evidenció depresión, el 47 % ansiedad, y solo el 36,5 % adherencia elevada. (2)

Por otro lado, a nivel de América Latina, un metaanálisis de 36 estudios estimó prevalencia de ansiedad del 14,55 % de vida, 6,61 % a 12 meses y 3,27 % actual, con tasas superiores en mujeres (3). También, en Brasil, el estigma personal en 112 pacientes psiquiátricos se asoció negativamente con la adherencia farmacológica, siendo el componente de alienación predictor significativo de menor cumplimiento. (4)

En el ámbito nacional, un análisis de la ENDES (2019-2021) con 105 512 peruanos arrojó prevalencia de sintomatología depresiva del 23,2 %, siendo mayor en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial (5). Similarmente, en Lambayeque solo el 26,9 % de 119 pacientes diabéticos con complicaciones mostró adherencia terapéutica adecuada. (6)

Asimismo, en el Hospital Militar Central de Lima el 84 % de 300 pacientes oncológicos no mostró adherencia al tratamiento (7). En paralelo a ello, en dos hospitales del norte peruano, el 91,9 % de 112 pacientes diabéticos presentaron depresión, el 75 % ansiedad, y solo el 50,6 % adherencia adecuada. (8)

En el contexto de los pacientes con enfermedades no transmisibles atendidos en un Centro de Salud de Huancayo, se ha observado que muchos manifiestan preocupación excesiva por el curso de su enfermedad, dificultades para conciliar el sueño, tensión muscular frecuente e irritabilidad persistente que interfieren con

sus actividades cotidianas. Esta sintomatología ansiosa podría vincularse al temor ante complicaciones crónicas, limitaciones económicas para acceder al tratamiento y escaso conocimiento sobre el manejo de su condición. De no abordarse oportunamente, se generaría deterioro progresivo en el cumplimiento terapéutico, incrementando el riesgo de descompensaciones y hospitalizaciones recurrentes.

La presente investigación se justifica teóricamente porque permitirá ampliar el conocimiento existente sobre la relación entre las afecciones psicológicas y la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades no transmisibles, contribuyendo al fortalecimiento de los marcos conceptuales que explican cómo los factores psicológicos influyen en el cumplimiento terapéutico dentro del contexto sanitario peruano. Metodológicamente, este estudio se justifica porque empleará instrumentos validados como el DASS-21 y el MMAS-4 para medir las variables de interés, proporcionando un procedimiento replicable que podrá servir como referencia para futuras investigaciones en poblaciones similares con enfermedades crónicas no transmisibles en establecimientos de salud del primer nivel de atención. Desde el aspecto práctico, los resultados obtenidos permitirán a los profesionales de salud facilitar el diseño de estrategias de intervención que mejoren el cumplimiento del tratamiento.

El problema general a abordar fue: ¿Cuál es la asociación entre las afecciones psicológicas y la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades no transmisibles en un Centro de Salud, Huancayo 2025?

La presente investigación quedó estructurada en cuatro capítulos. El primero desarrolló el marco teórico, incluyendo la revisión de antecedentes internacionales y nacionales, las bases teóricas sobre afecciones psicológicas y adherencia terapéutica, así como la definición de términos básicos. El segundo capítulo abordó los materiales y métodos, detallando el enfoque metodológico, diseño de investigación, población y muestra, instrumentos de recolección de datos validados (DASS-21 y MMAS-4), procedimientos y técnicas de análisis estadístico. El tercer capítulo presentó los resultados descriptivos e inferenciales referentes a la prevalencia de depresión, ansiedad y estrés, y las asociaciones entre estas variables. Finalmente, el cuarto capítulo desarrolló la discusión, donde se interpretaron los hallazgos obtenidos y se contrastaron con investigaciones previas del ámbito nacional e internacional, culminando con las conclusiones y recomendaciones derivadas del estudio.

Objetivos

Objetivo general

- Determinar la asociación entre las afecciones psicológicas y la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades no transmisibles en un Centro de Salud, Huancayo 2025.

Objetivos específicos

1. Determinar la asociación entre depresión y la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades no transmisibles en un Centro de Salud, Huancayo 2025.
2. Determinar la asociación entre ansiedad y la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades no transmisibles en un Centro de Salud, Huancayo 2025.
3. Determinar la asociación entre estrés y la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades no transmisibles en un Centro de Salud, Huancayo 2025.

Capítulo I:

Marco teórico

1.1. Revisión de antecedentes

1.1.1. Antecedentes internacionales

Sharma y Chandrakar (9) en 2025 en India, desarrollaron una investigación con el objetivo de explorar la relación existente entre trastornos de salud mental y cumplimiento médico en personas que padecen enfermedades crónicas. La metodología empleada fue un enfoque cuantitativo correlacional aplicado a pacientes con diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares mediante el PHQ-9 para depresión y GAD-7 para ansiedad. Los resultados revelaron que el 35 % presentó sintomatología depresiva con puntuación media de 12 puntos mientras el 30 % evidenció trastornos ansiosos con puntaje promedio de 14, además el 18 % manifestó comorbilidad de ambas condiciones. Se concluyó que existe asociación inversa significativa entre las afecciones psicológicas y la adherencia terapéutica en pacientes con patologías crónicas.

Salazar et al. (10) en 2023 en India, llevaron a cabo un estudio cuyo propósito fue examinar la asociación entre variables psicosociales y cumplimiento farmacológico en personas con enfermedades no transmisibles y trastornos mentales comórbidos. La metodología empleada fue un enfoque cuantitativo correlacional aplicado a 2486 pacientes de atención primaria rural mediante el PHQ-9 y GAD-7. Los resultados evidenciaron que el 18,06 % omitió medicación durante el último mes; el sexo masculino mostró mayor probabilidad de incumplimiento (OR=1,74; IC 95 %: 1,37-2,22; p<0,001), el estigma internalizado incrementó dicha probabilidad (OR=1,46; IC 95%: 1,07-2,00; p<0,05), mientras que el mayor apoyo social se asoció con menor incumplimiento (OR=0,65; IC 95 %: 0,49-0,86; p<0,01). Se concluyó que el estigma hacia la enfermedad mental y el escaso soporte social se vincularon significativamente con menor adherencia terapéutica.

Malaeb et al. (11) en 2023 en Líbano, realizaron una investigación con el objetivo de evaluar los niveles de adherencia al tratamiento y sus factores asociados en pacientes adultos con enfermedades no transmisibles. La metodología empleada fue un diseño cuantitativo correlacional mediante la escala LMAS-14 aplicada a 263 participantes durante el confinamiento por COVID-19. Los resultados mostraron que el 50,2 % presentó baja adherencia con puntuación media de $4,41 \pm 3,94$ puntos; la depresión se asoció significativamente

con menor cumplimiento ($\beta=1,351$; $p=0,009$), al igual que la úlcera péptica ($\beta=1,279$; $p=0,011$); mientras que la edad entre 50-70 años ($\beta=-1,591$; $p=0,011$), el ejercicio físico ($\beta=-1,397$; $p=0,006$), la enfermedad renal ($\beta=-1,701$; $p=0,032$) y el ingreso intermedio a alto ($\beta=-3,207$; $p<0,001$) se vincularon con mayor adherencia. Se concluyó que los trastornos depresivos constituyen un factor determinante que afecta negativamente el cumplimiento farmacológico en personas con patologías crónica.

Brimavandi et al. (12) en 2023 en Irán, ejecutaron un estudio con la finalidad de determinar la relación entre depresión y adherencia farmacológica en adultos mayores con enfermedad cardiovascular. Se empleó un diseño cuantitativo correlacional aplicado a 188 ancianos utilizando la escala geriátrica de depresión y el cuestionario de Madanloo. Los hallazgos evidenciaron que el 53,8 % presentó algún grado de sintomatología depresiva con puntuación media de 5,6 puntos, asimismo la prevalencia fue superior en mujeres respecto a varones ($p = 0,015$), además el 26 % de las variaciones en el cumplimiento terapéutico fueron atribuibles a la depresión ($\beta = -1,32$; $p = 0,001$). Se concluyó que existe una relación inversa débil a moderada entre ambas variables en esta población geriátrica.

Alharbi et al. (13) en 2024 en Arabia Saudita, desarrollaron una investigación con el propósito de evaluar el nivel de percepción de enfermedad y adherencia farmacológica en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2. Se empleó un diseño cuantitativo correlacional de corte transversal mediante el cuestionario B-IPQ y la escala MMAS-8 aplicados a 365 participantes. Los hallazgos evidenciaron que el 62,2 % presentó baja adherencia mientras solo el 10,1 % mostró alta adherencia, además el 50,4 % olvidaba ocasionalmente tomar su medicación hipoglucemiante; asimismo, quienes percibían mayor control personal demostraron mejor cumplimiento terapéutico ($p < 0,001$), y quienes tenían mayor comprensión de la enfermedad también mostraron mayor adherencia ($p < 0,001$). Se concluyó que existe correlación significativa entre la percepción de la patología y la adherencia medicamentosa en personas con esta condición metabólica crónica.

1.1.2. Antecedentes nacionales

Carazas (14) en 2024 en Lima, ejecutó una investigación con el objetivo de determinar la relación entre psicoeducación estructurada y nivel de adherencia terapéutica en pacientes adultos con trastorno depresivo, utilizando un diseño cuantitativo correlacional mediante revisión de historias clínicas de 536

participantes; los hallazgos demostraron que únicamente el 40,1 % se adhirió al tratamiento mientras el 72 % abandonó la terapia durante el seguimiento, además quienes recibieron psicoeducación presentaron mayor cumplimiento ($\chi^2=125,26$; $p=0,000$) con una probabilidad nueve veces superior de adherirse ($OR=8,97$); concluyendo que la intervención psicoeducativa constituye un factor determinante para incrementar la adherencia y disminuir el abandono terapéutico en personas con depresión.

Changllo et al. (15) en 2024 en Tacna, llevaron a cabo un estudio con la finalidad de determinar la relación entre funcionalidad familiar y adherencia a la terapia farmacológica en pacientes con trastornos depresivos y ansiosos. Se empleó un diseño cuantitativo correlacional de corte transversal aplicando el cuestionario APGAR familiar y la escala Morisky-Green a 100 participantes. Los hallazgos revelaron que el 42 % presentó disfunción familiar severa mientras el 53 % mostró baja adherencia terapéutica; además, los diagnósticos predominantes fueron trastorno mixto ansioso-depresivo (40 %) y depresión (35 %), evidenciándose asociación estadísticamente significativa entre funcionalidad familiar y adherencia terapéutica ($\chi^2 =$ prueba chi-cuadrado; $p = 0,006$). Se concluyó que la disfunción familiar severa se vincula significativamente con menor cumplimiento farmacológico en personas con trastornos mentales.

Choctaya y Carcelén (16) en 2025 en Lima, ejecutaron una investigación con el objetivo de determinar la relación entre barreras de acceso en salud mental y adherencia al tratamiento antidepresivo en adultos. Se empleó un diseño cuantitativo correlacional de corte transversal aplicando la escala BACE y el cuestionario MMAS-8 a 104 pacientes con depresión. Los hallazgos mostraron que el 48,1 % identificó obstáculos de acceso en nivel medio mientras el 46,2 % presentó baja adherencia terapéutica; además, de quienes percibieron barreras elevadas el 72,7 % evidenció escaso cumplimiento farmacológico, encontrándose asociación estadísticamente significativa ($p < 0,01$) con correlación inversa ($r = -0,310$). Se concluyó que las dificultades de acceso a servicios de salud mental se vinculan inversamente con el cumplimiento del tratamiento antidepresivo.

Jonis et al. (17) en 2021 en Lima, desarrollaron una investigación con la finalidad de determinar si la sintomatología depresiva constituye un factor asociado al abandono y pobre adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis sensible. Se empleó un diseño analítico de cohorte retrospectivo mediante el test SRQ-18 aplicado a 153 participantes. Los hallazgos evidenciaron

que el 53,6 % presentó depresión mientras el 42,5 % mostró mala adherencia y el 18,3 % abandonó el tratamiento; además, los síntomas depresivos incrementaron significativamente el riesgo de abandono (RR = 2,16; IC95 %: 1,01-4,60) y de incumplimiento terapéutico (RR = 2,09; IC95 %: 1,36-3,22). Se concluyó que la depresión representa un factor de riesgo significativamente vinculado tanto al abandono como a la deficiente adherencia en personas con esta enfermedad infectocontagiosa.

Calizaya et al. (18) en 2025 en Arequipa, ejecutaron una investigación con el propósito de analizar la prevalencia de depresión, ansiedad y estrés en adultos y adultos mayores peruanos comparando diferencias según variables sociodemográficas. Se empleó un diseño no experimental, cuantitativo y transversal aplicando el DASS-21 a 1483 participantes seleccionados intencionalmente. Los hallazgos revelaron que el 28,7 % presentó niveles elevados de depresión mientras el 30,8% mostró alta ansiedad y el 21,4 % estrés significativo; además, las mujeres y personas solteras obtuvieron puntuaciones superiores, asimismo quienes tenían educación superior e ingresos mayores evidenciaron menor afectación emocional, con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$). Se concluyó que la prevalencia de estas afecciones psicológicas resulta preocupante y requiere fortalecimiento de servicios de salud mental mediante la creación de centros especializados y programas psicosociales con enfoque diferenciado.

1.2. Bases teóricas

1.2.1. Enfermedades no transmisibles

Definición

Las enfermedades no transmisibles se distinguen por no tener un origen infeccioso y por desarrollarse a partir de la interacción entre factores genéticos, conductuales y ambientales, lo que las convierte en un conjunto de dolencias de evolución prolongada que incluyen patologías cardiovasculares, diabetes, obesidad, distintos tipos de cáncer, trastornos mentales y afecciones crónicas de hígado, riñón y sistema respiratorio; estas condiciones representan cerca del 74 % de las muertes globales y afectan con mayor intensidad a países de ingresos bajos y medios, donde su carga sanitaria se incrementa de manera acelerada, además la coexistencia con enfermedades infecciosas modifica los desenlaces clínicos y exige estrategias integradas de prevención y tratamiento adaptadas a cada contexto. (19)

Según Caprara, las enfermedades no transmisibles también denominadas crónicas constituyen la principal causa de mortalidad prematura en el mundo y generan cada año más de 41 millones de defunciones, dentro de ellas se encuentran las afecciones cardiovasculares, los cánceres, las enfermedades respiratorias crónicas, la diabetes tipo 2 y ciertos trastornos neurológicos, cuya prevalencia aumenta en poblaciones envejecidas y en contextos socioeconómicos desfavorables; su origen se vincula principalmente a conductas modificables como la dieta inadecuada, el sedentarismo, el consumo de tabaco y la ingesta excesiva de alcohol, por lo que la adopción de estilos de vida saludables se convierte en una estrategia esencial para reducir su impacto y la prevención y el control de estas patologías se consideran tanto un imperativo moral como una necesidad económica. (20)

Alemu et al. destacan que las enfermedades no transmisibles representan un desafío sanitario global de gran magnitud al ser responsables de más del 74 % de las muertes y de la mayoría de los años de vida ajustados por discapacidad, dentro de este grupo se incluyen las enfermedades cardiovasculares, los cánceres, las patologías respiratorias crónicas, la diabetes y los trastornos de salud mental, todas ellas originadas por la interacción entre predisposición genética, factores ambientales y conductas de riesgo; su impacto es especialmente severo en países de ingresos bajos y medios donde concentran más de tres cuartas partes de las muertes relacionadas y además generan costos económicos elevados estimados en billones de dólares, lo que refuerza la urgencia de implementar políticas de prevención y atención equitativas. (21)

Causas

Las causas de las enfermedades no transmisibles se vinculan con una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales, socioeconómicos y conductuales que moldean el estilo de vida a lo largo del curso vital; entre los más relevantes se encuentran el tabaquismo, la dieta inadecuada, la inactividad física y el consumo nocivo de alcohol, los cuales se potencian por determinantes sociales como el nivel educativo, la ocupación y las condiciones de ingreso, generando desigualdades en salud que incrementan la vulnerabilidad de los grupos más desfavorecidos, además la evidencia muestra que la adopción temprana de conductas de riesgo en la adolescencia se asocia con mayor incidencia de cáncer, diabetes tipo II y enfermedades cardiovasculares en la

adulter, lo que refuerza la necesidad de intervenciones preventivas con enfoque de curso de vida. (22)

Las causas de las enfermedades no transmisibles se relacionan estrechamente con factores conductuales como el consumo de tabaco, la ingesta nociva de alcohol, la inactividad física y las dietas deficientes en frutas y verduras, cuya co-ocurrencia incrementa de manera alarmante el riesgo de desarrollar múltiples dolencias crónicas; en el contexto urbano de Etiopía se observó que más del 65 % de los adultos presentaban dos o más de estos factores, lo que evidencia la influencia de determinantes sociales como el sexo, la ocupación y las redes de apoyo comunitario, además la insuficiente ingesta de alimentos saludables y la escasa práctica de actividad física se consolidan como los principales detonantes de enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer, reforzando la urgencia de intervenciones comunitarias. (23)

Tolonen et al. señalan que las enfermedades no transmisibles comparten causas vinculadas con factores de riesgo conductuales y biológicos, entre ellos el tabaquismo, el sedentarismo, el consumo excesivo de alcohol y las dietas poco saludables, que derivan en consecuencias como hipertensión, hipercolesterolemia, obesidad y diabetes; en Finlandia se ha observado una disminución progresiva del tabaquismo y de la hipertensión, pero un aumento sostenido de la obesidad y la diabetes, lo que refleja la polarización de la población entre quienes mantienen un peso normal y quienes incrementan su exceso de peso, además estas tendencias proyectadas hasta 2040 muestran que la obesidad y la diabetes seguirán creciendo, consolidándose como causas centrales de la carga futura de enfermedades crónicas. (24)

Evaluación y diagnóstico

La evaluación de las enfermedades no transmisibles en Brasil se ha realizado mediante encuestas nacionales de salud que permiten monitorear indicadores clave como la inactividad física, el consumo de alcohol, el tabaquismo, la hipertensión, la diabetes y la obesidad; los resultados de 2013 y 2019 muestran avances parciales, pues se logró reducir la inactividad física y aumentar la cobertura de citología cervical, pero la prevalencia de hipertensión, diabetes, sobrepeso y obesidad se incrementó, lo que evidencia que los objetivos internacionales de la OMS y los planes nacionales no serán alcanzados en su totalidad, además el diagnóstico se apoya en mediciones directas y autoinformes,

revelando discrepancias que subrayan la necesidad de fortalecer políticas de prevención y control. (25)

El diagnóstico de las enfermedades no transmisibles en Gaza se ha vinculado con la identificación de barreras que limitan la práctica de conductas saludables, pues aunque los pacientes reciben recomendaciones basadas en protocolos de la OMS, la adherencia a la actividad física y a la dieta equilibrada es baja, con promedios de cumplimiento cercanos al 50 % y 44 % respectivamente; la evaluación se realiza mediante cuestionarios estructurados que recogen datos demográficos, clínicos y percepciones de los pacientes, lo que permite identificar obstáculos como la falta de acceso a recursos, el escaso apoyo social y la baja autoeficacia, además estos hallazgos muestran que el diagnóstico no solo debe centrarse en parámetros biomédicos, sino también en factores psicosociales que condicionan la evolución. (26)

La evaluación del riesgo cardiovascular como parte del diagnóstico de enfermedades no transmisibles se ha perfeccionado mediante la adaptación del Framingham Risk Score a contextos de baja disponibilidad de datos clínicos y de laboratorio, utilizando información autoinformada sobre peso, talla, hipertensión y hábitos de vida; los modelos validados en Brasil muestran alta concordancia con el método original, alcanzando áreas bajo la curva superiores a 0.85 y niveles de acuerdo sustanciales en categorías de riesgo, lo que confirma su utilidad en encuestas telefónicas y en entornos con recursos limitados, además estas herramientas permiten estratificar poblaciones y orientar intervenciones preventivas sin necesidad de pruebas costosas, consolidando un enfoque pragmático para el diagnóstico remoto de enfermedades cardiovasculares y crónicas. (27)

Tratamiento

El tratamiento de las enfermedades no transmisibles en países de ingresos bajos y medios se ha visto fortalecido por la incorporación de intervenciones digitales en la atención primaria, las cuales incluyen aplicaciones móviles, plataformas web, mensajes de texto y sistemas de telemonitoreo que buscan mejorar la adherencia terapéutica y la autogestión de los pacientes; la evidencia muestra que los resultados clínicos son heterogéneos, pero los efectos sobre conductas saludables y la implementación de servicios son consistentemente positivos, pues se incrementa la accesibilidad, la eficiencia y la experiencia del usuario, además factores como el compromiso político, el diseño centrado en el

paciente y la integración con sistemas existentes resultan determinantes para consolidar la efectividad de estas herramientas en el manejo de las ENT. (28)

El tratamiento de la prediabetes mediante programas digitales de prevención ha demostrado ser clínicamente eficaz, como lo evidencia un ensayo controlado aleatorizado en el que los participantes asignados a un programa digital intensivo lograron reducciones significativas en hemoglobina glicosilada, peso corporal y perfil lipídico en comparación con la educación estándar, además el uso de sesiones semanales, apoyo virtual entre pares, monitoreo con dispositivos conectados y acompañamiento de entrenadores de estilo de vida permitió que más del 40 % alcanzara pérdidas de peso clínicamente relevantes, lo que confirma que la telemedicina aplicada a la prevención y tratamiento de enfermedades metabólicas puede generar beneficios sostenidos y escalables, especialmente en contextos donde la atención presencial resulta limitada o insuficiente. (29)

El tratamiento nutricional de las enfermedades crónicas mediante telehealth ha mostrado ser costo-efectivo en la mayoría de los ensayos clínicos aleatorizados revisados, particularmente cuando se emplean modalidades móviles que permiten intervenciones personalizadas y seguimiento continuo, los resultados indican que estas estrategias mejoran la calidad de la dieta, favorecen la reducción de peso y optimizan indicadores clínicos como presión arterial y perfil metabólico, además desde la perspectiva de los sistemas de salud más del 60 % de los estudios reportaron ahorros o beneficios económicos, mientras que desde la perspectiva social los hallazgos fueron más heterogéneos, lo que sugiere que la sostenibilidad depende de la disposición a pagar y de la integración de estas intervenciones en políticas públicas de salud. (30)

1.2.1.1. Diabetes Mellitus

Definición

La Diabetes Mellitus se concibe como un trastorno metabólico caracterizado por la presencia sostenida de hiperglucemia, originada por una deficiencia en la secreción de insulina, una alteración en su acción o la combinación de ambas condiciones. Esta hormona cumple un papel esencial en el metabolismo de carbohidratos, lípidos y proteínas, de modo que su disfunción repercute en tejidos como el adiposo, el muscular y el hepático. La sintomatología puede variar según el tipo y la duración de la enfermedad, desde polidipsia y pérdida de peso hasta complicaciones graves como cetoacidosis o síndrome

hiperosmolar, lo que evidencia la relevancia de un diagnóstico temprano y un manejo adecuado. (31)

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud ha señalado que la Diabetes Mellitus constituye un problema de salud pública de magnitud creciente, con millones de personas afectadas y una carga significativa de mortalidad prematura. Este padecimiento, además de comprometer la homeostasis glucémica, se asocia con daños progresivos en órganos vitales como riñones, ojos y sistema cardiovascular, lo que incrementa la vulnerabilidad de quienes lo padecen. En este sentido, la enfermedad no solo representa un desafío clínico, sino también social y económico, pues su prevalencia se incrementa en países de ingresos bajos y medios, donde los recursos para su control son limitados. (32)

Asimismo, la Diabetes Mellitus se clasifica en diferentes formas clínicas que incluyen: tipo 1, tipo 2, la gestacional y variantes menos comunes como la diabetes autoinmune latente en adultos o la inducida por fármacos. Cada una de estas categorías posee mecanismos fisiopatológicos particulares, aunque todas convergen en la alteración del metabolismo de la glucosa y en el riesgo de complicaciones crónicas. La identificación precisa de estas variantes resulta indispensable para orientar estrategias terapéuticas personalizadas y prevenir desenlaces adversos, ya que la heterogeneidad de la enfermedad exige un abordaje integral que considere factores genéticos, ambientales y conductuales. (33)

Diagnóstico

El diagnóstico de la Diabetes Mellitus se fundamenta en parámetros bioquímicos estandarizados que permiten identificar la hiperglucemia crónica y su relación con complicaciones microvasculares. La medición de glucosa plasmática en ayunas, medición de glucosa al azar, la prueba de tolerancia oral a la glucosa y la hemoglobina glicosilada constituyen los principales criterios, cuyos puntos de corte han sido validados internacionalmente. Estos valores se correlacionan con la aparición de retinopatía y otras complicaciones, lo que respalda su utilidad clínica y epidemiológica. La estandarización de estas pruebas, junto con la precisión en su interpretación, resulta esencial para garantizar diagnósticos confiables y comparables en diferentes poblaciones y contextos de atención. (34)

En el caso de la diabetes tipo 1, la detección de autoanticuerpos contra componentes pancreáticos se ha consolidado como herramienta diagnóstica

clave. Anticuerpos como GADA, IA-2A y ZnT8A permiten diferenciar entre formas autoinmunes clásicas y variantes como el tipo 1B, donde no se evidencia respuesta inmunitaria detectable. Sin embargo, la heterogeneidad de los métodos disponibles y la falta de estandarización entre plataformas analíticas generan discrepancias significativas que pueden derivar en diagnósticos erróneos o retrasos en el inicio del tratamiento. Por ello, la armonización de técnicas y la validación de resultados son aspectos críticos para asegurar diagnósticos clínicamente útiles y reproducibles en distintos entornos. (35)

Paralelamente, los avances tecnológicos han impulsado el desarrollo de métodos no invasivos para la monitorización y diagnóstico de la glucosa, como la espectroscopía infrarroja media aplicada al líquido intersticial. Este procedimiento, basado en la excitación vibracional de moléculas de glucosa mediante láseres de cascada cuántica, ofrece una alternativa indolora y segura frente a la punción capilar. Los estudios clínicos han demostrado que su precisión es comparable a los sistemas iniciales de monitoreo continuo de glucosa aprobados por la FDA, lo que abre nuevas perspectivas para transformar la práctica diagnóstica y mejorar la adherencia de los pacientes al control metabólico. (36)

Tratamiento

El abordaje terapéutico de la Diabetes Mellitus tipo 2 requiere una estrategia multifactorial que combine intervenciones farmacológicas y cambios en el estilo de vida, con el objetivo de controlar la glucemia y reducir complicaciones cardiovasculares y renales. La Metformina continúa siendo el fármaco de primera elección por su eficacia, bajo costo y perfil de seguridad, aunque nuevas alternativas han ampliado el arsenal terapéutico. Entre ellas destacan los agonistas del receptor de GLP-1 y los inhibidores de SGLT-2, que no solo disminuyen la hemoglobina glicosilada, sino que también favorecen la pérdida de peso y aportan beneficios cardiovasculares y renales, consolidándose como opciones de gran relevancia clínica. (37)

Los agonistas del receptor de GLP-1 han demostrado superioridad frente a otros antidiabéticos en la reducción de HbA1c y en la pérdida ponderal, sin incrementar el riesgo de hipoglucemia. Ensayos clínicos y revisiones sistemáticas evidencian que fármacos como semaglutida y tirzepatida alcanzan reducciones significativas tanto en glucemia como en peso corporal, lo que los convierte en alternativas preferentes para pacientes con obesidad o riesgo cardiovascular elevado. Además, su perfil de seguridad es consistente entre los distintos

representantes de la clase, con efectos adversos principalmente gastrointestinales, lo que refuerza su aplicabilidad en la práctica clínica y su inclusión en guías internacionales. (38)

La comparación de diferentes agonistas del receptor de GLP-1 como terapia añadida a metformina confirma su eficacia en el control glucémico y en la reducción de peso, con variaciones según el tipo y la dosis utilizada. Estudios de metaanálisis en red muestran que tirzepatida y semaglutida alcanzan los mayores descensos de HbA1c y peso corporal, mientras que otros como dulaglutida y exenatida ofrecen beneficios más moderados. En términos de seguridad, no se observa incremento en hipoglucemias y los eventos adversos graves son poco frecuentes, lo que respalda su uso como tratamiento complementario en pacientes con diabetes tipo 2 y alto índice de masa corporal, consolidando su papel en la medicina basada en evidencia. (39)

La actualización del algoritmo de tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 de la red GDPS 2026 incorpora los avances más recientes en evidencia científica y práctica clínica, priorizando un enfoque integral y personalizado que combina control glucémico con protección cardiovascular, renal y metabólica. Se establece como primera línea terapéutica la metformina junto con inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT-2), agonistas del receptor GLP-1 (arGLP-1) y agonistas duales GIP/GLP-1, especialmente en pacientes con condicionantes clínicos como enfermedad cardiovascular establecida, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal crónica, obesidad o fragilidad. El nuevo esquema enfatiza la intensificación precoz para evitar la inercia clínica, la reevaluación periódica de objetivos y la individualización del tratamiento, situando la pérdida de peso y la reducción de complicaciones como metas centrales, lo que refleja un cambio hacia una medicina más personalizada y centrada en la persona. (40)

1.2.1.2. Hipertensión

Definición

La hipertensión se entiende como una condición caracterizada por la elevación persistente de la presión arterial que, en el contexto del embarazo, se manifiesta en mujeres previamente normotensas o como complicación añadida en aquellas con hipertensión crónica. Las guías clínicas internacionales la clasifican en gestacional, preeclampsia/eclampsia, hipertensión crónica y crónica con preeclampsia superpuesta, reconociendo además categorías como

hipertensión severa definida por cifras iguales o superiores a 160/110 mmHg. Estas entidades se asocian con daño multiorgánico y complicaciones fetales, lo que subraya la necesidad de una definición precisa y homogénea para orientar el diagnóstico y la intervención clínica en distintos sistemas de salud. (41)

Por otro lado, la hipertensión arterial se concibe como un factor de riesgo cardiovascular mayor que contribuye de manera significativa a la mortalidad global, siendo responsable de millones de muertes anuales. Según los criterios del JNC-7, se distingue entre presión normal, prehipertensión e hipertensión, mientras que las guías ACC/AHA 2017 redefinieron los puntos de corte incluyendo parte de los casos de prehipertensión como hipertensión en estadio 1. Esta modificación duplicó la prevalencia estimada en diversas poblaciones, lo que evidencia que la definición de hipertensión depende de los umbrales utilizados y tiene implicaciones directas en la carga de enfermedad y en la planificación de los sistemas de salud. (42)

Finalmente, las guías europeas más recientes han simplificado la clasificación de la presión arterial para facilitar la toma de decisiones terapéuticas. Se establece la categoría de presión no elevada (<120/70 mmHg), presión elevada (120-139/70-89 mmHg) y la hipertensión definida como $\geq 140/90$ mmHg, reconociendo que el riesgo cardiovascular aumenta de manera continua con cada incremento en las cifras tensionales. Aunque otras guías como las estadounidenses fijan el umbral en $\geq 130/80$ mmHg, la Sociedad Europea de Cardiología mantiene el criterio tradicional por considerar que a partir de ese nivel el tratamiento antihipertensivo ofrece beneficios netos en la mayoría de los adultos, destacando así que la definición de hipertensión es en parte arbitraria pero necesaria para guiar la práctica clínica. (43)

Diagnóstico

El diagnóstico de la hipertensión en receptores de trasplante renal presenta particularidades que obligan a superar las limitaciones de la medición en consulta. La presión arterial tomada en oficina tiende a subestimar o sobrestimar la condición, generando fenómenos como hipertensión enmascarada o de bata blanca. Por ello, la monitorización ambulatoria de 24 horas se considera el estándar, ya que permite identificar patrones circadianos, detectar hipertensión nocturna y evaluar el descenso fisiológico esperado durante el sueño. Estudios sistemáticos han demostrado que este método se correlaciona mejor con el daño

a órganos diana, como el aumento de la masa ventricular izquierda o el deterioro de la función renal, consolidando su papel en la práctica clínica. (44)

En el ámbito general, el diagnóstico de hipertensión requiere integrar diferentes métodos de medición para evitar errores clínicos. Las guías europeas recomiendan complementar la presión arterial en oficina con registros domiciliarios y ambulatorios, pues estos últimos permiten reconocer fenotipos como la hipertensión enmascarada y la de bata blanca. Ensayos recientes han mostrado que la presión nocturna y los patrones de descenso o ascenso durante el sueño tienen un valor pronóstico superior, ya que se asocian con mayor riesgo de insuficiencia cardíaca y eventos cerebrovasculares. Asimismo, la hipertensión inducida por el ejercicio se ha propuesto como un marcador adicional, aunque aún carece de una definición uniforme, lo que evidencia la necesidad de diagnósticos más dinámicos y contextuales. (45)

Finalmente, las guías de la Sociedad Europea de Hipertensión de 2023 introducen un enfoque más detallado para diagnosticar distintos fenotipos hipertensivos. Se reconoce la hipertensión de bata blanca, la enmascarada, la nocturna y la sistólica aislada en el anciano, cada una con implicaciones pronósticas específicas. La identificación precisa exige mediciones repetidas y fuera del entorno clínico, dado que la presión arterial en consulta puede inducir reacciones de alerta que distorsionan los valores. Además, se subraya que la prevalencia de estos fenotipos es elevada y que su diagnóstico debe acompañarse de la evaluación de daño a órganos diana y riesgo cardiovascular global, lo que convierte el proceso diagnóstico en un componente esencial de la prevención. (46)

Tratamiento

El abordaje farmacológico de la hipertensión resistente se fundamenta en la combinación de tres clases principales: bloqueadores del sistema renina-angiotensina, diuréticos tiazídicos o similares y antagonistas de los canales de calcio. Cuando estas terapias no logran el control tensional, se recomienda añadir antagonistas de receptores mineralocorticoides como espironolactona o eplerenona. En los últimos años se han desarrollado nuevas moléculas con mecanismos más específicos, como los inhibidores selectivos de la aldosterona sintasa y los antagonistas duales de receptores de endotelina, que han demostrado reducciones significativas de la presión arterial en ensayos clínicos de

fase II. Estas estrategias buscan personalizar el tratamiento y cubrir vías fisiopatológicas no abordadas por los fármacos tradicionales. (47)

El sistema de endotelina se ha identificado como un mediador clave en la hipertensión, y su bloqueo mediante antagonistas duales ETA/ETB representa una opción innovadora. Ensayos como PRECISION han mostrado que aprocitentan reduce de manera sostenida la presión arterial en pacientes con hipertensión resistente, con beneficios adicionales en subgrupos de alto riesgo como mayores de 75 años, afroamericanos y personas con enfermedad renal crónica avanzada. Además, se observó disminución de la proteinuria, lo que sugiere un efecto protector renal. Aunque el riesgo de retención hídrica existe, puede mitigarse con ajuste de diuréticos y seguimiento clínico cercano, consolidando a esta clase como alternativa prometedora en poblaciones difíciles de tratar. (48)

Las guías europeas de 2024 enfatizan un tratamiento integral que combine cambios de estilo de vida con terapias farmacológicas optimizadas. Se recomienda el uso de combinaciones en una sola pastilla para mejorar la adherencia y alcanzar objetivos más estrictos de presión arterial, generalmente <130/80 mmHg, siempre que sean bien tolerados. Además, se incorporan fármacos con beneficios adicionales, como los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2, útiles en pacientes con diabetes, insuficiencia cardíaca o enfermedad renal crónica. En casos de hipertensión resistente, se contempla la denervación renal como intervención mínimamente invasiva, reservada para centros especializados y tras evaluación multidisciplinaria. Este enfoque busca personalizar el tratamiento y reducir complicaciones cardiovasculares a largo plazo. (49)

La actualización del tratamiento de la hipertensión, según el análisis crítico de las guías clínicas recientes, enfatiza un enfoque más integral y contextualizado que trasciende la mera reducción numérica de la presión arterial. Se promueve el uso sistemático de mediciones ambulatorias y domiciliarias para mejorar la precisión diagnóstica y guiar decisiones terapéuticas, mientras que las diferencias entre umbrales internacionales ($\geq 130/80$ mmHg en EE. UU. frente a $\geq 140/90$ mmHg en Europa) obligan a adaptar las estrategias a la realidad epidemiológica y de recursos de cada país. Además, se reconoce la necesidad de ajustar los objetivos terapéuticos en poblaciones especiales como embarazadas, niños y adultos mayores, incorporando factores de riesgo, comorbilidades y marcadores de daño a órgano blanco. En este sentido, el tratamiento actualizado se concibe como un

proceso dinámico que combina precisión técnica con sensibilidad clínica y social, buscando personalizar la intervención y mejorar la adherencia en escenarios diversos. (50)

1.2.2. Afecciones psicológicas

Definición

Las afecciones psicológicas constituyen un conjunto de alteraciones emocionales, conductuales y cognitivas, las cuales afectan el bienestar mental, la adaptación psicosocial y el funcionamiento cotidiano de las personas, siendo como constructo general, estas comprenden diversas manifestaciones en las que destacan la ansiedad, el estrés, la depresión, así como el malestar emocional y otros trastornos del estado de ánimo, los cuales pueden presentarse de forma aislada o concomitante, con distinta intensidad y duración. Estas afecciones no solo influyen en la esfera subjetiva del individuo, sino que también repercuten de manera significativa en su comportamiento, en la toma de decisiones y en la capacidad para afrontar las demandas de la vida diaria. (51)

Causas

Las afecciones psicológicas tienen un origen del tipo multifactorial, en el cual interactúan aspectos sociales, biológicos y psicológicos, entre las causas con mayor frecuencias están las alteraciones neuroquímicas, así como la predisposición genética, as experiencias adversas tempranas, el estrés prolongado, los acontecimientos vitales estresantes, las dificultades socioeconómicas, el escaso apoyo social, así como la presencia de enfermedades crónicas, las cuales generan una carga emocional sostenida que incrementa la vulnerabilidad psicológica. Asimismo, los estilos de afrontamiento inadecuados, las creencias disfuncionales y los contextos familiares y laborales desfavorables pueden potenciar la aparición y persistencia de estas afecciones. (52)

Consecuencias

Así también, estas afectaciones psicológicas producen impactos negativos relevantes en la salud integral del individuo, ya que se asocian con un mayor riesgo de deterioro funcional, disminución de la calidad de vida, alteraciones en los hábitos saludables, incremento del consumo de sustancias, dificultades en las relaciones interpersonales y menor desempeño laboral (53), mientras que desde una perspectiva más sanitaria, estas afecciones se asocian más con resultados clínicos peores, mayor utilización de los servicios de salud,

incremento de la morbilidad y una reducción significativa de la adherencia terapéutica, especialmente en pacientes con enfermedades no transmisibles, lo que agrava el pronóstico y favorece la aparición de complicaciones prevenibles. (54)

1.2.2.1. Depresión

Definición

La depresión se define como un trastorno mental complejo que integra componentes psicobiológicos y psicosociales, caracterizado por alteraciones persistentes en la cognición, la regulación emocional y la conducta, además se reconoce como uno de los principales contribuyentes a la carga global de enfermedad, pues su fisiopatología incluye mecanismos celulares comunes como la desregulación de neurotransmisores, la neuroinflamación, el desequilibrio del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, modificaciones epigenéticas y procesos de estrés oxidativo, en este contexto los micro ARN emergen como reguladores esenciales al modular la expresión génica y participar en la plasticidad sináptica, la inflamación y la respuesta al estrés, lo que convierte a estas moléculas en elementos clave para comprender la definición biológica y clínica de la depresión. (55)

Asimismo, la depresión puede definirse desde la perspectiva de sus variantes estacionales, donde el trastorno afectivo estacional constituye una expresión particular de los cambios en el sistema nervioso central vinculados al ritmo circannual de la luz, en este sentido la depresión invernal se describe como un subtipo de depresión mayor con patrón estacional, cuyos síntomas incluyen somnolencia excesiva, antojo de carbohidratos, pérdida de energía y anhedonia, además se asocia con alteraciones en la secreción de melatonina, en la neurotransmisión serotoninérgica y dopaminérgica, así como en la actividad del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, lo que evidencia que la definición de depresión no solo abarca criterios clínicos generales, sino también especificadores relacionados con la cronobiología. (56)

Finalmente, la depresión se define también como un conjunto de síntomas universales que, aunque comparten núcleos comunes como el ánimo bajo, la anhedonia y la fatiga, presentan variaciones culturales en su manifestación, pues los análisis factoriales muestran que en algunos grupos los síntomas físicos como cambios en el apetito, el peso o el sueño se agrupan con los cognitivos, mientras que en otros la ideación suicida se vincula estrechamente con sentimientos de

inutilidad, además estas diferencias reflejan que la definición de depresión debe considerar tanto los criterios diagnósticos estandarizados como las formas culturalmente moduladas de expresión, lo que permite una comprensión más amplia y sensible de la enfermedad en contextos diversos. (57)

Causas

Entre las causas de la depresión se reconoce la participación de procesos inflamatorios sistémicos, pues diversos estudios han demostrado que los pacientes presentan alteraciones en marcadores inmunológicos como IL-1 β , IL-6, TNF y proteína C reactiva, además indicadores derivados de hemogramas rutinarios como el índice neutrófilo/linfocito, el cociente monocito/linfocito y el índice de inflamación sistémica se encuentran elevados en personas con episodios depresivos, lo que sugiere que la activación inmunitaria y el desequilibrio inflamatorio constituyen mecanismos fisiopatológicos comunes, independientemente de la presencia de síntomas psicóticos, por lo tanto la depresión puede definirse como una enfermedad en la que la respuesta inmunitaria alterada actúa como causa subyacente y como posible biomarcador clínico. (58)

Asimismo, las causas de la depresión se vinculan con factores genéticos, en particular con polimorfismos del gen TPH2 que regula la síntesis de serotonina, dado que mutaciones en este gen afectan la estabilidad y función de la enzima triptófano hidroxilasa, reduciendo la disponibilidad de serotonina en el sistema nervioso central, lo que incrementa la vulnerabilidad a trastornos emocionales, además investigaciones en modelos animales han mostrado que la deficiencia de TPH2 altera la sensibilidad de receptores serotoninérgicos y favorece conductas depresivas, mientras que en humanos se ha comprobado que variantes específicas del gen interactúan con eventos vitales negativos, generando un riesgo mayor de episodios depresivos, lo que confirma la base genética como causa relevante. (59)

Finalmente, las causas de la depresión se explican también por la interacción de factores genéticos, hormonales y neurobiológicos, pues se ha demostrado que el estrés crónico altera la función cognitiva y autonómica del cerebro, incrementando la producción de catecolaminas y cortisol, disminuyendo la actividad colinérgica y glucocorticoide, lo que conduce a inflamación persistente y disfunción mitocondrial, además el exceso de especies reactivas de oxígeno daña proteínas, lípidos y ADN mitocondrial, generando cambios en la

morfología celular y muerte neuronal, en consecuencia la depresión surge como resultado de un entramado multifactorial donde el estrés ambiental y los procesos biológicos convergen, consolidando una etiología compleja que requiere abordajes integrados para su comprensión. (60)

Evaluación y diagnóstico

La evaluación diagnóstica de la depresión bajo los criterios del ICD-11 enfrenta críticas por la baja precisión en la definición de episodios depresivos, ya que se exige la presencia de cinco síntomas durante al menos dos semanas, pero sin establecer un número mínimo para subtipos como la distimia o la melancolía, lo que genera ambigüedad en la delimitación entre estados clínicos y expresiones normativas de tristeza, además la inclusión de descriptores como "alguna dificultad" o "usualmente angustiado" introduce subjetividad en la valoración, lo que puede derivar en sobrediagnóstico de estados emocionales comunes o en exclusión de cuadros graves que no cumplen la duración requerida, evidenciando limitaciones en la fiabilidad y validez del diagnóstico. (61)

Por su parte, la evaluación de la depresión en el ICD-11 se operacionaliza mediante cuestionarios como el International Depression Questionnaire, diseñado para captar los síntomas descritos en la clasificación, el algoritmo diagnóstico requiere la presencia de al menos cinco síntomas concurrentes durante dos semanas, incluyendo obligatoriamente uno del clúster afectivo, además se incorpora la valoración del deterioro funcional en áreas personales, sociales o laborales, lo que asegura que el diagnóstico no se limite a la sintomatología aislada, sino que contemple el impacto en la vida cotidiana, la validación inicial mostró alta fiabilidad y unidimensionalidad de los ítems, confirmando que la herramienta puede ser utilizada tanto en investigación como en práctica clínica para evaluar episodios depresivos. (62)

Finalmente, la evaluación y diagnóstico de la depresión en contextos culturales diversos, como el África subsahariana, requiere considerar la influencia de factores socioculturales en la expresión de los síntomas, pues en estas poblaciones la comunicación de la tristeza puede privilegiar manifestaciones somáticas sobre las cognitivas, lo que dificulta la aplicación directa de criterios occidentales, además la ausencia de términos lingüísticos adecuados para describir emociones limita la identificación clínica y puede reducir las tasas reportadas de prevalencia, por ello se enfatiza la necesidad de adaptar las herramientas diagnósticas al contexto cultural, integrando la experiencia vivida

de los adolescentes y sus cuidadores, lo que permitiría diagnósticos más sensibles y menos sesgados en regiones con alta carga de enfermedad. (63)

Tratamiento

El tratamiento de la depresión mayor en fase de remisión suele sostenerse con medicación antidepresiva prolongada, sin embargo los metaanálisis recientes muestran que la incorporación de intervenciones psicológicas como la terapia cognitivo-conductual o la terapia cognitiva basada en mindfulness reduce de manera significativa el riesgo de recaída cuando se combinan con fármacos, en contraste su aplicación como alternativa durante el retiro farmacológico no incrementa la probabilidad de recurrencia, lo que evidencia que las estrategias psicológicas son seguras y eficaces, además aportan beneficios clínicos adicionales frente al uso exclusivo de medicación, por ello se recomienda su integración en guías clínicas para optimizar resultados y disminuir la carga de enfermedad en poblaciones de alto riesgo. (64)

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina constituyen la primera línea farmacológica en el tratamiento de la depresión, su mecanismo consiste en bloquear la recaptación de serotonina y aumentar su disponibilidad sináptica, lo que favorece la restauración del equilibrio neuroquímico, estudios clínicos y metaanálisis han confirmado su eficacia y tolerabilidad en la reducción de síntomas como la anhedonia, la alteración del sueño y el ánimo bajo, además la bibliometría revela que fluoxetina, paroxetina y sertralina son los fármacos más investigados, con ensayos doble ciego que respaldan su seguridad, aunque persisten debates sobre efectos secundarios y variabilidad en la respuesta, en consecuencia los ISRS siguen siendo el recurso más utilizado en la práctica clínica. (65)

En casos de depresión resistente al tratamiento convencional se han explorado modalidades neuromoduladoras como la estimulación cerebral profunda, esta técnica quirúrgica implanta electrodos en núcleos específicos para modular la actividad neuronal, los metaanálisis reportan tasas de respuesta cercanas al 56 %, remisión en un 35 % y recurrencia en torno al 14 %, aunque los eventos adversos alcanzan el 67 %, generalmente de intensidad moderada, se advierte que los riesgos asociados a ideación suicida no deben subestimarse, pese a ello la evidencia preliminar sugiere que la estimulación cerebral profunda es prometedora, requiriendo ensayos clínicos más amplios y rigurosos para confirmar

su eficacia y seguridad, así como para definir los blancos neuroanatómicos óptimos. (66)

1.2.2.2. Ansiedad

Definición

La ansiedad se entiende como una respuesta fisiológica natural que prepara al organismo para enfrentar situaciones percibidas como amenazantes, sin embargo en el siglo XXI se ha transformado en un fenómeno social y clínico de gran magnitud debido a la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales, en este sentido los determinantes sociales como la precariedad laboral, la desigualdad económica, la hiperconectividad digital y el cambio climático han configurado un ambiente ansiógeno que incrementa la prevalencia de trastornos, además la sobreexposición a información negativa, el ciberacoso y la presión sobre la autoimagen intensifican el sufrimiento emocional, por lo tanto la ansiedad contemporánea se define como un estado desadaptativo originado en complejas dinámicas estructurales y contextuales. (67)

Asimismo la ansiedad se caracteriza por una fisiopatología multifactorial que involucra regiones cerebrales como la amígdala, el hipocampo, la corteza prefrontal y el hipotálamo, las cuales regulan procesos de aprendizaje del miedo y memoria emocional, en este marco la neuroepigenética ha demostrado que modificaciones en la metilación del ADN y en las histonas alteran la plasticidad neuronal y predisponen a respuestas ansiosas, además factores ambientales como el estrés temprano o el abuso de sustancias modulan la expresión génica y afectan la actividad de neurotransmisores como GABA y glutamato, por consiguiente la ansiedad puede definirse como un fenotipo neurobiológico influido por mecanismos epigenéticos que integran experiencias ambientales y vulnerabilidades genéticas. (68)

Finalmente la ansiedad se concibe como un trastorno mental prevalente que surge de la interacción entre disfunciones neuroquímicas, alteraciones endocrinas y respuestas inmunológicas, en este contexto la microbiota intestinal desempeña un papel decisivo al comunicarse bidireccionalmente con el sistema nervioso central mediante el eje microbiota-intestino-cerebro, de hecho metabolitos bacterianos como ácidos grasos de cadena corta, neurotransmisores y hormonas influyen en la regulación emocional y en la actividad del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, además la disbiosis intestinal se asocia con mayor

vulnerabilidad a síntomas ansiosos, por lo tanto la ansiedad puede definirse como un estado psicopatológico complejo en el que convergen procesos neurobiológicos y microbiológicos que condicionan la conducta y el bienestar. (69)

Causas

Las causas de la ansiedad durante la pandemia de COVID-19 se vinculan con la sensibilidad ansiosa, entendida como la interpretación de sensaciones corporales benignas como peligrosas, en este sentido los individuos con mayor puntuación en el índice ASI-3 mostraron niveles superiores de miedo al contagio y mayor riesgo de depresión, además la mediación del temor específico a la enfermedad explicó parte de la relación entre sensibilidad ansiosa y síntomas emocionales, lo que evidencia que la percepción exagerada de cambios fisiológicos como palpitaciones o sudoración se convierte en detonante de respuestas ansiosas, por lo tanto la ansiedad se origina en la interacción entre vulnerabilidades cognitivas y el contexto de amenaza sanitaria. (70)

De igual modo las causas de la ansiedad en la población general durante la emergencia sanitaria en Letonia se relacionaron con factores sociodemográficos, de salud y psicológicos, entre ellos ser mujer, tener antecedentes de problemas mentales, haber intentado suicidio, experimentar soledad o poseer baja resiliencia, asimismo la preocupación por el estado de salud propio y el temor a la estigmatización en caso de infección incrementaron la probabilidad de ansiedad, además la exposición constante a información sobre la pandemia en internet y redes sociales intensificó el malestar, en contraste la estabilidad financiera, la rutina diaria y la buena autopercepción de salud actuaron como protectores, de modo que la ansiedad surge de la combinación de riesgos sociales y personales. (71)

Finalmente las causas de la ansiedad en adolescentes se explican por la interacción entre variaciones genéticas del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y la calidad del cuidado parental, en este marco los perfiles multilocus con mayor número de alelos asociados a hiperreactividad del eje mostraron mayor susceptibilidad tanto a contextos adversos como a entornos protectores, de hecho la crianza caracterizada por rechazo o castigo intensificó los síntomas ansiosos en quienes portaban dichos alelos, mientras que la parentalidad cálida y positiva redujo significativamente la expresión de ansiedad, por consiguiente la etiología se comprende como un fenómeno de plasticidad genética acumulativa

donde la biología amplifica el impacto del ambiente, lo que confirma que la ansiedad se origina en la convergencia de factores genéticos y relacionales. (72)

Evaluación y diagnóstico

La evaluación y diagnóstico de la ansiedad han cambiado con la transición de ICD-10 a ICD-11, ya que los trastornos antes agrupados como “neuroticos, relacionados con el estrés y somatoformes” ahora se clasifican como “trastornos de ansiedad o miedo”, en este sentido se mantienen diagnósticos centrales como agorafobia, fobia específica, ansiedad social, trastorno de pánico y ansiedad generalizada, aunque con criterios simplificados que eliminan la exigencia de un número mínimo de síntomas, además se incorporan la ansiedad por separación y el mutismo selectivo en la perspectiva del ciclo vital, por lo tanto ICD-11 se alinea con DSM-5 y ofrece mayor precisión clínica en la identificación de los trastornos ansiosos. (73)

Asimismo el diagnóstico de la ansiedad debe considerar su curso longitudinal, ya que los estudios del NESDA muestran que los pacientes alternan entre recuperación, recurrencia e incluso cronicidad, en este marco el uso exclusivo de categorías diagnósticas del DSM-IV subestima la persistencia de síntomas subumbrales, mientras que los enfoques dimensionales basados en escalas de severidad como el Beck Anxiety Inventory o el Penn State Worry Questionnaire revelan trayectorias más precisas, además la comorbilidad con depresión y el fenómeno de “cambio diagnóstico” complican la clasificación clínica, por consiguiente la evaluación debe combinar criterios categóricos y medidas dimensionales para captar la fluctuación de síntomas y mejorar la validez del diagnóstico de los trastornos ansiosos. (74)

Finalmente la evaluación diagnóstica de la ansiedad requiere incorporar expresiones culturales específicas, dado que los estudios cualitativos en India evidencian que los pacientes describen síntomas mediante términos locales en Kannada que incluyen sensaciones somáticas, miedo intenso y deterioro funcional, en este sentido la creación del cuestionario PANIQ busca superar las limitaciones de escalas occidentales como HAM-A o BAI que priorizan síntomas cognitivos y omiten manifestaciones culturales, además los profesionales y cuidadores identifican comportamientos como la búsqueda reiterada de médicos o la preocupación por la vergüenza social, por lo tanto el diagnóstico debe adaptarse a los contextos culturales para evitar subregistro y asegurar que las herramientas reflejen la experiencia real de quienes padecen ansiedad. (75)

Tratamiento

El tratamiento de la ansiedad generalizada ha explorado nuevas alternativas farmacológicas como los productos medicinales derivados del cannabis, en este sentido el análisis del UK Medical Cannabis Registry mostró que pacientes tratados con combinaciones de THC y CBD presentaron mejoras significativas en escalas de ansiedad, calidad de vida y sueño a uno, tres y seis meses, además los eventos adversos reportados fueron en su mayoría leves o moderados, lo que sugiere un perfil de seguridad aceptable, sin embargo los autores advierten que la evidencia aún es preliminar y requiere ensayos clínicos controlados para confirmar eficacia y seguridad, por lo tanto el cannabis medicinal aparece como una opción prometedora pero debe evaluarse con cautela. (76)

Asimismo, el abordaje psicoterapéutico de la ansiedad se centra en la terapia cognitivo-conductual, considerada el estándar de referencia por su eficacia comprobada, aunque no todos los pacientes responden de manera óptima, en este marco la psicoterapia positiva se plantea como alternativa complementaria al enfocarse en emociones positivas, fortalezas personales y satisfacción vital, el protocolo de ensayo clínico aleatorizado en línea comparará ambas modalidades en pacientes con ansiedad generalizada, pánico y fobia social, evaluando procesos intra e intersesión y resultados en bienestar, felicidad y reducción sintomática, por consiguiente el estudio busca determinar si la psicoterapia positiva puede igualar o superar la efectividad de la terapia cognitivo-conductual en entornos digitales. (77)

Finalmente el tratamiento de la ansiedad se vincula estrechamente con la actualización de criterios diagnósticos, ya que el trabajo de Antos subraya cómo la precisión en la clasificación permite seleccionar intervenciones más eficaces y adaptadas, en este sentido la simplificación de categorías y la incorporación de perspectivas de ciclo vital favorecen la identificación de casos que antes quedaban invisibles, además se destaca que la claridad en la definición de los trastornos ansiosos facilita tanto la elección de terapias farmacológicas como psicoterapéuticas, por lo tanto la contribución de Antos resalta que una taxonomía más coherente no solo mejora la exactitud diagnóstica sino también orienta la práctica clínica hacia tratamientos integrales y culturalmente sensibles. (78)

1.2.2.3. Estrés

Definición

El estrés constituye una condición en la cual el equilibrio homeostático del organismo se ve comprometido, siendo importante destacar que este concepto ha experimentado una evolución significativa conforme la noción de homeostasis se ha extendido hacia los campos de la fisiología, la psicología e incluso las ciencias ambientales; en este sentido, actualmente se reconoce que dicho fenómeno puede manifestarse de manera sistémica mediante la activación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal o bien presentarse únicamente en el sitio donde los agentes estresores son generados o inducidos. Asimismo, dado que cualquier estresor puede ser detectado por la homeostasis existente y potencialmente desencadenar respuestas a nivel molecular, celular y sistémico con el propósito de preservar el equilibrio interno e inducir procesos adaptativos, este constructo se ha especificado según diferentes estímulos estresantes, sitios o funciones particulares. (79)

Desde una perspectiva biológica, el estrés se conceptualiza como la respuesta orgánica frente a cualquier efecto que perturba el balance interno de los seres vivos, aunque es preciso señalar que los organismos poseen mecanismos inherentes para afrontar esta condición; no obstante, la exposición prolongada a situaciones estresantes los conduce por senderos irreversibles que comprometen su bienestar integral. La detección de esta respuesta puede realizarse mediante la observación de patrones conductuales anormales, así como a través de modificaciones bioquímicas cuya magnitud depende de la intensidad del factor desencadenante; entre los indicadores más relevantes se encuentran las manifestaciones de agresividad, la pérdida del apetito, la disminución en las actividades de crecimiento y reproducción, junto con las secreciones hormonales asociadas, particularmente el incremento de glucocorticoides como el cortisol. (80)

En el ámbito de la investigación contemporánea sobre estados emocionales vinculados al entorno laboral, el estrés ha sido categorizado en distintas manifestaciones que incluyen el eustrés y el distrés, representando respectivamente las formas positiva y negativa de esta respuesta adaptativa; cabe mencionar que la percepción del distrés se encuentra asociada con niveles más elevados de activación subjetiva en comparación con la percepción del eustrés. Esta diferenciación resulta fundamental para el desarrollo de

intervenciones específicas que permitan a los individuos construir estrategias de afrontamiento adecuadas y reformular las emociones negativas, considerando además que los factores personales desempeñan un papel preponderante en la manera como los trabajadores perciben la tensión relacionada con sus actividades ocupacionales cotidianas. (81)

Causas

Las circunstancias derivadas de emergencias sanitarias constituyen desencadenantes significativos del deterioro emocional en poblaciones vulnerables, particularmente aquellas que presentan condiciones preexistentes de salud mental. Entre los factores estresantes más relevantes destacan la preocupación constante por la estabilidad laboral, las demandas asociadas al cuidado infantil en contextos de confinamiento y la sobrecarga generada por el teletrabajo simultáneo con la educación domiciliar de los hijos; estos elementos interactúan con la severidad sintomatológica previa al evento crítico, explicando aproximadamente la mitad de la varianza en el incremento de manifestaciones ansiosas. Asimismo, las inquietudes relacionadas con el impacto en los vínculos interpersonales y el desempeño profesional en sectores esenciales como el sanitario contribuyen al agravamiento de cuadros depresivos, evidenciando la interrelación compleja entre estresores exógenos y vulnerabilidad individual. (82)

Los agentes causales del malestar psicológico durante períodos de crisis global se distribuyen a través de múltiples dimensiones que afectan de manera diferenciada a distintos grupos poblacionales, siendo las personas con discapacidad quienes experimentan mayor exposición a estos factores adversos. Las principales fuentes de tensión comprenden la inestabilidad ocupacional manifestada en reducción de horas laborales o despidos, las dificultades financieras tanto personales como familiares, el deterioro en la calidad de las relaciones interpersonales y la disminución sustancial de la vida social; adicionalmente, las restricciones en el acceso a servicios sanitarios y controles médicos rutinarios por temor al contagio o limitada disponibilidad asistencial intensifican la angustia experimentada. Esta acumulación de estresores se vincula directamente con el incremento de sintomatología depresiva y ansiosa, confirmando que la posición dentro de la estructura social determina tanto la magnitud de exposición como las consecuencias sobre el bienestar emocional. (83)

El contexto familiar y las características sociodemográficas representan determinantes fundamentales en la génesis del estrés durante etapas críticas del desarrollo, especialmente en la población adolescente que enfrenta simultáneamente transiciones evolutivas y eventos disruptivos externos. Los principales factores asociados al surgimiento de manifestaciones ansiosas y depresivas incluyen la pertenencia a hogares monoparentales, la convivencia con progenitores que padecen alteraciones de salud mental y las dinámicas familiares disfuncionales caracterizadas por un clima relacional negativo; resulta relevante señalar que el género femenino exhibe consistentemente mayor prevalencia de síntomas adversos, mientras que la edad modula diferencialmente la presentación clínica según el sexo. Las quejas psicósomáticas emergen como predictores significativos de cuadros depresivos en mujeres jóvenes, subrayando la necesidad de intervenciones personalizadas que consideren las particularidades evolutivas y contextuales de cada individuo. (84)

Evaluación y diagnóstico

La valoración de las alteraciones emocionales en profesionales sanitarios expuestos a situaciones críticas prolongadas requiere la implementación de instrumentos validados que permitan identificar con precisión la magnitud del deterioro psicológico experimentado. Las escalas DASS-21 y PHQ-9 han demostrado ser herramientas confiables para detectar manifestaciones depresivas, ansiosas y de tensión en este grupo poblacional, evidenciando que los médicos en formación constituyen el subgrupo más vulnerable debido a su limitada experiencia laboral y mayor exposición a demandas asistenciales intensas; asimismo, se ha observado que la prevalencia de sintomatología moderada a severa en trabajadores de salud supera considerablemente los valores reportados en población general. La tendencia decreciente de estos cuadros clínicos a lo largo del tiempo puede atribuirse al desarrollo de estrategias de afrontamiento efectivas, junto con el crecimiento postraumático y la resiliencia tanto individual como organizacional. (85)

Los avances tecnológicos han permitido desarrollar metodologías innovadoras para la predicción y clasificación de estados de tensión emocional mediante el empleo de algoritmos de aprendizaje automático que integran señales fisiológicas y conductuales. La valoración del estrés puede categorizarse en cuatro condiciones diferenciadas que comprenden aburrimiento, eustrés, combinación de eustrés-distrés y distrés propiamente dicho, las cuales se

manifiestan de manera distinta según las demandas laborales percibidas por el individuo; estos hallazgos resultan coherentes con el principio de Yerkes-Dodson, el cual establece que niveles moderados de tensión se asocian con mejor rendimiento mientras que extremos tanto bajos como elevados deterioran el desempeño. El análisis de importancia de características revela que los parámetros fisiológicos y las expresiones faciales ejercen mayor influencia en la capacidad predictiva de estos modelos, superando significativamente a las variables derivadas de la interacción humano-computador. (86)

La detección precisa del estrés mediante sistemas multimodales representa un campo emergente que combina señales fisiológicas con indicadores comportamentales para lograr clasificaciones más exactas del estado emocional. La integración de parámetros como el volumen de pulso sanguíneo y la actividad electrodérmica junto con expresiones faciales y gestos corporales, incluyendo la frecuencia de contacto facial y cambios posturales, potencia sustancialmente la capacidad discriminativa de los modelos diagnósticos; resulta fundamental destacar que las estrategias de anotación basadas en autorreportes superan a aquellas fundamentadas únicamente en etiquetas asociadas a tareas, debido a que reflejan con mayor fidelidad la percepción interna del individuo respecto a su nivel de tensión. Estos avances metodológicos abren posibilidades prometedoras para el desarrollo de sistemas de monitoreo no invasivos aplicables en contextos clínicos, laborales y de promoción del bienestar mental. (87)

Tratamiento

Las intervenciones fundamentadas en la compasión han demostrado ser eficaces para reducir los niveles de tensión emocional en poblaciones laborales diversas, abarcando desde profesionales sanitarios hasta docentes y trabajadores de distintos sectores ocupacionales. Entre los programas más utilizados se encuentran la Terapia Centrada en la Compasión, el Entrenamiento en Compasión Cognitivamente Basado y la Autocompasión Consciente, junto con múltiples adaptaciones diseñadas para contextos específicos; la versatilidad de estos enfoques permite su implementación mediante talleres presenciales, plataformas digitales o prácticas autodirigidas, facilitando el acceso a públicos amplios con necesidades heterogéneas. Los principios fundamentales que sustentan estas intervenciones comprenden el fomento de la amabilidad hacia uno mismo, el fortalecimiento de la resiliencia emocional y el desarrollo de la

empatía, elementos universalmente relevantes que contribuyen a abordar un amplio espectro de desafíos psicológicos en entornos profesionales demandantes. (88)

El programa de Resiliencia Profesional Orientada a la Atención Plena constituye una estrategia terapéutica integral que combina técnicas de autorregulación ascendentes con enfoques reflexivos descendentes para mejorar la calidad de vida laboral del personal sanitario. Esta intervención incrementa significativamente la satisfacción por compasión mientras reduce el agotamiento profesional y el estrés traumático secundario, logrando además mejoras sustanciales en diversas facetas de la consciencia plena como la observación, descripción, actuación consciente y no reactividad ante estímulos adversos; estos componentes resultan esenciales para que los profesionales de salud gestionen las demandas emocionales inherentes al cuidado de pacientes sin verse sobrepasados. La ampliación de la zona óptima de activación fisiológica mediante ejercicios de respiración de frecuencia resonante y estimulación vagal proporciona herramientas efectivas para la regulación autonómica, reduciendo tanto las respuestas de hiperactivación como las de hipoactivación ante situaciones estresantes. (89)

El abordaje terapéutico de las manifestaciones postraumáticas en poblaciones infantojuveniles expuestas a violencia familiar requiere intervenciones estructuradas que contemplen la complejidad de las experiencias adversas acumuladas. La Terapia Cognitivo Conductual Focalizada en el Trauma representa una modalidad ampliamente respaldada que aborda aspectos centrales del trauma complejo, incluyendo el autoconcepto negativo, la desregulación emocional y las dificultades relacionales; no obstante, los casos con condiciones comórbidas o traumatización múltiple pueden requerir adaptaciones del protocolo estándar o tratamientos extendidos para alcanzar resultados óptimos. La comparación con otras modalidades terapéuticas como el EMDR revela efectividad similar en la reducción de síntomas, sugiriendo que los tratamientos estructurados basados en evidencia comparten componentes activos fundamentales que facilitan la recuperación independientemente del enfoque específico empleado. (90)

1.2.3. Adherencia terapéutica

Definición

La adherencia terapéutica constituye un fenómeno multidimensional que involucra el cumplimiento sistemático de las indicaciones farmacológicas prescritas por los profesionales de salud, siendo influenciada por diversos factores que varían según el contexto sociocultural y las características individuales del paciente. Entre los elementos significativamente asociados con el seguimiento del tratamiento destacan el consumo de alcohol a lo largo de la vida, la percepción de estigma social, las creencias personales respecto a la medicación y el nivel de introspección sobre la propia enfermedad; resulta particularmente relevante que aquellos individuos con mayor consciencia de su condición patológica tienden a mostrar mejores tasas de cumplimiento. La participación activa de los cuidadores familiares emerge como un componente esencial para abordar esta problemática, dado que sin su involucramiento resulta prácticamente imposible resolver las desviaciones del régimen terapéutico prescrito. (91)

El cumplimiento óptimo del tratamiento farmacológico genera un impacto significativo en los resultados clínicos tanto a nivel individual como poblacional, aunque las barreras que lo dificultan suelen ser particulares para cada persona, lo cual demanda estrategias personalizadas que adapten el régimen terapéutico a las necesidades específicas de cada paciente. El establecimiento de una relación médico-paciente fundamentada en la confianza mutua y la colaboración activa constituye el pilar fundamental para lograr una adherencia adecuada, pudiendo complementarse con equipos multidisciplinarios de atención, grupos de apoyo entre pares y organizaciones de defensa del paciente. La simplificación de los esquemas de medicación mediante combinaciones de fármacos en una sola presentación, junto con la dosificación única diaria y el empleo de herramientas que faciliten la toma de medicamentos, representan estrategias efectivas para fomentar conductas adherentes y fortalecer el compromiso del paciente con su propio cuidado. (92)

El incumplimiento terapéutico representa una problemática frecuente en diversas especialidades médicas con consecuencias potencialmente graves para la salud del paciente, siendo considerado un evento prevenible que requiere intervenciones dirigidas a las múltiples dimensiones que lo originan. La comprensión de este fenómeno trasciende el simple olvido de dosis, involucrando aspectos complejos como la concepción subjetiva de la enfermedad, la

percepción del riesgo asociado, la eficacia percibida del tratamiento y la calidad del vínculo entre el clínico y quien recibe la atención; resulta fundamental adoptar la perspectiva del paciente para entender el abandono de fármacos cuya eficacia no resulta evidente o cuyos beneficios se manifiestan únicamente a largo plazo. El fortalecimiento de la comunicación hacia una relación más horizontal permite equilibrar las expectativas del paciente con las posibilidades reales del tratamiento, reconociendo que la falta de seguimiento no siempre obedece a procesos irracionales. (93)

Importancia

El cumplimiento adecuado del tratamiento prescrito ejerce una influencia determinante tanto en los resultados clínicos como en la calidad de vida relacionada con la salud, razón por la cual se han desarrollado múltiples estrategias orientadas a optimizar este comportamiento en poblaciones con enfermedades crónicas. La educación del paciente constituye una de las intervenciones más efectivas, pues incrementa la comprensión de la condición patológica y la motivación para seguir las indicaciones médicas; asimismo, las innovaciones tecnológicas como aplicaciones móviles de salud y sistemas electrónicos de monitoreo farmacológico proporcionan recordatorios oportunos, seguimiento en tiempo real y retroalimentación inmediata que fortalecen el compromiso con el autocuidado. Los equipos multidisciplinares integrados por médicos, farmacéuticos, enfermeros y nutricionistas desarrollan planes de atención personalizados que abordan simultáneamente los desafíos clínicos y las barreras para el cumplimiento, logrando reducir significativamente las hospitalizaciones y visitas de emergencia. (94)

El manejo adecuado de las enfermedades no transmisibles en poblaciones vulnerables representa un desafío crítico que trasciende el ámbito meramente clínico, involucrando determinantes socioeconómicos que condicionan la capacidad de los individuos para mantener su tratamiento de manera sostenida. La inseguridad alimentaria e hídrica severa, junto con la ausencia de asistencia económica, constituyen marcadores de vulnerabilidad extrema que impiden destinar recursos del hogar para cubrir costos relacionados con el acceso a medicamentos y consultas médicas; adicionalmente, la multimorbilidad común en adultos mayores implica regímenes de polifarmacia complejos que dificultan el seguimiento de instrucciones específicas para cada fármaco. El costo de los medicamentos y la creencia de no requerir más tratamiento tras experimentar

mejoría sintomática emergen como barreras fundamentales para la adherencia, subrayando la necesidad de intervenciones humanitarias que garanticen el acceso equitativo a la atención sanitaria y promuevan la alfabetización en salud. (95)

Las preferencias del paciente respecto al tipo de tratamiento recibido ejercen una influencia sustancial sobre los niveles de adherencia terapéutica, particularmente en el abordaje de trastornos de salud mental donde coexisten opciones farmacológicas y psicoterapéuticas. Los individuos que reciben intervenciones concordantes con sus preferencias iniciales demuestran mayor probabilidad de mantener el cumplimiento a lo largo del tiempo, siendo esta asociación especialmente pronunciada en quienes optan por psicoterapia; por el contrario, la discordancia entre las preferencias expresadas y el tratamiento efectivamente proporcionado genera desajustes que comprometen los resultados clínicos esperados. El desarrollo de modelos de atención centrados en el paciente que incorporen la toma de decisiones compartida resulta fundamental para reducir estas brechas, facilitando el acceso a modalidades terapéuticas virtuales y fortaleciendo la fidelidad a esquemas que respeten la autonomía del individuo en la elección de su tratamiento. (96)

Teorías relacionadas

Este marco teórico sostiene que las convicciones personales respecto a la salud ejercen una influencia determinante sobre la adopción de conductas preventivas frente a enfermedades no transmisibles, siendo las barreras percibidas y la autoeficacia los constructos con mayor impacto directo sobre dichos comportamientos. Los individuos que enfrentan múltiples dificultades para implementar cambios en su estilo de vida y manifiestan escasa confianza en su capacidad para mantenerlos presentan menores índices de conductas saludables; asimismo, factores como el sexo masculino, la edad joven y la presencia de patologías crónicas incrementan la probabilidad de persistir en hábitos perjudiciales como el sedentarismo, el traspasar la hora de dormir y los trastornos emocionales. La severidad percibida y la susceptibilidad ante la enfermedad muestran asociaciones negativas con las barreras y la autoeficacia respectivamente, sugiriendo que su efecto sobre las conductas preventivas se encuentra mediado principalmente por estos constructos. (97)

La aplicación de intervenciones educativas fundamentadas en este enfoque teórico demuestra mejoras significativas en el cumplimiento

farmacológico cuando se combina con seguimiento activo del paciente. El fortalecimiento de la actitud hacia los resultados del tratamiento se logra mediante la presentación de consecuencias asociadas al incumplimiento, tales como complicaciones de la enfermedad, hospitalizaciones frecuentes y progresión del cuadro clínico; paralelamente, las normas subjetivas se potencian a través del involucramiento de profesionales sanitarios y familiares en las sesiones educativas, reconociendo su papel influyente en las decisiones del paciente. El control conductual percibido resulta fundamental para empoderar a los individuos en el automanejo de su condición, particularmente cuando los regímenes terapéuticos requieren administración frecuente de medicamentos, pues la capacidad de autoinyección reduce la dependencia de terceros y fortalece la intención positiva que posteriormente se traduce en comportamiento adherente. (98)

Este modelo conceptual explora cómo la colaboración entre el paciente y el proveedor de salud influye sobre el cumplimiento terapéutico y la satisfacción con el tratamiento en personas con enfermedades crónicas. El apoyo a la autonomía proporcionado por los profesionales sanitarios se asocia con mayores niveles de adherencia al automanejo y mayor satisfacción, dado que cuando los pacientes reciben respaldo adecuado para tomar decisiones independientes, su capacidad para gestionar la enfermedad se potencia considerablemente; no obstante, la toma de decisiones compartida presenta resultados contradictorios respecto al cumplimiento, pues aunque integra preferencias y creencias culturales del paciente, no garantiza por sí sola la adherencia a las conductas de autocuidado. La capacidad de afrontamiento modera la relación entre la toma de decisiones compartida y los resultados clínicos, permitiendo que individuos con mejores habilidades para manejar las demandas emocionales y psicológicas logren mayor compromiso con su tratamiento. (99)

1.2.4. Modelos explicativos

Modelo autorregulatorio de Leventhal

Este enfoque teórico plantea que la representación cognitiva y emocional que los pacientes construyen sobre su enfermedad determina significativamente sus conductas de autocuidado y cumplimiento farmacológico. La comprensión inadecuada de los síntomas asociados a las enfermedades no transmisibles, junto con el conocimiento limitado y la escasa conciencia sobre la propia condición médica, constituyen barreras fundamentales para la adherencia, particularmente

en poblaciones con bajo nivel educativo o adultos mayores que experimentan deterioro cognitivo relacionado con la edad. Las creencias personales, incluyendo aquellas de índole religiosa que atribuyen las dolencias a fuerzas misteriosas en lugar de explicaciones científicas, generan concepciones erróneas sobre los efectos secundarios de los medicamentos; asimismo, la ausencia de síntomas percibidos reduce la conciencia del paciente respecto a la necesidad de mantener su tratamiento de manera sostenida. (100)

Modelo integrador de adherencia

La conceptualización multidimensional del cumplimiento terapéutico reconoce que este comportamiento resulta de la interacción compleja entre factores psicológicos, cognitivos y actitudinales que varían considerablemente entre individuos. La depresión emerge como un predictor significativo del incumplimiento farmacológico, dado que las personas con sintomatología depresiva presentan menor probabilidad de tomar sus medicamentos según lo prescrito; paralelamente, las creencias sobre la necesidad del tratamiento y las preocupaciones relacionadas con potencial dependencia, toxicidad o efectos adversos a largo plazo influyen determinadamente en las decisiones del paciente. El olvido y el descuido ocasional en la toma de medicación constituyen las barreras más frecuentes en adultos mayores con multimorbilidad y polifarmacia, mientras que el conocimiento adecuado sobre el régimen terapéutico se asocia positivamente con mejores niveles de adherencia, subrayando la relevancia de intervenciones educativas que proporcionen información apropiada y no sesgada (101).

Perspectiva biopsicosocial en salud

Este modelo comprehensivo reconoce que cualquier intervención diseñada para modificar el comportamiento de adherencia en pacientes con condiciones crónicas alcanzará mayor efectividad cuando aborde simultáneamente los múltiples factores que facilitan el cambio conductual. Las estrategias basadas en la comunidad y el hogar demuestran un vínculo importante entre los establecimientos de atención primaria y el entorno del paciente, integrando el tratamiento con el cuidado personalizado y descentralizando la atención hacia los espacios cotidianos del individuo; adicionalmente, las intervenciones de salud móvil permiten educar, recordar y proporcionar retroalimentación adaptada a las necesidades específicas de cada persona. Las necesidades psicosociales del paciente, incluyendo actitudes hacia

la condición de salud, barreras culturales, preocupaciones sociales como el estigma percibido y las capacidades cognitivas, han sido reconocidas como predictores fundamentales de la adherencia óptima al tratamiento. (102)

1.3. Definición de términos básicos

- **Enfermedades no transmisibles.** Conjunto de patologías de evolución prolongada originadas por la interacción entre factores genéticos, conductuales y ambientales, incluyendo afecciones cardiovasculares, diabetes, cáncer y trastornos mentales. (1)
- **Depresión.** Trastorno mental complejo caracterizado por alteraciones persistentes en la cognición, regulación emocional y conducta, constituyendo uno de los principales contribuyentes a la carga global de enfermedad. (55)
- **Ansiedad.** Respuesta fisiológica natural que prepara al organismo para enfrentar situaciones amenazantes, transformándose en estado desadaptativo cuando interactúan factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales desfavorables. (67)
- **Estrés.** Condición en la cual el equilibrio homeostático del organismo se ve comprometido, pudiendo manifestarse sistémicamente mediante la activación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal ante agentes estresores. (79)
- **Adherencia terapéutica.** Fenómeno multidimensional que involucra el cumplimiento sistemático de indicaciones farmacológicas prescritas, influenciado por factores socioculturales, creencias personales y características individuales del paciente. (91)
- **Autoeficacia.** Constructo que representa la confianza del individuo en su capacidad para implementar y mantener cambios conductuales saludables frente a enfermedades no transmisibles. (59)
- **Barreras percibidas.** Dificultades identificadas por los individuos para adoptar conductas preventivas, constituyendo uno de los factores con mayor impacto directo sobre comportamientos de salud. (59)

- **Normas subjetivas.** Influencia ejercida por personas significativas como médicos, enfermeros y familiares sobre las decisiones del paciente respecto al cumplimiento de su tratamiento. (60)
- **Control conductual percibido.** Capacidad del individuo para empoderarse en el automanejo de su condición, particularmente relevante cuando los regímenes terapéuticos requieren administración frecuente de medicamentos. (60)
- **Resiliencia.** Capacidad de adaptación positiva ante situaciones adversas, asociada con menores niveles de depresión, ansiedad y agotamiento profesional en contextos de alta demanda emocional. (43)
- **Multimorbilidad.** Coexistencia de múltiples condiciones crónicas en un mismo individuo, implicando regímenes de polifarmacia complejos que dificultan el seguimiento de instrucciones terapéuticas específicas. (57)
- **Calidad de vida.** Constructo multidimensional que integra el bienestar físico, emocional y social del paciente, directamente influenciado por el cumplimiento adecuado del tratamiento prescrito. (56)
- **Eustrés.** Forma positiva de respuesta adaptativa al estrés, asociada con niveles moderados de activación que favorecen el rendimiento óptimo del individuo en sus actividades cotidianas. (79)
- **Distrés.** Manifestación negativa del estrés caracterizada por niveles elevados de activación subjetiva que deterioran el desempeño y comprometen el bienestar integral del individuo. (79)
- **Eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal.** Sistema neuroendocrino que regula la respuesta orgánica ante situaciones estresantes, cuya activación prolongada genera consecuencias adversas para la salud mental y física. (37)

Capítulo II: Materiales y método

2.1. Métodos, tipo y alcance de la investigación

2.1.1. Método de la investigación

El presente estudio se desarrolló mediante el método analítico, el cual permitió examinar mediante un procedimiento lógico que posibilita descomponer un todo en sus partes y cualidades, en sus múltiples relaciones, propiedades y componentes. Permite estudiar el comportamiento de cada parte (103). Este método posibilita identificar patrones, establecer relaciones entre variables y generar explicaciones fundamentadas a partir del análisis riguroso de los datos, contribuyendo a la interpretación objetiva y lógica de los resultados obtenidos en el proceso de investigación. (104)

2.1.2. Tipo de investigación

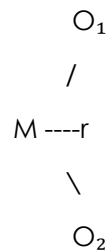
La investigación fue de tipo básica, debido a que se encuentra enfocada a ampliar los conocimientos a través de la comprensión de los aspectos fundamentales de los fenómenos y de los hechos observables (104). Este tipo metodológico resultó pertinente porque permitió identificar cómo las afecciones psicológicas impactan en la adherencia terapéutica, generando información práctica que puede ser utilizada por los profesionales de salud del centro de salud de Chilca para diseñar futuras estrategias de intervención dirigidas a mejorar el cumplimiento farmacológico en pacientes con enfermedades no transmisibles durante el periodo 2025.

2.1.3. Alcance de la investigación

La presente investigación tuvo un alcance descriptivo y explicativo, en tanto permitió, inicialmente, caracterizar las afecciones psicológicas y la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades no transmisibles, para posteriormente analizar y explicar la asociación existente entre ambas variables. Este alcance posibilitó una comprensión integral del fenómeno estudiado, aportando evidencia empírica relevante sobre su comportamiento en el contexto sanitario delimitado (105). Este alcance fue empleado porque facilitó determinar si las afecciones psicológicas se relacionan significativamente con la adherencia terapéutica de manera estadísticamente demostrable con prueba de chi cuadrado, a fin de describir el estado de cada variable y explicar su asociación.

2.2. Diseño de la investigación

El diseño fue no experimental, pues se centró en examinar meticulosamente las circunstancias clínicas en su contexto sanitario natural sin manipular intencionalmente las variables analizadas ni alterar condiciones existentes, registrando situaciones reales para posteriormente evaluarlas mediante técnicas estadísticas pertinentes que permitan formular conclusiones válidas respecto al comportamiento auténtico de los constructos investigados (106). Se utilizó porque posibilitó observar genuinamente el comportamiento de las afecciones psicológicas y la adherencia terapéutica sin interferir artificialmente en los procesos de atención cotidianos de los pacientes participantes, esto bajo el siguiente esquema:



Donde:

M = Muestra (180 pacientes con ENT del C.S. Chilca)

O₁ = Observación de afecciones psicológicas (DASS-21)

O₂ = Observación de adherencia terapéutica (MMAS-4)

r = Relación/asociación entre variables

Fue también prospectivo, pues contempla la recolección sistemática de datos originales planificada hacia adelante en el tiempo (107). Se implementó porque facilitó obtener información actualizada y confiable sobre las afecciones psicológicas y la adherencia terapéutica durante su manifestación temporal real en el año 2025. Así como contar con un corte transversal, a partir de ser una investigación observacional, mediante recopilación sistemática de información durante un periodo temporal definido específicamente en el año 2025 (105). Se aplicó porque permitió recolectar datos sobre afecciones psicológicas y adherencia terapéutica durante el año 2025 de manera efectiva, eficiente y representativa del momento sanitario actual.

2.3. Población y muestra

2.3.1. Población

La población representa la totalidad de sujetos que comparten características particulares homogéneas relacionadas directamente con la problemática examinada, conformando el conjunto completo de unidades analíticas delimitadas sobre las cuales se pretende realizar inferencias estadísticas válidas y generalizar hallazgos obtenidos mediante procedimientos científicos rigurosos (108). La población fue tomada del Centro de Salud de Chilca, que pertenece a la Red Valle del Mantaro. Es un establecimiento de categoría I-4 y su población está constituida por personas del área urbana y rural. Se consideró una población de 335 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II y/o hipertensión arterial, que llevan sus controles en el Programa de Enfermedades No Transmisibles del Centro de Salud de Chilca y que hayan tenido un mínimo de dos visitas de control durante el año 2025.

2.3.2. Muestra

La muestra constituye una porción representativa seleccionada estratégicamente del conjunto poblacional mediante técnicas estadísticas apropiadas con fórmula para poblaciones finitas, garantizando que las características fundamentales del universo poblacional se mantengan proporcionalmente en proporciones adecuadas para realizar estudios válidos y confiables que produzcan conclusiones científicamente extrapolables (109). La muestra de pacientes no se tomó del flujo anual total de atenciones del centro de salud, sino de la población conformada por pacientes que registraron un mínimo de dos controles en el programa de enfermedades no transmisibles durante el año 2025. Este criterio permitió incluir a pacientes con seguimiento activo por parte del programa, reduciendo la inclusión de casos esporádicos. La muestra fue de 180 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II y/o hipertensión arterial, dato calculado mediante la fórmula para poblaciones finitas con nivel de confianza del 95 %, margen de error del 5 % y proporción esperada del 50 %, aplicando la siguiente ecuación:

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

Donde:

- N = 335 (población total)

- $Z = 1.96$ (valor crítico para 95 % de confianza)
- $p = 0.50$ (proporción esperada)
- $q = 0.50$ (complemento de p)
- $e = 0.05$ (margen de error)

$$n = \frac{335 \times (1.96)^2 \times 0.50 \times 0.50}{(0.05)^2 \times (335 - 1) + (1.96)^2 \times 0.50 \times 0.50}$$

$$n = \frac{335 \times 3.8416 \times 0.25}{0.0025 \times 334 + 3.8416 \times 0.25}$$

$$n = \frac{321.98}{0.835 + 0.9604} = \frac{321.98}{1.7954} = 179.33 \approx 180$$

Se utilizó el muestreo aleatorio simple, que implica la selección de unidades muestrales donde cada elemento de la población tiene igual probabilidad de ser incluido en el estudio, garantizando representatividad estadística y minimizando sesgos de selección mediante procedimientos aleatorios rigurosos (110). Se implementó porque permitió obtener una muestra representativa de pacientes que asisten al programa de enfermedades no transmisibles durante el 2025, asignando a cada participante potencial un número único y seleccionando aleatoriamente mediante tabla de números aleatorios hasta completar el tamaño muestral requerido, garantizando así la validez externa de los resultados y la posibilidad de generalización a la población objetivo.

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de DM II y/o HTA con tratamiento actual.
- Pacientes con DM II y/o HTA mayores de 18 años.
- Pacientes que tengan dos o más controles en el programa de ENT del Centro de Salud de Chilca durante el 2025.
- Pacientes con DM II y/o HTA que firmaron o colocaron huella digital en el consentimiento informado,

Criterios de exclusión

- Pacientes con DM II y/o HTA menores de 18 años.
- Pacientes con DM II y/o HTA embarazadas o puérperas.
- Pacientes con diagnóstico previo de trastornos psiquiátricos.
- Pacientes con DM II y/o HTA sin tratamiento actual.

- Pacientes que realizan seguimiento de su enfermedad en otro establecimiento de salud.
- Pacientes que no otorguen su consentimiento informado de manera libre y voluntaria.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

2.4.1. Técnicas

La encuesta constituye una técnica de recopilación cuantitativa estructurada que posibilita conseguir información sistematizada mediante instrumentos estandarizados validados, facilitando la medición exacta de percepciones subjetivas, estados emocionales y conductas observables de grupos específicos delimitados a través de métodos metodológicos estrictamente rigurosos (111). Se empleó porque permitió recopilar datos estandarizados sobre afecciones psicológicas y adherencia terapéutica de manera eficaz, sistemática y comparable entre todos los participantes, garantizando homogeneidad en condiciones de aplicación.

2.4.2. Instrumentos

Instrumento 1: Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21)

El cuestionario representa un instrumento de obtención estructurado conformado por interrogantes organizadas metódicamente que permiten operacionalizar constructos teóricos abstractos en indicadores empíricos cuantificables objetivamente, asegurando la consecución de información homogénea y comparable entre participantes mediante escalas pertinentes (112). Se utilizó la DASS-21 desarrollada originalmente por Lovibond y Lovibond (1995) en Australia y validada en población peruana por Cirilo et al. (2025), compuesta por 21 ítems distribuidos en tres dimensiones: depresión con 7 ítems, ansiedad con 7 ítems y estrés con 7 ítems, utilizando escala Likert de cuatro alternativas desde cero hasta tres puntos. (113)

Es importante resaltar que la escala DASS-21, que, si bien evalúa los estados emocionales experimentados durante la última semana, este periodo temporal no debe interpretarse como la medición de estados de ánimo transitorios, sino como una valoración clínica del malestar psicológico actual, el cual tiende a reflejar la intensidad de síntomas persistentes de ansiedad, depresión y estrés (114, 115). Asimismo, dentro de la evaluación psicológica, los instrumentos con marcos temporales breves permiten la identificación con alta sensibilidad de la presencia

de sintomatología clínica significativa, lo cual impacta en el funcionamiento cotidiano y en la conducta de salud de los individuos. (116)

Propiedades psicométricas DASS-21: la validez fue por medio de una validez de contenido de alta calidad, así como una validez de estructura bifactorial para la consistencia interna, también validez de constructo mediante análisis factorial comprendió el procedimiento de evaluación de estructura interna instrumental mediante técnicas estadísticas multivariadas que examinan agrupación de reactivos, coherencia teórica y pertinencia dimensional, asegurando que el instrumento evalúe adecuadamente los constructos teóricos establecidos para la investigación (117). Cirilo et al. reportaron evidencias de validez de estructura interna mediante análisis factorial confirmatorio, identificando tres factores relacionados con índices de bondad de ajuste adecuados, demostrando estructura factorial robusta para población peruana (113). La confiabilidad mediante alfa de Cronbach constituyó un coeficiente estadístico que cuantifica la consistencia interna del instrumento mediante la correlación entre reactivos, determinando la precisión y estabilidad de las mediciones conseguidas en poblaciones específicas (118). Los coeficientes reportados evidenciaron consistencia interna adecuada para medición confiable de los constructos depresión, ansiedad y estrés.

Instrumento 2: Cuestionario de adherencia de Morisky-Green (MMAS-4)

Se utilizó el MMAS-4 desarrollado originalmente por Morisky, Green y Levine (1986) en Estados Unidos, instrumento ampliamente utilizado en contextos clínicos para evaluar cumplimiento farmacológico, compuesto por 4 ítems que evalúan conductas de adherencia terapéutica mediante formato de respuesta dicotómico Sí/No. (119)

Propiedades psicométricas MMAS-4: la validez de este instrumento se demostró en múltiples estudios internacionales y nacionales, evidenciando capacidad para discriminar entre pacientes adherentes y no adherentes mediante sensibilidad del 81 % y especificidad del 44 % según estudios originales. La confiabilidad se demostró mediante coeficiente alfa de Cronbach de .61 y valor predictivo positivo del 91,6 % (119), confirmando adecuadas propiedades psicométricas para evaluar adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.

2.4.3. Recopilación y manejo de datos

El proceso investigativo se estructuró mediante coordinación inicial formal con autoridades del centro de salud de Chilca para obtener autorizaciones institucionales por escrito, seguido de la identificación sistemática de participantes elegibles según criterios de inclusión y exclusión establecidos previamente. Se presentó el protocolo de investigación ante el comité de ética institucional universitario para obtener aprobación formal que garantizó cumplimiento de principios éticos en investigación con seres humanos. Posteriormente, se procedió con la aplicación presencial de instrumentos en condiciones ambientales estandarizadas dentro de instalaciones del establecimiento de salud, garantizando comprensión clara de instrucciones verbales y escritas, privacidad durante la aplicación y confidencialidad absoluta de respuestas individuales mediante consentimiento informado firmado previamente a cada aplicación. Los participantes recibieron explicación detallada sobre objetivos investigativos, procedimientos metodológicos, beneficios potenciales, riesgos mínimos involucrados, garantías de anonimato y derecho de retiro voluntario sin consecuencias negativas. La recolección de datos se realizó en horarios de atención acordados institucionalmente, con tiempo promedio de completamiento de 15 minutos por participante. Finalmente, los datos obtenidos se codificaron numéricamente, se ingresaron a matriz electrónica verificando calidad mediante procedimientos de limpieza de datos y se procedió con análisis estadísticos descriptivos e inferenciales planificados.

2.4.4. Análisis de datos

El proceso analítico se estructuró mediante la organización sistemática de datos en hojas de cálculo Microsoft Excel versión 2021, ejecutando una clasificación rigurosa y consolidación meticulosa de respuestas obtenidas para optimizar su interpretación estadística posterior verificando valores perdidos y atípicos; posteriormente el tratamiento estadístico se efectuó empleando el software SPSS versión 27 para desarrollar análisis descriptivos mediante cálculo de frecuencias absolutas y relativas porcentuales, medidas de tendencia central como media aritmética y mediana, medidas de dispersión como desviación estándar, y análisis inferenciales requeridos para prueba de hipótesis, presentando hallazgos mediante tablas estadísticas y gráficos de frecuencias que sintetizaron distribuciones de respuestas.

2.5. Herramientas estadísticas

El análisis estadístico descriptivo permitió caracterizar las variables mediante distribución de frecuencias absolutas y porcentuales para los niveles de depresión, ansiedad, estrés y adherencia terapéutica según los puntos de corte establecidos para cada instrumento. El examen inferencial aplicó la prueba chi cuadrado (χ^2) como estadístico apropiado para establecer la asociación entre variables cualitativas categóricas, considerando que tanto las afecciones psicológicas categorizadas en niveles como la adherencia terapéutica dicotómica corresponden a escalas nominales y ordinales, con nivel de significancia estadística bilateral $\alpha=.05$ para contraste de hipótesis nula. Se utilizó el software estadístico SPSS versión 27 para el procesamiento integral de los datos recolectados.

2.6. Consideraciones éticas

El desarrollo del estudio se condujo bajo principios éticos fundamentales establecidos internacionalmente, asegurando la integridad científica del proceso investigativo y la protección integral de los derechos de los participantes. Según Solís et al. (120), una investigación ética se sustenta en cuatro principios rectores principales: beneficencia, que busca maximizar los beneficios; no maleficencia, que evita causar daño; autonomía, que respeta las decisiones libres; y justicia, que garantiza la equidad. La beneficencia se cumplió mediante la generación de conocimiento científicamente útil para los participantes y para establecimientos de salud similares, sin prometer beneficios directos inmediatos que pudieran coaccionar la participación voluntaria, mientras que la no maleficencia garantizó que ningún procedimiento investigativo causara perjuicio físico, psicológico, social o laboral a los involucrados, mediante la protección de la identidad con codificación anónima.

Por otro lado, el respeto a la autonomía se evidenció mediante la obtención de consentimientos informados firmados, en los que se reconoció explícitamente la participación voluntaria, sin coerción, informando detalladamente sobre los propósitos investigativos y el derecho de retiro sin consecuencias negativas. Asimismo, la confidencialidad protegió rigurosamente la identidad de los participantes mediante el almacenamiento seguro de la información en archivos encriptados, con acceso restringido exclusivamente al equipo investigador. Finalmente, el principio de justicia aseguró la distribución equitativa de los beneficios entre todos los pacientes del programa de

enfermedades no transmisibles, sin discriminación por factores socioeconómicos, género, edad o cualquier otra característica personal que vulnere derechos fundamentales.

El proyecto fue sometido a la aprobación del Comité Institucional de Ética de la Universidad Continental, previa a su ejecución, rigiéndose por los principios y lineamientos de la Declaración de Helsinki. Asimismo, se obtuvo el permiso correspondiente por parte del Centro de Salud de Chilca para la ejecución del presente proyecto de investigación.

Capítulo III:

Resultados

3.1. Análisis descriptivo

El presente capítulo expone los hallazgos obtenidos mediante la aplicación de instrumentos de recolección de datos a 180 pacientes con enfermedades no transmisibles atendidos en un Centro de Salud de Chilca durante el año 2025.

Tabla 1

Prevalencia de afecciones psicológicas en pacientes con ENT

Afección	Normal		Leve		Moderado		Severo		Ext. Severo	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Depresión	112	62,2	19	10,6	32	17,8	2	1,1	15	8,3
Ansiedad	80	44,4	23	12,8	22	12,2	7	3,9	48	26,7
Estrés	100	55,6	37	20,6	15	8,3	28	15,6	—	—

Nota. Elaboración propia.

Los hallazgos revelan que la ansiedad constituye la afección psicológica predominante en la muestra estudiada, evidenciándose una polarización significativa entre la ausencia de sintomatología (44,4 %) y las manifestaciones extremadamente severas (26,7 %), lo cual representa la proporción más elevada de casos críticos entre las tres condiciones evaluadas. Respecto al estrés, destaca la presencia de severidad marcada en el 15,6 % de los participantes, mientras que la depresión exhibe un comportamiento relativamente más favorable, con predominio de la normalidad (62,2 %), aunque el 37,8 % manifiesta algún grado de sintomatología depresiva.

Tabla 2

Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con ENT

Válido	Frecuencia		Porcentaje	
	Buena adherencia	Mala adherencia	Total	Total
	90	90	180	100.0

Nota. Elaboración propia.

Los resultados revelan una distribución equitativa entre ambas categorías, donde el 50 % de los participantes presenta buena adherencia terapéutica, mientras que el otro 50 % presenta mala adherencia al tratamiento farmacológico prescrito.

3.2. Análisis inferencial

Tabla 3

Niveles de ansiedad y *adherencia terapéutica*

		Adherencia terapéutica		Total
		Buena adherencia	Mala adherencia	
Ansiedad	Normal	55	25	80
		68,8 %	31,3 %	100,0 %
	Leve	4	19	23
		17,4 %	82,6 %	100,0 %
	Moderado	6	16	22
		27,3 %	72,7 %	100,0 %
	Severo	1	6	7
		14,3 %	85,7 %	100,0 %
	Extremadamente severo	24	24	48
		50,0 %	50,0 %	100,0 %
	Total	90	90	180
		50,0 %	50,0 %	100,0 %

Nota. Información procesada por la investigadora mediante software estadístico.

La tabla revela asociación inversa progresiva entre intensidad de sintomatología ansiosa y cumplimiento terapéutico, evidenciando que conforme incrementa la severidad ansiosa desde niveles leves hasta severos, la mala adherencia aumenta consistentemente desde 82,6 % hasta alcanzar 85,7, además, la ansiedad extremadamente severa exhibe distribución equitativa 50,0 % entre buena y mala adherencia, sugiriendo posible efecto paradójico donde la severidad crítica podría movilizar mecanismos compensatorios o intervenciones terapéuticas intensificadas que mitigan parcialmente el deterioro del cumplimiento farmacológico.

Tabla 4*Ansiedad y adherencia terapéutica*

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	29,149 ^a	4	0.000
Razón de verosimilitud	30.840	4	0.000
Asociación lineal por lineal	4.909	1	0.027
N de casos válidos	180		

a. 2 casillas (20,0 %) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,50.

La tabla 4 exhibe el análisis estadístico inferencial donde el chi-cuadrado de Pearson obtiene un valor de 29,149 con cuatro grados de libertad y una significación asintótica bilateral de 0,000 que se posiciona por debajo del umbral crítico establecido en 0,05.

Tabla 5*Niveles de depresión y adherencia terapéutica*

		Adherencia terapéutica		Total
		Buena adherencia	Mala adherencia	
Depresión	Normal	66	46	112
		58,9 %	41,1 %	100,0 %
	Leve	8	11	19
		42,1 %	57,9 %	100,0 %
	Moderado	10	22	32
		31,3 %	68,8 %	100,0 %
	Severo	0	2	2
		0,0 %	100,0 %	100,0 %
	Extremadamente severo	6	9	15
		40,0 %	60,0 %	100,0 %
Total		90	90	180
		50,0 %	50,0 %	100,0 %

Nota. Información procesada por la investigadora mediante software estadístico.

La tabla evidencia relación inversa entre sintomatología depresiva y adherencia terapéutica, observándose deterioro progresivo del cumplimiento farmacológico conforme aumenta la intensidad depresiva desde niveles normales hasta moderados, donde el incumplimiento alcanza 68,8 %. Sin embargo, la totalidad de pacientes con depresión severa 100 % exhiben mala adherencia,

confirmando el impacto devastador de esta severidad sobre el seguimiento terapéutico. Adicional a ello, la depresión extremadamente severa muestra patrón atípico con reducción relativa del incumplimiento a 60,0 %, sugiriendo posible intervención de factores protectores externos como soporte familiar intensificado, supervisión médica estrecha o institucionalización parcial que compensarían la disfuncionalidad inherente a este nivel crítico de afectación psicopatológica.

Tabla 6
Asociación entre depresión y adherencia terapéutica

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,145 ^a	4	0.025
Razón de verosimilitud	12.055	4	0.017
Asociación lineal por lineal	7.150	1	0.007
N de casos válidos	180		

a. 2 casillas (20,0 %) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,00.

La tabla 6 exhibe el análisis estadístico inferencial donde el chi-cuadrado de Pearson obtiene un valor de 11,145 con cuatro grados de libertad y una significación asintótica bilateral de 0,025 que se posiciona por debajo del umbral crítico establecido en 0,05.

Tabla 7
Niveles de estrés y adherencia terapéutica

		Adherencia terapéutica		Total
		Buena adherencia	Mala adherencia	
Estrés	Normal	56	44	100
		56,0 %	44,0 %	100,0 %
	Leve	17	20	37
		45,9 %	54,1 %	100,0 %
	Moderado	3	12	15
		20,0 %	80,0 %	100,0 %
	Severo	14	14	28
		50,0 %	50,0 %	100,0 %
Total		90	90	180
		50,0 %	50,0 %	100,0 %

Nota. Información procesada por la investigadora mediante software estadístico.

La tabla revela que el estrés moderado constituye el nivel de mayor impacto negativo sobre la adherencia terapéutica, registrando la proporción más elevada de incumplimiento (80,0 %) entre todas las categorías analizadas, lo cual sugiere que esta intensidad específica representa un punto crítico de vulnerabilidad para el seguimiento farmacológico. Además, el estrés severo exhibe una distribución equitativa (50,0 %) entre buena y mala adherencia, contrastando marcadamente con el nivel moderado precedente y sugiriendo la posible activación de mecanismos adaptativos o una búsqueda intensificada de soporte sanitario ante la percepción subjetiva de gravedad extrema.

Adicionalmente, los pacientes sin afectación por estrés presentan un incumplimiento considerable (44,0 %), lo que indica que esta variable psicológica, aunque relevante, no constituye el único determinante del comportamiento adherente en la población estudiada.

Tabla 8
Asociación entre estrés y adherencia terapéutica

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,083 ^a	3	0.069
Razón de verosimilitud	7.469	3	0.058
Asociación lineal por lineal	1.973	1	0.160
N de casos válidos	180		

a. 0 casillas (0,0 %) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7,50.

La tabla 8 exhibe el análisis estadístico inferencial donde el chi-cuadrado de Pearson obtiene un valor de 7,083 con tres grados de libertad y una significación asintótica bilateral de 0,069 que se posiciona por encima del umbral crítico establecido en 0,05.

Capítulo IV:

Discusión

Fundamentados en los hallazgos obtenidos respecto a la vinculación entre las afecciones psicológicas y el cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades no transmisibles atendidos en un establecimiento sanitario de Huancayo durante el periodo 2025, resulta imprescindible profundizar en el análisis e interpretación de los descubrimientos identificados mediante esta investigación cuantitativa correlacional. La presente discusión tuvo como propósito examinar exhaustivamente la información recopilada a través de los instrumentos aplicados, estableciendo conexiones pertinentes con los fundamentos teóricos contemporáneos, además de contrastar nuestros resultados con investigaciones previas desarrolladas tanto en el ámbito nacional como internacional sobre estas variables trascendentales para la salud pública. Este análisis detallado nos permitió comprender la dinámica existente entre la sintomatología psicológica manifestada por depresión, ansiedad y estrés con el seguimiento farmacológico en pacientes crónicos, considerando las particularidades del contexto sanitario local mientras desarrollamos interpretaciones significativas que enriquezcan el conocimiento actual sobre esta problemática, proporcionando así orientaciones valiosas para fortalecer las estrategias de intervención integral en beneficio de toda la población atendida.

El objetivo general determinó la existencia de asociación significativa entre las afecciones psicológicas y la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades no transmisibles, hallazgos que coinciden con lo reportado por Sharma y Chandrakar (9) en India quienes concluyeron que existe vinculación inversa significativa entre los trastornos de salud mental y el cumplimiento médico en personas con diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares donde el 35% presentó sintomatología depresiva y el 30% manifestó cuadros ansiosos. De manera similar, Malaeb et al. (11) en Líbano encontraron que el 50,2% de pacientes con patologías crónicas presentó baja adherencia, estableciendo que la depresión se asoció significativamente con menor cumplimiento ($\beta=1,351$; $p=0,009$). La perspectiva biopsicosocial en salud sustenta estos resultados al reconocer que las intervenciones dirigidas a modificar conductas adherentes alcanzan mayor efectividad cuando abordan simultáneamente factores psicológicos, cognitivos y actitudinales; por tal motivo, nuestros hallazgos confirman que el bienestar emocional constituye un determinante fundamental

del cumplimiento terapéutico en poblaciones con enfermedades crónicas no transmisibles.

El primer objetivo específico determinó la existencia de asociación estadísticamente significativa entre ansiedad y adherencia terapéutica ($p=0.000$; $\chi^2=29.149$) evidenciando que el 85,7 % de pacientes con ansiedad severa presenta mala adherencia mientras que el 68,8 % de quienes muestran niveles normales exhibe buen cumplimiento farmacológico, resultados que concuerdan con Salazar et al. (12) en India quienes establecieron que el estigma internalizado y los trastornos ansiosos incrementan significativamente la probabilidad de incumplimiento terapéutico ($OR=1.46$) en pacientes con enfermedades no transmisibles ($OR=1,46$; IC 95 %: 1,07-2,00; $p<0,05$). Igualmente, estos hallazgos se alinean con la investigación en la India (9), donde el 35 % presentó sintomatología depresiva con puntuación media de 12 puntos, mientras el 30 % evidenció trastornos ansiosos con puntaje promedio de 14; además, el 18 % manifestó comorbilidad de ambas condiciones. Se confirma que la sintomatología ansiosa constituye un factor determinante que afecta negativamente el seguimiento del régimen terapéutico prescrito en poblaciones con patologías crónicas.

El segundo objetivo específico estableció la existencia de asociación estadísticamente significativa entre depresión y adherencia terapéutica ($p=0.025$; $\chi^2=11.145$) demostrando que el 100 % de pacientes con depresión severa presenta mala adherencia mientras que el 58,9 % de quienes exhiben niveles normales muestra buen cumplimiento farmacológico, hallazgos que coinciden con Brimavandi et al. (12) en Irán quienes determinaron que el 26 % de las variaciones en el cumplimiento terapéutico fueron atribuibles a la depresión ($\beta=-1.32$) en adultos mayores con enfermedad cardiovascular. De manera análoga, Jonis et al. (17) en Lima encontraron que los síntomas depresivos incrementaron el riesgo de incumplimiento terapéutico ($RR=2.09$) en pacientes con tuberculosis sensible, donde el 53,6 % presentó depresión y el 42,5 % mostró mala adherencia. El modelo autorregulatorio de Leventhal fundamenta estos resultados al plantear que la representación cognitiva y emocional construida sobre la enfermedad determina significativamente las conductas de autocuidado; en consecuencia, se ratifica que la sintomatología depresiva impacta desfavorablemente en el seguimiento del tratamiento prescrito (100).

El tercer objetivo específico evidenció la inexistencia de asociación estadísticamente significativa entre estrés y adherencia terapéutica ($p=0.069$;

$\chi^2=7.083$) aunque descriptivamente el 80 % de pacientes con estrés moderado presenta mala adherencia mientras que el 56 % de quienes exhiben niveles normales muestra buen cumplimiento farmacológico, resultados que difieren de lo reportado por Changllo et al. (15) en Tacna donde se estableció asociación significativa ($p=0.006$) entre disfunción familiar y adherencia terapéutica en pacientes con trastornos ansiosos y depresivos. Esta discrepancia podría explicarse considerando que Choctaya y Carcelén (16) en Lima identificaron que las barreras de acceso constituyen factores más determinantes que el estrés per se para el incumplimiento farmacológico con correlación de -0.310. La teoría que diferencia entre eustrés y distrés permite interpretar estos hallazgos al reconocer que niveles moderados de tensión pueden generar respuestas adaptativas variables según características individuales; no obstante, aunque la asociación no alcanzó significancia estadística, los porcentajes descriptivos sugieren tendencias que ameritan investigaciones futuras con muestras más amplias. (77)

Conclusiones

1. Se ha determinada que existe asociación significativa entre las afecciones psicológicas y la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades no transmisibles (ansiedad: $\chi^2=29.149$, $p=0.000$; depresión: $\chi^2=11.145$, $p=0.025$), confirmando que el bienestar emocional constituye un determinante del cumplimiento farmacológico en esta población.
2. Se ha comprobado asociación estadísticamente significativa entre depresión y adherencia terapéutica ($\chi^2=11.145$, $p=0.025$), donde el 100 % de pacientes con depresión severa presenta mala adherencia, demostrando que la sintomatología depresiva impacta negativamente el cumplimiento farmacológico.
3. Se ha establecido asociación estadísticamente significativa entre ansiedad y adherencia terapéutica ($\chi^2=29.149$, $p=0.000$), evidenciando que el 85,7 % de pacientes con ansiedad severa presenta mala adherencia, confirmando que la sintomatología ansiosa constituye un factor determinante del incumplimiento terapéutico.
4. Se ha determinado que no existe asociación estadísticamente significativa entre estrés y adherencia terapéutica ($\chi^2=7.083$, $p=0.069$), aunque descriptivamente el 80 % de pacientes con estrés moderado presenta mala adherencia, sugiriendo que esta variable requiere análisis adicionales con muestras más amplias.

Recomendaciones

Se recomienda a las autoridades del establecimiento de salud implementar programas de atención integral que incorporen evaluación sistemática del estado emocional mediante articulación entre servicios de medicina y salud mental, garantizando abordajes multidisciplinarios que consideren simultáneamente aspectos físicos y psicológicos para favorecer el cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades no transmisibles.

Se sugiere establecer protocolos de detección temprana y tratamiento oportuno de sintomatología depresiva mediante articulación entre atención primaria y servicios especializados de salud mental, garantizando intervenciones psicoterapéuticas y farmacológicas que aborden manifestaciones depresivas e incrementen adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.

Se recomienda implementar intervenciones psicológicas focalizadas en el manejo de ansiedad, incorporando técnicas cognitivo-conductuales y estrategias de relajación dentro del programa de atención integral, permitiendo reducir manifestaciones emocionales adversas y mejorar índices de adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades no transmisibles.

Se sugiere desarrollar investigaciones futuras con diseños longitudinales y muestras más amplias que profundicen en la relación entre estrés y adherencia terapéutica, considerando variables mediadoras como estrategias de afrontamiento y apoyo social, posibilitando una comprensión más completa de mecanismos mediante los cuales la tensión emocional influye en conductas de cumplimiento farmacológico.

Referencias bibliográficas

1. Rivers AS, Sanford K. Social relationships and stress predict treatment adherence perceptions in adults with hypertension and type 2 diabetes. *Psychol Health*. 2022; 37(12):1517–1534. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/08870446.2022.2070620>
2. Farah C, Rim M, Chourouk F, Mariam A, Fatma G, Meziou E, et al. Assessment of depression and anxiety in Tunisian patients with chronic diseases: impact on quality of life and medication adherence. *Front Psychiatry* [Internet]. 29 de octubre de 2025 [citado 10 de diciembre de 2025];16:1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1677506>
3. Errazuriz A, Avello D, Passi A, Torres R, Bacigalupo F, Crossley N, et al. Prevalence of anxiety disorders in Latin America: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Regional Health - Americas* [Internet]. mayo de 2025 [citado 10 de diciembre de 2025];45:1-21. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2025.101057>
4. Viscardi L, Rosa V, Vilanova F, Grevet E, Dotto-Bau C, Rodríguez MI, et al. The association between personal stigma and adherence to treatment in patients diagnosed with bipolar mood disorder, attention deficit/hyperactivity disorder and schizophrenia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* [Internet]. 26 de marzo de 2024 [citado 10 de diciembre de 2025];29(1):71-81. Disponible en: <https://doi.org/10.5944/rppc.37815>
5. Zeñas G, Vera V. Factors Associated with Depression Symptoms in the Peruvian Population: Analysis of a National Health Survey. *European Journal of Mental Health* [Internet]. 25 de marzo de 2024 [citado 10 de diciembre de 2025];19:1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.5708/EJMH.19.2024.0017>
6. Vilcamango J, Gil M, Valladares M. Factores asociados a la adherencia terapéutica en diabéticos atendidos en dos hospitales peruanos. *Revista Cubana de Medicina Militar* [Internet]. 2021 [citado 10 de diciembre de 2025];50(2):1-13. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572021000200005
7. Galán Y, Sifuentes V, Margoth C. Factores asociados a la adherencia al tratamiento de quimioterapia en pacientes con cáncer en un hospital de

- Lima 2024. LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades [Internet]. 6 de diciembre de 2024 [citado 10 de diciembre de 2025];5(6):1535-51. Disponible en: <https://doi.org/10.56712/latam.v5i6.3104>
8. León F, Barreto D, Altamirano L, Loayza B, Farfán J. Health status evaluation of type 2 diabetes patients from two hospitals of northern Peru. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*. 14 de diciembre de 2021;14(3):330-6.
 9. Sharma P, Chandrakar K. Exploring the relationship between mental health disorders and medical compliance in patients with chronic diseases. *J Neonatal Surg* [Internet]. 2025 [citado 10 de diciembre de 2025];14(1):388-92. Disponible en: <https://www.jneonatalurg.com/index.php/jns/article/download/1553/1538/10671#:~:text=It%20has%20been%20shown%20that,a%20lower%20quality%20of%20life.>
 10. Salazar L, Srinivasan K, Heylen E, Ekstrand M. Medication Adherence among Primary Care Patients with Common Mental Disorders and Chronic Medical Conditions in Rural India. *Indian J Psychol Med* [Internet]. 30 de noviembre de 2023 [citado 10 de diciembre de 2025];45(6):622-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/02537176231173869>
 11. Malaeb D, Sacre H, Mansour S, Haddad C, Sarray El Dine A, Fleihan T, et al. Assessment of medication adherence among Lebanese adult patients with non-communicable diseases during COVID-19 lockdown: a cross-sectional study. *Front Public Health* [Internet]. 21 de junio de 2023 [citado 10 de diciembre de 2025];11:1-7. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1145016>
 12. Brimavandi M, Abbasi P, Khaledi B, Salari N. Examining the relationship between depression and medication adherence among elderlies suffering from cardiovascular disease referring to the clinics affiliated with Kermanshah University of Medical Sciences: A cross-sectional study. *Health Sci Rep* [Internet]. 17 de agosto de 2023 [citado 10 de diciembre de 2025];6(8):1-16. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/hsr2.1503>
 13. Alharbi S, Alhofaian A, Alaamri MM. Correlation between Illness Perception and Medication Adherence among Adult Patients with Type 2 Diabetes

- Mellitus in Saudi Arabia. Saudi J Med Med Sci [Internet]. julio de 2024 [citado 10 de diciembre de 2025];12(3):244-51. Disponible en: https://doi.org/10.4103/sjmms.sjmms_511_23
14. Carazas M. Relación entre psicoeducación y adherencia al tratamiento en adultos con depresión en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, 2018-2023. Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 31 de diciembre de 2024 [citado 10 de diciembre de 2025];87(4):333-45. Disponible en: <https://doi.org/10.20453/rnp.v87i4.5093>
 15. Changllo J, Rojas C, Arana L, Berrios Y, Miranda L. La familia como aliado terapéutico: un estudio sobre la relación entre funcionalidad familiar y adherencia a la farmacoterapia en la salud mental. Revista Médica Hospital Hipólito Unanue de Tacna [Internet]. 2025 [citado 10 de diciembre de 2025];18(1):5-10. Disponible en: <https://revista.hospitaltacna.gob.pe/index.php/rmhut/article/view/74>
 16. Choctaya G, Carcelén C. Barreras de acceso en salud mental y adherencia al tratamiento antidepresivo en un Centro Comunitario de Lima-Perú. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2025 [citado 10 de diciembre de 2025];51:1-20. Disponible en: <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/26692>
 17. Jonis M, Guzmán R, Llanos F. Síntomas depresivos, riesgo de abandono y mala adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis sensible en un centro de salud de Lima, 2016-2020. Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 2 de febrero de 2022 [citado 10 de diciembre de 2025];84(4):297-303. Disponible en: <https://doi.org/10.20453/rnp.v84i4.4135>
 18. Calizaya J, Carmen Franco-Franco, Lady Concha-Díaz, Claudia Patricia Cárdenas-Ticona, James Ojeda-Portugal, Ariosto Carita-Choquechua, et al. Prevalence of depression, anxiety, and stress in Peruvian adults and older adults. Environment and Social Psychology [Internet]. 16 de agosto de 2025 [citado 10 de diciembre de 2025];10(8):1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.59429/esp.v10i8.3939>
 19. Kusi K, Kumi J, Agbemelo C, de Souza D, Ofori M, Yeboah D. Seventh Annual Research Meeting of the Noguchi Memorial Institute for Medical Research: Non-Communicable Diseases. Ghana Med J. 21 de agosto de 2024;58(2):13-5.

20. Caprara G. Mediterranean-Type Dietary Pattern and Physical Activity: The Winning Combination to Counteract the Rising Burden of Non-Communicable Diseases (NCDs). *Nutrients*. 28 de enero de 2021;13(2):1-36.
21. Alemu R, Sharew N, Arsano Y, Ahmed M, Tekola F, Mersha T, et al. Multi-omics approaches for understanding gene-environment interactions in noncommunicable diseases: techniques, translation, and equity issues. *Hum Genomics*. 31 de enero de 2025;19(1):1-27.
22. Skýbová D, Šlachtová H, Tomášková H, Dalecká A, Maďar R. Risk of chronic diseases limiting longevity and healthy aging by lifestyle and socio-economic factors during the life-course – a narrative review. *Med Pr*. 19 de noviembre de 2021;72(5):535-48.
23. Zenu S, Abebe E, Dessie Y, Debalke R, Berkessa T, Reshad M. Co-occurrence of Behavioral Risk Factors of Non-communicable Diseases and Social Determinants among Adults in Urban Centers of Southwestern Ethiopia in 2020: A Community-Based Cross-Sectional Study. *J Multidiscip Healthc*. junio de 2021;14:1561-70.
24. Tolonen H, Reinikainen J, Zhou Z, Härkänen T, Männistö S, Jousilahti P, et al. Development of non-communicable disease risk factors in Finland: projections up to 2040. *Scand J Public Health*. 26 de diciembre de 2023;51(8):1231-8.
25. Malta D, Gomes A, Saar C, Rizzato S, Moura M, Monteiro L, et al. Monitoramento das metas dos planos de enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 e 2019. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2022;31(spe1):1-16.
26. Albelbeisi A, Albelbeisi A, El Bilbeisi A, Taleb M, Takian A, Akbari A. Barriers toward the practice of healthy behaviors among patients with non-communicable diseases in Gaza Strip, Palestine. *SAGE Open Med*. 28 de enero de 2021;9:1-10.
27. De Menezes L. Performance of non-laboratory Framingham risk scores using self-reported data for remote cardiovascular risk assessment. *Sci Rep*. 28 de noviembre de 2025;15(1):1-17.
28. Xiong S, Lu H, Peoples N, Duman E, Najjarro A, Ni Z, et al. Digital health interventions for non-communicable disease management in primary

health care in low-and middle-income countries. NPJ Digit Med. 1 de febrero de 2023;6(1):1-11.

29. Katula J, Dressler E, Kittel C, Harvin L, Almeida F, Wilson K, et al. Effects of a Digital Diabetes Prevention Program: An RCT. *Am J Prev Med.* abril de 2022;62(4):567-77.
30. Kelly J, Law L, De Guzman K, Hickman I, Mayr H, Campbell K, et al. Cost-effectiveness of telehealth-delivered nutrition interventions: a systematic review of randomized controlled trials. *Nutr Rev.* 10 de noviembre de 2023;81(12):1599-611.
31. Antar S, Ashour N, Sharaky M, Khattab M, Ashour N, Zaid R, et al. Diabetes mellitus: Classification, mediators, and complications; A gate to identify potential targets for the development of new effective treatments. *Biomedicine & Pharmacotherapy [Internet].* diciembre de 2023 [citado 12 de diciembre de 2025];168:1-25. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.biopha.2023.115734>
32. Sabitha E, Durgadevi M. Review on Diagnosis of Diabetes Mellitus Using Different Approaches. En: 2021 5th International Conference on Electronics, Communication and Aerospace Technology (ICECA) [Internet]. IEEE; 2021 [citado 12 de diciembre de 2025]. p. 1-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1109/ICECA52323.2021.9675879>
33. Hofer S. Typ-1-Diabetes – Stadien, Screening, Monitoring. *Journal für Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechsel [Internet].* 17 de noviembre de 2025 [citado 12 de diciembre de 2025];18(4):149-54. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s41969-025-00278-2>
34. Sacks D, Arnold M, Bakris G, Bruns D, Horvath A, Lernmark Å, et al. Guidelines and Recommendations for Laboratory Analysis in the Diagnosis and Management of Diabetes Mellitus. *Clin Chem [Internet].* 2 de agosto de 2023 [citado 12 de diciembre de 2025];69(8):808-68. Disponible en: [10.1093/clinchem/hvad080](https://doi.org/10.1093/clinchem/hvad080)
35. Lenard A, Rapp A, Busch S, Findeisen P. Method comparison of diabetes mellitus associated autoantibodies in serum specimens. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (CCLM) [Internet].* 25 de noviembre de 2025

- [citado 12 de diciembre de 2025];63(12):2568-77. Disponible en: 10.1515/ccIm-2025-0137
36. Kaluza M, Janik S, Lubinski T, Saita M, Lachmann P, Canini L, et al. Clinical validation of noninvasive blood glucose measurements by midinfrared spectroscopy. *Communications Medicine* [Internet]. 15 de noviembre de 2025 [citado 12 de diciembre de 2025];5(1):1-9. Disponible en: 10.1038/s43856-025-01241-7
 37. Weinberg R, Segev O, Dor S, Raz I. Drug Therapies for Diabetes. *Int J Mol Sci* [Internet]. 5 de diciembre de 2023 [citado 12 de diciembre de 2025];24:1-20. Disponible en: 10.3390/ijms242417147
 38. Petrova L, Andreevska K, Parvova I, Petkova V. Systematic review of the efficacy and safety of GLP-1 receptor agonists in the treatment of patients with type 2 diabetes mellitus. *Pharmacia* [Internet]. 2 de agosto de 2024 [citado 12 de diciembre de 2025];71:1-17. Disponible en: 10.3897/pharmacia.71.e132148
 39. Xie Z, Hu J, Gu H, Li M, Chen J. Comparison of the efficacy and safety of 10 glucagon-like peptide-1 receptor agonists as add-on to metformin in patients with type 2 diabetes: a systematic review. *Front Endocrinol (Lausanne)* [Internet]. 28 de agosto de 2023 [citado 12 de diciembre de 2025];14:1-18. Disponible en: 10.3389/fendo.2023.1244432
 40. García F, Artola S, Ávila L, Baró Ó, Casado N, Hernández C, et al. Habilidades prácticas Actualización Algoritmo de tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 redGDPS 2026 Inés Mera Gallego Revisores. *Diabetes práctica* [Internet]. 2025 [citado 12 de diciembre de 2025];16(4):1-33. Disponible en: 10.52102/diabet/pract.2025.2.art3
 41. Bazzano A, Keenan A, Woltz S, Subramanian A, Akpogheneta O, Coronado J, et al. Quality and Content Concordance of International Clinical Guidelines on Hypertensive Disorders of Pregnancy Using the AGREE II Instrument: An Updated Systematic Review. *J Cardiovasc Dev Dis* [Internet]. 11 de julio de 2023 [citado 12 de diciembre de 2025];10(7):1-13. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/jcdd10070295>
 42. Hidalgo A, Senosain V, Carrillo R, Ruiz A, Gilman R, Smeeth L, et al. Blood pressure and 10-year all-cause mortality: Findings from the PERU MIGRANT

- Study. F1000Res [Internet]. 20 de noviembre de 2023 [citado 12 de diciembre de 2025];10:1-34. Disponible en: <https://doi.org/10.12688/f1000research.73900.4>
43. McCarthy C, Bruno R, Rahimi K, Touyz R, McEvoy J. What Is New and Different in the 2024 European Society of Cardiology Guidelines for the Management of Elevated Blood Pressure and Hypertension? Hypertension [Internet]. marzo de 2025 [citado 12 de diciembre de 2025];82(3):432-44. Disponible en: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.124.24173
 44. Pisano A, Mallamaci F, D'Arrigo G, Bolignano D, Wuerzner G, Ortiz A, et al. Blood pressure monitoring in kidney transplantation: a systematic review on hypertension and target organ damage. Nephrology Dialysis Transplantation [Internet]. 28 de junio de 2021 [citado 12 de diciembre de 2025];36(7):1326-46. Disponible en: 10.1093/ndt/gfab076
 45. Al Ghorani H, Götzinger F, Böhm M, Mahfoud F. Arterial hypertension – Clinical trials update 2021. Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases [Internet]. enero de 2022 [citado 12 de diciembre de 2025];32(1):21-31. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2021.09.007>
 46. Grassi G, Cuspidi C, Dell'Oro R, Quarti F. Diagnostic and Therapeutic Approach to Different Hypertensive Phenotypes According to the 2023 ESH Guidelines. High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention [Internet]. 17 de abril de 2025 [citado 12 de diciembre de 2025];32(3):275-85. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40292-025-00716-x>
 47. Nardoiani G, Pala B, Scozzia A, Volpe M, Barbato E, Tocci G. Systematic Review Article: New Drug Strategies for Treating Resistant Hypertension—the Importance of a Mechanistic, Personalized Approach. High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention [Internet]. 14 de abril de 2024 [citado 12 de diciembre de 2025];31(2):99-112. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40292-024-00634-4>
 48. Manickavasagar R, Krishnan A, Azzam O, Schlaich M. Endothelin Receptor Antagonists for the Treatment of Hypertension: Recent Data from Clinical Trials and Implementation Approach. Curr Cardiol Rep. 2 de diciembre de 2025;27(1):1-11.

49. Burlacu A, Kuwabara M, Brinza C, Kanbay M. Key Updates to the 2024 ESC Hypertension Guidelines and Future Perspectives. *Medicina (B Aires)* [Internet]. 23 de enero de 2025 [citado 12 de diciembre de 2025];61(2):1-13. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/medicina61020193>
50. Intriago J. Análisis de las guías clínicas para clasificación de hipertensión arterial: un estudio crítico sobre criterios clínicos. *REMULCI* [Internet]. 2025;3(1):38-52. Disponible en: <https://doi.org/10.59282/remulci.2.1.832>
51. Santomauro DF, Mantilla Herrera AM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2021; 6:1700–1712. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)02143-7)
52. Pandey P, Khalesi S, Dulal S, Paudel G, Rawal L. Social determinants of mental health problems among South Asian migrants living in industrialized countries: a systematic review. *J Public Health*. 2025;47(4):652-667. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaf092>
53. Barry V, Stout ME, Lynch ME, Mattis S, Tran DQ, Antun A, et al. The effect of psychological distress on health outcomes: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *J Health Psychol Res*. 2020;25(2):227-239. <https://doi.org/10.1177/1359105319842931>
54. Mouhieddine TH, Fakhoury-Sayegh N, Tamim H, Hitti E. The impact of psychological distress on quality of care and access to mental health services in cancer survivors. *Front Health Serv*. 2023;3:1111677. <https://doi.org/10.3389/frhs.2023.1111677>
55. He Y, Houtenbos S, Wippert P. Differentially expressed microRNAs in human depression: a systematic review of case-control and longitudinal studies. *BMC Psychiatry*. 1 de julio de 2025;25(1):1-12.
56. Rybakowski J. Forty years of seasonal affective disorder. *Psychiatr Pol*. 31 de octubre de 2024;58(5):747-59.
57. Goodmann D, Daouk S, Sullivan M, Cabrera J, Liu N, Barakat S, et al. Factor analysis of depression symptoms across five broad cultural groups. *J Affect Disord*. marzo de 2021;282:227-35.

58. Zhu X, Li R, Zhu Y, Zhou J, Han X, Tong Y, et al. Neutrophil/lymphocyte, platelet/lymphocyte, monocyte/lymphocyte ratios and systemic immune-inflammation index in patients with depression. *Bratislava Medical Journal*. 2023;124(6):471-4.
59. Zhang X, Wang Y. TPH2: A Key Gene Risk Factor and Potential Therapy Target in Depression. *E3S Web of Conferences*. 15 de junio de 2021;271:1-7.
60. Heyat B, Akhtar F, Munir F, Sultana A, Muaad A, Gul I, et al. Unravelling the complexities of depression with medical intelligence: exploring the interplay of genetics, hormones, and brain function. *Complex & Intelligent Systems*. 4 de agosto de 2024;10(4):5883-915.
61. Parker G. A critique of International Classification of Diseases 11th Revision criteria for the mood disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 9 de agosto de 2025;59(8):674-8.
62. Shevlin M, Hyland P, Butter S, McBride O, Hartman T, Karatzias T, et al. The development and initial validation of self-report measures of ICD-11 depressive episode and generalized anxiety disorder: The International Depression Questionnaire (IDQ) and the International Anxiety Questionnaire (IAQ). *J Clin Psychol*. 10 de marzo de 2023;79(3):854-70.
63. Makiyi P, Udedi M, Kumwenda M, January J. Exploring the lived experiences of depression among youths and their guardians in sub-Saharan Africa: a systematic review protocol. *Syst Rev*. 15 de octubre de 2025;14(1):1-7.
64. Breedvelt J, Brouwer M, Harrer M, Semkowska M, Ebert D, Cuijpers P, et al. Psychological interventions as an alternative and add-on to antidepressant medication to prevent depressive relapse: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 18 de octubre de 2021;219(4):538-45.
65. Li J, Fei X, Wang S, Xu Z, Xu F, Wang J, et al. A Bibliometric Analysis of the WoSCC Literature on the Use of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors as Antidepressants. *Drug Des Devel Ther*. noviembre de 2024;18:4961-74.
66. Wu Y, Mo J, Sui L, Zhang J, Hu W, Zhang C, et al. Deep Brain Stimulation in Treatment-Resistant Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis on Efficacy and Safety. *Front Neurosci*. 1 de abril de 2021;15:1-12.

67. Expósito V, Torres M, Domínguez J. Determinantes sociales de la ansiedad en el siglo XXI. *Atención Primaria Práctica*. abril de 2024;6(2):1-4.
68. Persaud N, Cates H. The Epigenetics of Anxiety Pathophysiology: A DNA Methylation and Histone Modification Focused Review. *eNeuro*. abril de 2023;10(4):1-20.
69. Jiang M, Kang L, Wang Y, Zhou B, Li H, Yan Q, et al. Mechanisms of microbiota-gut-brain axis communication in anxiety disorders. *Front Neurosci*. 9 de diciembre de 2024;18:1-12.
70. Warren AM, Zolfaghari K, Fresnedo M, Bennett M, Pogue J, Waddimba A, et al. Anxiety sensitivity, COVID-19 fear, and mental health: results from a United States population sample. *Cogn Behav Ther*. 4 de mayo de 2021;50(3):204-16.
71. Vrublevska J, Perepjolkina V, Martinsone K, Kolesnikova J, Krone I, Smirnova D, et al. Determinants of Anxiety in the General Latvian Population During the COVID-19 State of Emergency. *Front Public Health*. 13 de junio de 2022;10:1-14.
72. Cao C, Yang S, Sun K, Gu J. Hypothalamic-pituitary-adrenal Axis Multifocus Genetic Variation, Childhood Parenting and Adolescent Anxiety Symptoms: Evidence of Cumulative Polygenic Plasticity. *J Youth Adolesc*. 26 de agosto de 2022;51(8):1597-610.
73. Domschke K, Zwanzger P. Taxonomy of anxiety disorders—a comparison of ICD-10 and ICD-11. *Nervenarzt*. 29 de diciembre de 2025;96(S1):1-5.
74. Solis E, van Hemert A, Carlier I, Wardenaar K, Schoevers R, Beekman A, et al. The 9-year clinical course of depressive and anxiety disorders: New NESDA findings. *J Affect Disord*. diciembre de 2021;295:1269-79.
75. Sowmya H, Ghani S, Sreedaran P, Sahu M, Mysore A, Sharan P. Cultural Expression of Anxiety Symptoms in Kannada Language: A Qualitative Study. *Indian J Psychol Med*. 28 de septiembre de 2023;45(5):496-502.
76. Ergisi M, Erridge S, Harris M, Kawka M, Nimalan D, Salazar O, et al. UK Medical Cannabis Registry: an analysis of clinical outcomes of medicinal cannabis therapy for generalized anxiety disorder. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 3 de abril de 2022;15(4):487-95.

77. Engelhardt C, Meier M, Keller S, Laireiter A. Positive psychotherapy and cognitive behavioral therapy in anxiety patients – A study protocol for a randomized control trial in an online group setting. *PLoS One*. 16 de abril de 2024;19(4):1-17.
78. Antos Z, Zackiewicz K, Tomaszek N, Modzelewski S, Waszkiewicz N. Beyond Pharmacology: A Narrative Review of Alternative Therapies for Anxiety Disorders. *Diseases*. 16 de septiembre de 2024;12(9):1-44.
79. Lu S, Wei F, Li G. The evolution of the concept of stress and the framework of the stress system. *Cell Stress*. 14 de junio de 2021;5(6):76-85.
80. Serim E, Sabuncuoğlu N. Measuring Stress in Animals By Noninvasive Methods. *Veterinary Sciences and Practices*. 26 de abril de 2024;19(1):52-8.
81. Awada M, Becerik B, Lucas G, Roll S, Liu R. A New Perspective on Stress Detection: An Automated Approach for Detecting Eustress and Distress. *IEEE Trans Affect Comput*. julio de 2024;15(3):1153-65.
82. Langhammer T, Peters C, Ertle A, Hilbert K, Lueken U. Impact of COVID-19 pandemic related stressors on patients with anxiety disorders: A cross-sectional study. *PLoS One*. 18 de agosto de 2022;17(8):1-16.
83. Ciciurkaite G, Marquez G, Brown R. Stressors associated with the COVID-19 pandemic, disability, and mental health: Considerations from the Intermountain West. *Stress and Health*. 18 de abril de 2022;38(2):304-17.
84. Barbieri V, Piccoliori G, Mahlkecht A, Plagg B, Ausserhofer D, Engl A, et al. Adolescent Mental Health during the COVID-19 Pandemic: The Interplay of Age, Gender, and Mental Health Outcomes in Two Consecutive Cross-Sectional Surveys in Northern Italy. *Behavioral Sciences*. 1 de agosto de 2023;13(8):1-20.
85. Muntean M, Colcear D, Briciu V, Lupse M, Crisan C, Sidea M, et al. Comparison of the Psychological Impact of COVID-19 on Healthcare Workers between 2022 and 2023 in a Romanian COVID-19 Hub Hospital. *COVID*. 14 de julio de 2024;4(7):1072-86.
86. Awada M, Becerik B, Lucas G, Roll S. Stress appraisal in the workplace and its associations with productivity and mood: Insights from a multimodal machine learning analysis. *PLoS One*. 2 de enero de 2024;19(1):1-22.

87. Valerio R, Mahmoud M. A multimodal Framework for exploring behavioural cues for automatic Stress Detection. En: Proceedings of the 27th International Conference on Multimodal Interaction. New York, NY, USA: ACM; 2025. p. 535-9.
88. Martins F, Palmeira L, Matos M. Effectiveness of Compassion-Based Interventions for Reducing Stress in Workers: A Systematic Review. *Mindfulness (N Y)*. 13 de junio de 2025;16(6):1490-503.
89. D'Antoni F, Matiz A, Crescentini C. Mindfulness-Oriented Professional Resilience (MOPR) Training to Reduce Compassion Fatigue in Healthcare Workers: A Pilot Study. *Healthcare*. 7 de enero de 2025;13(2):1-18.
90. Hultmann O, Broberg A, Axberg U. A randomized controlled study of trauma focused cognitive behavioural therapy compared to enhanced treatment as usual with patients in child mental health care traumatized from family violence. *Child Youth Serv Rev*. enero de 2023;144:1-11.
91. Gudeta D, Leta K, Alemu B, Kandula U. Medication adherence and associated factors among psychiatry patients at Asella Referral and Teaching Hospital in Oromia, Ethiopia: Institution based cross sectional study. *PLoS One*. 13 de abril de 2023;18(4):1-14.
92. George M, Maurina I, Schutte A. Therapeutic Adherence in Cardiovascular Diseases: Insights from the Patient and Physician—A Narrative Review. *Adv Ther*. 6 de noviembre de 2025;1-19.
93. Valls A. Adhesión terapéutica en neurología. *Revista Kranion*. 2 de diciembre de 2025;18(3):1-7.
94. Religioni U, Barrios R, Requena P, Borowska M, Ostrowski J. Enhancing Therapy Adherence: Impact on Clinical Outcomes, Healthcare Costs, and Patient Quality of Life. *Medicina (B Aires)*. 17 de enero de 2025;61(1):1-12.
95. McCall S, El Khoury T, Salibi N, Abi B, El Haddad M, Alawieh M, et al. Development of a Prediction Model for the Management of Noncommunicable Diseases Among Older Syrian Refugees Amidst the COVID-19 Pandemic in Lebanon. *JAMA Netw Open*. 13 de octubre de 2022;5(10):1-13.

96. Leung LB, Ziobrowski H, Puac V, Bossarte R, Bryant C, Keusch J, et al. Are Veterans Getting Their Preferred Depression Treatment? A National Observational Study in the Veterans Health Administration. *J Gen Intern Med.* 6 de octubre de 2022;37(13):3235-41.
97. Wang T, Wang H, Zeng Y, Cai X, Xie L. Health beliefs associated with preventive behaviors against noncommunicable diseases. *Patient Educ Couns.* enero de 2022;105(1):173-81.
98. Hamtaeigashti S, Shamsi M, Sahraian M, Soltani R, Almasi A. Effect of an educational intervention based on the theory of planned behavior on improving medication adherence in patients with multiple sclerosis treated with injectable disease-modifying drugs: randomized controlled trial. *BMC Public Health.* 30 de mayo de 2023;23(1):1-13.
99. Freeman Y, Aron D, Cola P, Boland R, Wang Y. Empowering diabetes management: The impact of patient-provider collaboration on type 2 diabetes outcomes through autonomy support and shared decision-making. *Patient Educ Couns.* octubre de 2024;127:1-17.
100. Buathong N, Naruephai S, Wanichanon W, Rodkitvitthaya K, Thananinkul P, Jankaew N, et al. Exploring symptoms perception and barriers to medication adherence among Thai Muslim patients with non-communicable diseases in a rural community in southern Thailand: a mixed-methods study. *BMJ Open.* 9 de diciembre de 2024;14(12):1-9.
101. Brito I, Henriques A. Medication adherence and related determinants in older people with multimorbidity: A cross-sectional study. *Nurs Forum (Auckl).* octubre de 2021;56(4):834-43.
102. Bonga S, de Wit J, Venter W, Wensing A, Lalla S. Intervention strategies to improve adherence to treatment for selected chronic conditions in sub-Saharan Africa: a systematic review. *J Int AIDS Soc.* 25 de junio de 2024;27(6):1-13.
103. Castro A, Parra E, Arango I. Glosario para metodología de la investigación. Working Paper ESACE. 2020;1(8):1-38. Disponible en: <http://doi.org/10.17605/OSF.IO/5ANJB>
104. Arispe C, Yangali J, Guerrero M, Lozada O, Acuña L, Arellano C. La investigación científica: una aproximación para los estudios de posgrado.

Guayaquil: Universidad Internacional del Ecuador; 2020. Disponible en: <https://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/4310/1/LA%20INVESTIGACION%20CIENTIFICA.pdf>

105. Hernández-Sampieri R, Mendoza CP. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: McGraw-Hill Education; 2023.
106. Calle S. Diseños de investigación cualitativa y cuantitativa. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar* [Internet]. 31 de julio de 2023 [citado 10 de diciembre de 2025];7(4):1865-79. Disponible en: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i4.7016
107. Cvetković Vega A, Maguiña JL, Soto A, Lama-Valdivia J, Correa López LE. Cross-sectional studies. *Revista de la Facultad de Medicina Humana* [Internet]. 12 de enero de 2021 [citado 10 de diciembre de 2025];21(1):164-70. Disponible en: <https://doi.org/10.25176/RFMH.v21i1.3069>
108. Raymond J, Darsaut TE. Understanding statistical populations and inferences. *Neurochirurgie* [Internet]. enero de 2025 [citado 10 de diciembre de 2025];71(1):101608. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.neuchi.2024.101608>
109. Spolarich A. Sampling Methods: A guide for researchers. *American Dental Hygienists' Association* [Internet]. 2023 [citado 10 de diciembre de 2025];97(4):73-7. Disponible en: <https://jdh.adha.org/content/97/4/73>
110. Ahmed S. How to choose a sampling technique and determine sample size for research: A simplified guide for researchers. *Oral Oncology Reports* [Internet]. diciembre de 2024 [citado 10 de diciembre de 2025];12:100662. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.oor.2024.100662>
111. Salvador-Oliván JA, Marco-Cuenca G, Arquero-Avilés R. Evaluación de la investigación con encuestas en artículos publicados en revistas del área de Biblioteconomía y Documentación. *Revista Española de Documentación Científica* [Internet]. 27 de abril de 2021 [citado 10 de diciembre de 2025];44(2):e295. Disponible en: <https://doi.org/10.3989/redc.2021.2.1774>
112. Rodrigues F. El cuestionario en una investigación cualitativa: reflexiones teórico-metodológicas. *Revista Pesquisa Qualitativa* [Internet]. 1 de enero

de 2023 [citado 10 de diciembre de 2025];11(26):28-49. Disponible en: <https://doi.org/10.33361/RPQ.2023.v.11.n.26.467>

113. Cirilo I, Aguirre M, Franco J, Tentalean L, Livia-Segovia José. Evaluación psicométrica de la escala de Ansiedad, Depresión y Estrés (DASS-21) en estudiantes universitarios peruanos. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 30 de septiembre de 2025 [citado 10 de diciembre de 2025];291-9. Disponible en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2025.423.14209>
114. Heapy C, Norman P, Emerson LM, et al. Is parental mindfulness associated with quality of life and itch intensity in children with psoriasis and eczema and well-being in parents? *Mindfulness*. 2021;12:2707–2717. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01733-2>
115. Singh S, Parija PP, Verma R, Kumar P, Chadda RK. Assessment of psychological distress pattern & its correlates among people receiving COVID-19 vaccination during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Indian J Med Res*. 2023 Feb;156(4–5):674. Disponible en: https://doi.org/10.4103/ijmr.ijmr_3613_21
116. Crosswell AD, Lockwood KG. Best practices for stress measurement: How to measure psychological stress in health research. *Health Psychol Open*. 2020;7(2). Disponible en: <https://doi.org/10.1177/2055102920933072>
117. Torres-Malca JR, Vera-Ponce VJ, Zuzunaga-Montoya FE, Talavera JE, De La Cruz-Vargas JA. Content validity by expert judgment of an instrument to measure knowledge, attitudes and practices about salt consumption in the peruvian population. *Revista de la Facultad de Medicina Humana* [Internet]. 16 de marzo de 2022 [citado 10 de diciembre de 2025];22(2):273-9. Disponible en: <https://doi.org/10.25176/rfmh.v22i2.4768>
118. Toro R, Peña-Sarmiento M, Avendaño-Prieto BL, Mejía-Vélez S, Bernal-Torres A. Análisis Empírico del Coeficiente Alfa de Cronbach según Opciones de Respuesta, Muestra y Observaciones Atípicas. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica* [Internet]. 2022 [citado 10 de diciembre de 2025];63(2):17. Disponible en: <https://doi.org/10.21865/RIDEP63.2.02>
119. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and Predictive Validity of a Self-reported Measure of Medication Adherence. *Med Care* [Internet].

enero de 1986 [citado 10 de diciembre de 2025];24(1):67-74. Disponible en:
<https://doi.org/10.1097/00005650-198601000-00007>

120. Solís Sánchez G, Alcalde Bezhold G, Alfonso Farnós I. Ética en investigación: de los principios a los aspectos prácticos. *An Pediatr (Engl Ed)* [Internet]. septiembre de 2023 [citado 10 de diciembre de 2025];99(3):195-202. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2023.06.005>

Anexos

Anexo 1. Matriz de consistencia

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGÍA	POBLACIÓN Y MUESTRA
<p>Problema general: ¿Cuál es la asociación entre las afecciones psicológicas y la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades no transmisibles en un Centro de Salud, Huancayo 2025?</p> <p>Problemas específicos ¿Cuál es la asociación entre</p>	<p>Objetivo general: Determinar la asociación entre las afecciones psicológicas y la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades no transmisibles en un Centro de Salud, Huancayo 2025.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar la asociación entre depresión y 	<p>Hipótesis general: Existe asociación significativa entre las afecciones psicológicas y la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades no transmisibles en un Centro de Salud, Huancayo 2025.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <ul style="list-style-type: none"> Existe asociación significativa entre depresión y la 	<p>Variable 1: Afecciones Psicológicas Depresión: Normal (0-4), Leve (5-6), Moderado (7-10), Severo (11-13), Extremadamente severo (≥ 14) Ansiedad: Normal (0-3), Leve (4-5), Moderado (6-7), Severo (8-9),</p>	<p>Método: Método Científico</p> <p>Tipo: Básico</p> <p>Alcance: Correlacional</p> <p>Diseño: No experimental, transversal, observacional</p>	<p>Población: 350 pacientes con diagnóstico de DM II y/o HTA que asisten al programa de enfermedades no transmisibles.</p> <p>Muestra: 180 pacientes</p> <p>Recopilación de datos: Base de datos en Excel – SPSS 27</p> <p>Instrumento:</p>

<p>depresión y adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades no transmisibles en un Centro de Salud, Huancayo 2025?</p> <p>¿Cuál es la asociación entre ansiedad y adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades no transmisibles en un Centro de Salud, Huancayo 2025?</p> <p>¿Cuál es la asociación entre estrés y</p>	<p>adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades no transmisibles en un Centro de Salud, Huancayo 2025.</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar la asociación entre ansiedad y adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades no transmisibles en un Centro de Salud, Huancayo 2025. Determinar la asociación entre estrés y adherencia 	<p>adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades no transmisibles en un Centro de Salud, Huancayo 2025.</p> <ul style="list-style-type: none"> Existe asociación significativa entre ansiedad y la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades no transmisibles en un Centro de Salud, Huancayo 2025. Existe asociación significativa entre 	<p>Extremadamente severo (≥ 10)</p> <p>Estrés: Normal (0-7), Leve (8-9), Moderado (10-12), Severo (13-16), Extremadamente severo (≥ 17)</p> <p>Variable 2: Adherencia Terapéutica</p> <p>Adherente: Responde correctamente las 4 preguntas (No/Sí/No/No)</p> <p>No adherente: No responde</p>		<p>Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) validada en Perú por Cirilo-Acero et al. (2025).</p> <p>Escala de Adherencia de Morisky-Green de 4 ítems (Morisky et al., 1986).</p> <p>Plan de análisis de datos: Estadística descriptiva e inferencial. Chi cuadrado para asociación. SPSS v.27</p>
--	--	---	--	--	--

<p>adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades no transmisibles en un Centro de Salud, Huancayo 2025?</p>	<p>terapéutica en pacientes con enfermedades no transmisibles en un Centro de Salud, Huancayo 2025.</p>	<p>estrés y la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades no transmisibles en un Centro de Salud, Huancayo 2025.</p>	<p>correctamente una o más preguntas</p>		
--	---	--	--	--	--

Anexo 2. Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	OPERACIONALIZACIÓN		
				INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE
Afecciones Psicológicas	Constituyen alteraciones emocionales que incluyen depresión, ansiedad y estrés, comprometiendo el equilibrio homeostático del organismo mediante respuestas desadaptativas (55).	Se medirá mediante la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) validada en población peruana por Cirilo-Acero et al. (2025) (112) compuesta por 21 ítems con opciones de respuesta tipo Likert de 0 a 3 puntos.	Depresión	Disforia	Ordinal	Cualitativa
				Desesperanza		
				Devaluación de la vida		
				Auto depreciación		
				Falta de interés		
				Anhedonia		
			Inercia			
			Ansiedad	Excitación autonómica		
				Efectos musculoesqueléticos		
				Ansiedad situacional		
			Estrés	Experiencias subjetivas de ansiedad		
			Estrés	Dificultad para relajarse		

				Excitación nerviosa		
				Agitación		
				Irritabilidad		
				Impaciencia		
				Reacción exagerada		
Adherencia Terapéutica	Es un fenómeno multidimensional que involucra el cumplimiento sistemático de indicaciones farmacológicas prescritas por profesionales sanitarios (67).	Se medirá mediante el Cuestionario de Adherencia de Morisky-Green de 4 ítems (113) instrumento dicotómico (Sí/No) que evalúa conductas de cumplimiento terapéutico.	Unidimensional	Olvido en la toma de medicación	Nominal dicotómica	Cualitativa

Anexo 3: ESCALA DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS (DASS-21)

Ficha Técnica:

- Nombre: Depression Anxiety Stress Scales - 21 (DASS-21)
- Autores originales: Lovibond, S.H. y Lovibond, P.F. (1995)
- Validación peruana: Cirilo-Acero et al. (2025)
- N° de ítems: 21
- Tiempo de aplicación: 10-15 minutos

Instrucciones: Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo en el número (0, 1, 2, 3) que indica cuánto esta afirmación le aplicó a usted durante la última semana. No hay respuestas correctas o incorrectas. No tome demasiado tiempo en ninguna afirmación.

Escala de respuesta:

- 0 = No me aplicó
- 1 = Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo
- 2 = Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo
- 3 = Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo

N°	ÍTEM	0	1	2	3
1	Me costó mucho relajarme (E)	0	1	2	3
2	Me di cuenta que tenía la boca seca (A)	0	1	2	3
3	No podía sentir ningún sentimiento positivo (D)	0	1	2	3
4	Se me hizo difícil respirar (A)	0	1	2	3
5	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas (D)	0	1	2	3
6	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones (E)	0	1	2	3
7	Sentí que mis manos temblaban (A)	0	1	2	3
8	Sentí que tenía muchos nervios (E)	0	1	2	3
9	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo (A)	0	1	2	3
10	Sentí que no tenía nada por que vivir (D)	0	1	2	3
11	Noté que me agitaba (E)	0	1	2	3
12	Se me hizo difícil relajarme (E)	0	1	2	3

13	Me sentí triste y deprimido (D)	0	1	2	3
14	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo (E)	0	1	2	3
15	Sentí que estaba al punto de pánico (A)	0	1	2	3
16	No me pude entusiasmar por nada (D)	0	1	2	3
17	Sentí que valía muy poco como persona (D)	0	1	2	3
18	Sentí que estaba muy irritable (E)	0	1	2	3
19	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico (A)	0	1	2	3
20	Tuve miedo sin razón (A)	0	1	2	3
21	Sentí que la vida no tenía ningún sentido (D)	0	1	2	3

Clave de corrección:

- Depresión (D): Ítems 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21
- Ansiedad (A): Ítems 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20
- Estrés (E): Ítems 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18

Puntos de corte:

Nivel	Depresión	Ansiedad	Estrés
Normal	0-4	0-3	0-7
Leve	5-6	4-5	8-9
Moderado	7-10	6-7	10-12
Severo	11-13	8-9	13-16
Extremadamente severo	≥14	≥10	≥17

Anexo 4: Cuestionario de adherencia de MORISKY-GREEN (MMAS-4)

Ficha Técnica:

- Nombre: Medication Adherence Questionnaire (MAQ) / Morisky-Green Test
- Autores: Morisky, D.E., Green, L.W. y Levine, D.M. (1986)
- N° de ítems: 4
- Tiempo de aplicación: 2-3 minutos

Instrucciones: A continuación, se le realizarán 4 preguntas sobre cómo toma su medicación. Por favor responda con sinceridad SÍ o NO según corresponda.

N°	PREGUNTA	SÍ	NO
1	¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?		
2	¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?		
3	Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?		
4	Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?		

Clave de corrección:

Clasificación	Criterio
Adherente	Responde correctamente las 4 preguntas: No / Sí / No / No
No adherente	No responde correctamente una o más de las 4 preguntas

Interpretación:

- Se considera paciente adherente aquel que responde: NO-SÍ-NO-NO
- Cualquier otra combinación indica no adherencia al tratamiento

Anexo 5. Confiabilidad de los instrumentos

Confiabilidad del instrumento de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)

Tabla 9

Confiabilidad de DASS-21

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,885	21

Confiabilidad del cuestionario de adherencia de Morisky-Green (MMAS-4)

Tabla 10

Confiabilidad de MMAS-4

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,711	4

Anexo 6.**Consentimiento informado**

Investigador: Casas García Harriet Geraldine, DNI:71838047

Escuela Académica Profesional: Medicina Humana

Estimado (a) encuestado (a):

Las encuesta que se realizarán tiene fines netamente académicos de investigación, con el objetivo de contribuir a la comunidad científica, estableciendo la asociación de ansiedad, estrés, depresión y adherencia terapéutica en pacientes que asisten al programa de enfermedades no transmisibles.

Para ello, se solicita contribuir en la encuesta que será de corta duración. Su participación es de forma voluntaria; además, la encuesta no tiene costo; la identidad al igual que la información personal brindada será confidencial y solo se utilizará para el análisis de resultados con el propósito de elaborar el proyecto de tesis.

Yo, _____, identificado con el DNI: _____, acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Casas García Harriet Geraldine. He sido informado (a) sobre los objetivos de este estudio.

Además, me informaron que mi participación es responder una encuesta con preguntas enfocadas al estudio de investigación, el cual tomara algunos minutos.

La información que brindare será de ayuda para la identificación de la asociación de ansiedad, estrés, depresión y adherencia terapéutica en pacientes que asisten al programa de enfermedades no transmisibles.

Firma del Participante

DNI: _____

Fecha: Huancayo, ____ de _____ del 2025

Anexo 7. Validación por expertos de los instrumentos

Instrumento 1



INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA

Nombres y Apellidos	Coxay Benjamin Alfonso Cardona
Profesión y Grado Académico	Médico Cirujano Magister
Especialidad	Neurólogo Informa
Institución y años de experiencia	ESSalud 39 años
Cargo que desempeña actualmente	Neurólogo - Epidemiología

Puntaje del Instrumento Revisado: 20

Opinión de aplicabilidad:

APLICABLE

APLICABLE LUEGO DE REVISIÓN ()

NO APLICABLE ()

Título del proyecto:

Nombres y apellidos: Coxay Benjamin Alfonso Cardona

DNI: 20094067

COLEGIATURA: 18748

INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA

Nombres y Apellidos	CARLOS ALFREDO MENDOZA AMAYA
Profesión y Grado Académico	MÉDICO CIRUJANO
Especialidad	PSIQUIATRÍA
Institución y años de experiencia	HRDCO "DANIEL A. CARRIÓN" 29 AÑOS
Cargo que desempeña actualmente	JEFE DEPARTAMENTO SALUD MENTAL

Puntaje del Instrumento Revisado: 20

Opinión de aplicabilidad:

APLICABLE APLICABLE LUEGO DE REVISIÓN () NO APLICABLE ()

Título del proyecto:



 Dr. Carlos A. Mendoza Amaya
 MÉDICO PSIQUIATRA
 C.M.P. 28934

Nombre del validador:

DNI: 08363982

COLEGIATURA: 28934

INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA

Nombres y Apellidos	Pedro Santiago Muro Manríquez
Profesión y Grado Académico	Médico Cirujano
Especialidad	Endocrinología
Institución y años de experiencia	Moq. Daniel A. Garmín 23 años
Cargo que desempeña actualmente	Médico Asistente

Puntaje del Instrumento Revisado: 84,5 %

Opinión de aplicabilidad:

APLICABLE (x) APLICABLE LUEGO DE REVISIÓN () NO APLICABLE ()

Título del proyecto:


 Pedro Muro MGR.
 MÉDICO CIRUJANO
 ENDOCRINOLOGO
 C.M.P. 35292 P.N.F. 1992

Nombre del validador:

DNI: 06294032

COLEGIATURA: 35292

Instrumento 2

INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA

Nombres y Apellidos	Cosay Benjamín Alvarado Cardona
Profesión y Grado Académico	Médico Cirujano Magíster
Especialidad	Medicina Interna
Institución y años de experiencia	EsSalud (3 años)
Cargo que desempeña actualmente	Médico - Epidemiólogo

Puntaje del Instrumento Revisado: 20

Opinión de aplicabilidad:

APLICABLE APLICABLE LUEGO DE REVISIÓN () NO APLICABLE ()

Título del proyecto:



Nombres y apellidos: Cosay Benjamín Alvarado Cardona

DNI: 20094067

COLEGIATURA: 18748

INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA

Nombres y Apellidos	CARLOS ALFREDO MENDOZA AMAYA
Profesión y Grado Académico	MEDICO - CIRUJANO
Especialidad	PSIQUIATRÍA
Institución y años de experiencia	HRS CO "DANIEL A. CARRIÓN" 29 años
Cargo que desempeña actualmente	JEFE DEPARTAMENTO SAUD MENTAL

Puntaje del Instrumento Revisado: 2

Opinión de aplicabilidad:

APLICABLE () APLICABLE LUEGO DE REVISIÓN () NO APLICABLE ()

Título del proyecto:


 HOSPITAL DANIEL A. CARRIÓN-HUANCAYO
 Dr. Carlos A. Mendoza Amaya
 PSICOPIQUIATRA
 C.E.P. 20934

Nombre del validador:

UNI: 08363982

COLEGIATURA: 20934

INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA

Nombres y Apellidos	Pedro Santoro - Muro Manríquez
Profesión y Grado Académico	Médico Cirujano
Especialidad	Endocrinología
Institución y años de experiencia	HADCA Daniel A. Carrón 25 años
Cargo que desempeña actualmente	Médico Asistente

Puntaje del Instrumento Revisado: 100%

Opinión de aplicabilidad:

APLICABLE APLICABLE LUEGO DE REVISIÓN () NO APLICABLE ()

Título del proyecto:


 Pedro Muro Manríquez
 MÉDICO CIRUJANO
 ENDOCRINOLOGO
C. H. P. 10000, D. N. 10000

Nombre del validador:

DNI: 06294032

COLEGIATURA: 35293

Anexo 8: Resolución de aprobación del Comité de Ética



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Huancayo, 15 de junio del 2025

OFICIO N°0648-2025-CIEI-UC

Investigadores:
HARRIET GERALDINE CASAS GARCIA

Presente-

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes para saludarles cordialmente y a la vez manifestarles que el estudio de investigación titulado: **ASOCIACIÓN DE AFECCIONES PSICOLÓGICAS Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN UN CENTRO DE SALUD , HUANCAYO 2025.**

Ha sido **APROBADO** por el comité institucional de ética en investigación, bajo las siguientes precisiones:

- El Comité puede en cualquier momento de la ejecución del estudio solicitar información y confirmar el cumplimiento de las normas éticas.
- El Comité puede solicitar el informe final para revisión final.

Aprovechamos la oportunidad para renovar los sentimientos de nuestra consideración y estima personal.


 Walter Calderín Gerstein
Presidente del Comité de Ética
Universidad Continental

Atentamente

C.c. Archivo.

Arequipa

Av. Los Incas S/N,
José Luis Bustamante y Rivero
(054) 412 030

Calle Alfonso Ugarte 607, Yanahuara
(054) 412 030

Huancayo

Av. San Carlos 1980
(064) 481 430

Cusco

Urb. Manuel Prado - Lote B, N° 7 Av. Colca,ayo
(084) 480 070

Sector Angostura KM. 10,
carretera San Jerónimo - Saylla
(084) 480 070

Lima

Av. Alfredo Mendola 520, Los Olivos
(01) 232 2760

Jr. Junín 355, Miraflores
(01) 232 2760

ucontinental.edu.pe

Anexo 9: Permiso de la institución



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"



CARTA DE ACEPTACIÓN

Chilca, 04 setiembre del 2025

Srta.:

✓ Harriet Geraldine Casas García

ASUNTO: Autorización para realizar trabajo de investigación

De mi mayor consideración:

Con singular agrado me dirijo a ustedes, para expresarles mi saludo a nombre de la Micro Red de Salud de Chilca que me honro en dirigir y a la vez darle a conocer que, se autoriza la aplicación del instrumento para desarrollar el proyecto de investigación titulado: "**ASOCIACIÓN DE AFECCIONES PSICOLÓGICAS Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN UN CENTRO DE SALUD, HUANCAYO 2025**". Esta jefatura **Autoriza** la realización de la misma, en el Centro de Salud de **CHILCA**.

Periodo de vencimiento: 15/11/2025

Sin otro particular me despido de usted, no sin antes testimoniarles los sentimientos de mi consideración y estima personal.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
RED DE SALUD DEL BARTARÓ
MICRORED DE SALUD CHILCA
M.C. Pedy Colichagua Tupac Yupanqui
JEFE DE LA MICRORED SALUD CHILCA
C.M.P. 090280

Anexo: Base de datos

Base de datos (DASS-21)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	
1	CODIG	PATOLO	PREGUNT	PREGUNT	PREGUNT	PREGUNT_04	PREGUNT_05	PREGUNT_06	PREGUNT	PREGUNT	PREGUNT_09	PREGUNT	PREGUNTA	PREGUNT	PREGUNT	PREGUNTA	PREGUNTA	PREGUNT	PREGUNT	PREGUNT_18	PREGUNT	PREGUNT_20	PREGUNT_21	
2	1 HTA		2	0	2	3	1	2	1	2	3	2	2	3	2	2	2	2	0	1	1	0	1	
3	2 HTA		1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	0	0	0	1	1	0
4	3 DM		3	1	2	0	3	3	1	3	3	3	0	0	3	0	1	0	3	0	1	3	3	0
5	4 AMBOS		2	1	1	1	1	2	0	2	0	1	2	2	2	2	1	0	2	2	3	1	2	1
6	5 DM		3	0	3	0	0	2	0	1	3	0	1	1	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0
7	6 DM		1	3	1	1	1	2	2	1	1	0	0	2	0	1	2	0	0	2	3	2	0	0
8	7 DM		2	3	0	2	2	3	0	3	3	3	3	3	0	3	0	2	0	3	3	2	2	3
9	8 AMBOS		2	1	3	0	3	3	3	3	3	3	0	0	2	3	3	3	3	3	3	3	0	3
10	9 DM		1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
11	10 DM		3	1	1	1	1	2	0	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	1	2	2
12	11 DM		2	1	3	3	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	0	0	0	1	1	1	0
13	12 DM		0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
14	13 AMBOS		1	2	2	0	3	3	0	2	3	3	0	1	3	2	2	2	3	2	1	2	3	0
15	14 DM		1	0	0	0	1	1	1	2	2	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0
16	15 DM		2	2	2	0	1	0	0	1	2	1	2	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0
17	16 DM		2	0	2	1	1	2	0	2	1	1	1	1	1	0	0	1	0	2	0	0	0	0
18	17 AMBOS		1	0	0	0	0	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
19	18 DM		2	3	3	0	2	3	0	1	3	2	1	2	3	3	2	2	2	3	1	2	3	0
20	19 AMBOS		0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	2	2	2	0	0	1	1	1	1	0
21	20 DM		0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
22	21 DM		1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
23	22 DM		0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0
24	23 DM		1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0
25	24 DM		0	1	0	1	3	1	0	1	2	1	2	1	0	1	1	0	1	0	2	2	1	0
26	25 HTA		1	1	0	1	0	1	1	1	2	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	2	2	0
27	26 DM		1	0	2	0	2	0	0	0	2	0	2	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0
28	27 DM		0	1	0	1	0	3	0	1	0	0	0	2	1	2	2	2	0	2	0	1	0	0
29	28 DM		0	3	0	0	0	3	0	1	1	0	0	0	3	3	0	0	0	3	0	0	0	0
30	29 DM		1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0
31	30 DM		0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0
32	31 AMBOS		0	3	0	2	0	2	0	1	1	0	2	0	1	0	2	0	3	0	1	1	3	0
33	32 DM		1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0
34	33 DM		0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
35	34 DM		2	2	1	0	0	0	0	2	0	0	2	0	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0
36	35 DM		0	1	0	0	1	2	2	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	2	2	2	0
37	36 DM		0	2	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
38	37 DM		2	1	0	0	1	1	1	1	2	2	0	0	1	1	0	2	1	1	0	1	1	1
39	38 DM		0	1	0	0	2	3	0	1	1	1	0	1	3	1	0	1	1	3	0	2	1	0
40	39 DM		1	1	0	0	2	2	0	1	0	0	0	1	3	0	1	0	2	3	0	0	0	0
41	40 DM		0	2	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	2	2	0	1	0	0	1	0	0	0
42	41 DM		0	1	0	1	0	2	0	1	1	0	2	2	2	0	1	1	0	1	2	2	0	2
43	42 DM		0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	2	0	0	0	0
44	43 AMBOS		2	1	0	0	1	2	2	2	2	0	2	2	2	1	0	0	1	3	2	1	0	0
45	44 HTA		0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0
46	45 DM		1	0	0	0	1	2	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0
47	46 HTA		2	0	2	0	0	1	0	1	2	1	0	2	3	0	0	2	0	2	0	1	0	0
48	47 HTA		0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
49	48 DM		0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Base de datos (MMAS-4)

	A	B	C	D	E	F
1	CODIGO	PATOLOGIA	PREGUNTA 0	PREGUNTA 0	PREGUNTA 0	PREGUNTA 0
2	1	HTA	SI	SI	NO	NO
3	2	HTA	NO	SI	SI	SI
4	3	DM	SI	NO	NO	SI
5	4	AMBOS	SI	SI	SI	SI
6	5	DM	SI	SI	NO	NO
7	6	DM	SI	NO	SI	SI
8	7	DM	SI	NO	SI	SI
9	8	AMBOS	SI	SI	SI	SI
10	9	DM	NO	SI	NO	NO
11	10	DM	SI	SI	NO	SI
12	11	DM	SI	SI	SI	SI
13	12	DM	SI	SI	NO	SI
14	13	AMBOS	SI	NO	SI	NO
15	14	DM	NO	SI	NO	NO
16	15	DM	SI	NO	SI	NO
17	16	DM	SI	NO	SI	SI
18	17	AMBOS	NO	SI	SI	SI
19	18	DM	SI	SI	NO	NO
20	19	AMBOS	SI	NO	NO	NO
21	20	DM	NO	SI	NO	NO
22	21	DM	SI	NO	SI	SI
23	22	DM	NO	SI	NO	NO
24	23	DM	NO	SI	SI	NO
25	24	DM	SI	NO	NO	SI
26	25	HTA	NO	SI	NO	NO
27	26	DM	SI	NO	SI	SI
28	27	DM	NO	SI	NO	SI
29	28	DM	NO	SI	SI	NO
30	29	DM	NO	SI	NO	NO
31	30	DM	NO	SI	NO	NO
32	31	AMBOS	SI	SI	SI	SI
33	32	DM	SI	NO	SI	SI
34	33	DM	SI	SI	NO	NO
35	34	DM	NO	SI	NO	NO
36	35	DM	SI	SI	NO	SI
37	36	DM	NO	SI	NO	NO
38	37	DM	NO	SI	SI	SI
39	38	DM	SI	SI	NO	SI
40	39	DM	NO	SI	NO	SI
41	40	DM	SI	SI	SI	NO
42	41	DM	SI	SI	NO	NO
43	42	DM	SI	SI	SI	SI
44	43	AMBOS	NO	SI	NO	NO
45	44	HTA	NO	SI	NO	NO
46	45	DM	NO	SI	NO	NO
47	46	HTA	NO	SI	NO	NO
48	47	HTA	NO	SI	NO	NO
49	48	DM	NO	SI	NO	NO
50	49	DM	SI	SI	NO	SI
51	50	AMBOS	SI	NO	SI	SI
52	51	HTA	NO	SI	NO	NO
53	52	DM	NO	SI	NO	NO
54	53	DM	SI	NO	SI	SI
55	54	DM	NO	SI	NO	NO
56	55	DM	SI	SI	NO	NO
57	56	DM	SI	NO	NO	SI
58	57	HTA	NO	SI	NO	NO
59	58	DM	SI	SI	NO	SI
60	59	AMBOS	NO	SI	NO	NO
61	60	AMBOS	SI	NO	NO	NO
62	61	DM	SI	NO	SI	SI
63	62	HTA	NO	SI	NO	NO
64	63	HTA	NO	SI	NO	NO
65	64	DM	NO	SI	SI	SI

Anexo 10. Evidencia de recolección de datos

Llegada al centro de salud de Chilca



Ingreso al Centro de Salud de Chilca para presentar el permiso otorgado por la directora de salud de la Red Valle del Mantaro

REALIZANDO RECOLECCION DE DATOS



Se procede con la lectura de las preguntas estipuladas en los instrumentos de investigación al encuestado